



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Máster

Conocimientos de los profesionales de enfermería  
sobre el delirium en la población mayor de 65 años:  
una investigación cuanti-cualitativa.

Knowledge of nursing professionals about delirium  
in the population over 65 years old: a quantitative-  
qualitative study.

Autora

María Rupérez Cebolla

Director

José Manuel Granada López

Facultad de Ciencias de la Salud  
Año 2022-23

## INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	11
MATERIAL Y MÉTODO.....	12
Diseño del estudio.....	12
Población de estudio. Criterios de inclusión y exclusión.....	12
Variables y métodos de medida.....	13
Análisis de datos.....	14
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	34
Limitaciones.....	37
CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	42

## **RESUMEN**

**Introducción:** el delirium es un síndrome neuropsiquiátrico multifactorial de etiología compleja con una alta prevalencia en la actualidad. De inicio agudo y curso fluctuante con empeoramiento nocturno, principalmente del nivel de conciencia y de las funciones cognitivas.

**Objetivos:** identificar el grado de conocimiento de los profesionales de enfermería y el impacto emocional relacionado con sus conocimientos sobre el delirium, así como, la existencia de protocolos y el empleo de escalas o herramientas diagnósticas del delirium en la población mayor de 65 años.

**Material y método:** se realizó un estudio descriptivo transversal empleando una metodología mixta, aplicando tanto técnicas cuantitativas como cualitativas. Se llevó a cabo a través de encuestas online ad hoc y entrevistas a profesionales de enfermería sobre el delirium que se encontraron en activo en el momento del estudio.

**Resultados:** se encuestaron online y entrevistaron presencialmente a 83 y 9 profesionales de enfermería respectivamente. Una media del 65,5% identificó correctamente la definición, tipos y curso del delirium. Un 83,1% de los encuestados y ningún entrevistado empleaba herramientas diagnósticas. Se reconoció una falta de protocolos en los servicios asistenciales. La falta de conocimientos generó sentimientos de miedo, ansiedad e inseguridad entre otros a los profesionales al tratar a pacientes con delirium.

**Conclusiones:** una correcta formación y la creación de protocolos en los servicios asistenciales subsanaría la escasez de conocimientos de los profesionales de enfermería y permitiría tratar y diagnosticar correctamente a los pacientes con delirium.

**Palabras clave:** conocimiento, delirium, enfermería, anciano/a.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Delirium is a multifactorial neuropsychiatric syndrome of complex etiology with a high prevalence at present. It has an acute onset and fluctuating course with nocturnal worsening, mainly of the level of consciousness and cognitive functions.

**Objectives:** To identify the degree of knowledge of nursing professionals and the emotional impact related to their knowledge of delirium, as well as the existence of protocols and the use of scales or diagnostic tools for delirium in the population over 65 years of age.

**Material and method:** A cross-sectional descriptive study was carried out using a mixed methodology, applying both quantitative and qualitative techniques. It was carried out through ad hoc online surveys and interviews with nursing professionals on delirium who were active at the time of the study.

**Results:** 83 and 9 professionals were surveyed online and interviewed face-to-face respectively. An average of 65.5% correctly identified the definition, types, and course of delirium. Diagnostic tools were used by 83.1% of the respondents and none of the interviewees. A lack of protocols in the care services was recognized. The lack of knowledge generated feelings of fear, anxiety and insecurity among others in professionals when treating patients with delirium.

**Conclusions:** Proper training and the creation of protocols in health care services would remedy the lack of knowledge of nursing professionals and would make it possible to correctly treat and diagnose patients with delirium.

**Keywords:** knowledge, delirium, nursing, elderly.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El delirium no es una entidad nosológica, es un síndrome neuropsiquiátrico multifactorial de etiología compleja. Caracterizado por una alteración transitoria del nivel de conciencia y de las funciones cognitivas. Su inicio es agudo y presenta un curso diario fluctuante con empeoramiento nocturno. Frecuentemente asociado a causas orgánicas secundarias y con una alta prevalencia entre pacientes mayores hospitalizados.

Fue descrito por primera vez a finales del siglo XIX.<sup>1</sup> El término delirium es el más empleado actualmente, pero desde sus orígenes ha sido un síndrome que ha recibido diversas denominaciones como síndrome mental orgánico, síndrome confusional agudo o reacción exógena aguda entre otros.<sup>2</sup>

### **Clasificación del Delirium**

El delirium se clasifica según su actividad psicomotora predominante, destacando el delirium hipoactivo, hiperactivo y mixto.

El delirium hiperactivo se caracteriza por agitación psicomotriz, psicosis, cambios de humor, verborrea, agresividad, irritabilidad, .... A pesar de ser la variante que mejor pronóstico presenta puede dar lugar a situaciones dañinas para el paciente, como caídas, golpes, etc. si el paciente se niega a recibir ayuda.<sup>1,3</sup>

En el delirium hipoactivo, el paciente presenta una actitud aletargada o enlentecida, disminución de la conciencia y somnolencia. Menos reconocido y confundido con otras patologías por parte de los profesionales sanitarios, derivando en retraso en su diagnóstico.<sup>1,3</sup>

El delirium mixto presenta tanto características del delirium hiperactivo como del hipoactivo.<sup>1,3</sup>

También se reconoce el delirium subsindrómico, caracterizado por presentar manifestaciones clínicas del delirium, pero no las suficientes para dar un diagnóstico certero.<sup>4</sup>

### **Epidemiología**

Es un síndrome que puede aparecer en cualquier momento de la vida, pero la incidencia aumenta progresivamente con la edad, siendo más prevalente en mayores de 65 años y en el sexo masculino. La prevalencia del delirium es muy variada según la edad de la población, pero no es el único factor que influye en su prevalencia; puesto que el infradiagnóstico, el nivel asistencial en el que se estudia, los métodos empleados en su diagnóstico o los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios influyen notoriamente.<sup>5</sup>

Es mayormente común en pacientes mayores de 65 años hospitalizados en UCI, en plantas geriátricas y en unidades de cuidados paliativos. Aquellos pacientes que reciben cuidados a nivel domiciliario presentan menos riesgo de sufrir delirium. Los pacientes sometidos a una cirugía

mayor o a una cirugía cardiaca tienen más probabilidad de sufrir delirium que aquellos intervenidos de cirugía menor. Entre la población mayor de 65 hay una prevalencia entorno al 1% y 2% mientras que, en los mayores de 85 se llega a cifras del 10% y el 14%.<sup>1,4</sup>

### **Etiología**

El delirium es un síndrome multifactorial, existen múltiples causas que interaccionan entre sí influyendo en el curso de su evolución.

Se pueden clasificar en dos grupos los factores, de riesgo o predisponentes (propios del paciente) y precipitantes o desencadenantes (estresores agudos exteriores). La probabilidad de sufrir delirium depende de la persona y de los factores de riesgo de su entorno. Una persona con varios factores predisponentes es más fácil que con un estresor leve presente delirium que aquellas personas sin factores predisponentes. Por eso, tratamientos preventivos dirigidos a un único estresor son menos efectivos que los destinados a múltiples estresores.<sup>1,6</sup>

Entre los factores predisponentes destacan la edad avanzada, sexo masculino, fragilidad, comorbilidades, deterioro cognitivo, depresión, enfermedades psiquiátricas, consumo de alcohol o drogas, discapacidad auditiva o visual y malnutrición.<sup>1,4</sup>

Los factores desencadenantes son infinitos ya que cualquier estresor puede derivar en delirium según la vulnerabilidad del paciente. La mayoría de los episodios ocurren durante ingresos hospitalarios y se deben a infecciones urinarias, de las vías bajas respiratorias, polimedicación (los fármacos más frecuentes son los anticolinérgicos, hipnóticos sedantes, antihistamínicos y antipsicóticos),<sup>10</sup> alteraciones hidroelectrolíticas (hiper/hiponatremia), traumatismos, intervenciones quirúrgicas (aumenta la probabilidad si es una intervención quirúrgica mayor que una menor), dolor no controlado correctamente y un largo etcétera.<sup>1,4,7</sup>

### **Manifestaciones clínicas**

El delirium es un síndrome que engloba síntomas diversos que fluctúan a lo largo del día, siendo más frecuente a últimas horas de la tarde y de la noche. Su inicio es agudo, puesto que se puede desarrollar en horas o a veces incluso en días. Hecho principal que lo diferencia de la demencia.<sup>1</sup>

Previo al delirium puede haber una fase prodrómica, caracterizada por somnolencia o letargia, irritabilidad, nerviosismo, depresión y alteraciones perceptiva, que son las más fluctuantes. Esta fase puede no aparecer o puede no acabar desembocando en delirium, es menos común en el delirium hipoactivo.

Los principales síntomas del delirium son alteración cognitiva y del nivel de conciencia; con incapacidad para focalizar, dirigir o sostener la atención, acompañado de lenguaje distorsionado y pensamientos incoherentes y desorganizados.

La memoria se ve alterada, presentando un defecto tanto en el registro como en la retención de nueva información.

La orientación y percepción errónea son comunes, en ocasiones no se reconoce a las personas o se confunden con otras, puede ocurrir lo mismo con los espacios en los que se encuentra la persona. En casos más graves pueden detectarse delirios y alucinaciones visuales y/o auditivas.

Son frecuentes tanto los trastornos en el ciclo sueño-vigilia; como las interrupciones nocturnas del sueño, pesadillas, insomnio nocturno, aumento de la latencia para quedarse dormido o momentos de somnolencia diurna.

Todas las alteraciones mencionadas anteriormente pueden estar acompañadas de agitación psicomotriz, cambios emocionales como ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, euforia o neurológicas inespecíficas; permitiendo así la clasificación de delirium en hiperactivo, hipoactivo o mixto.<sup>8</sup>

### **Criterios y métodos diagnósticos**

El delirium está infradiagnosticado e infravalorado.

Para evitarlo es necesario una evaluación de enfermería a pie de cama y a intervalos fijos, permitiendo conocer el estado cognitivo del paciente, su tratamiento farmacológico al ingreso y su evolución para identificar los factores predisponentes y desencadenantes y así aplicar las medidas preventivas necesarias de manera precoz para retrasar o evitar el delirium.<sup>1,3</sup>

Para el diagnóstico del delirium se utilizan los criterios tanto de la DSM-5 actualizada en mayo de 2013 por la American Psychological Association (APA) como de la CIE-11.

Según los nuevos criterios de la DSM-5 se precisa de 5 parámetros (A-E) para diagnosticar a un paciente de delirium. De los cinco es necesario que estén presentes los tres primeros, la alteración de la atención y de la conciencia (A), desarrollo en un corto periodo de tiempo que tiende a fluctuar su severidad a lo largo del día (B), déficit cognitivo (C), los criterios A y B no tienen que deberse a trastornos neurocognitivos preexistentes o establecidos, ni a un nivel reducido de excitación (D), tiene que estar presente una relación a través de la historia clínica o bien de hallazgos físicos o biológicos de que la alteración no se debe a otra afectación médica subyacente, a abstinencia de drogas, presencia de toxinas o a múltiples etiologías (E).

Si se compara la DSM-4 y la DSM-5 es posible que se diagnostiquen menos casos de delirium puesto que los criterios de la DSM-5 son más estrictos, pero si se emplea con un “enfoque más relajado” sí que está recomendado su uso.<sup>4,9</sup>

Según la CIE-11, para el diagnóstico de delirium es necesario la presencia de varios síntomas relacionados con alteraciones cognitivas, del aparato psicomotor, ciclo sueño-vigilia distorsionado, instauración súbita con fluctuaciones diurnas del curso y antecedentes o datos

objetivos sobre exploraciones neurológicas y complementarias a una enfermedad cerebral o sistémica.<sup>1</sup>

Uno de los métodos más empleados para el diagnóstico es el Confusion Assessment Method (CAM), validado en 1900 que pone en práctica los criterios diagnósticos del DSM. El CAM tiene una sensibilidad entre el 72-93% y una especificidad entre 87-96%. Para los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) existe una versión del CAM, el CAM-ICU para diagnosticar delirium en aquellos pacientes que no son capaces de comunicarse. Existen otras versiones como el 3D-CAM que solo emplea tres minutos para su administración y el UB-CAM. Una de sus limitaciones es la necesidad de profesionales entrenados para su aplicación.<sup>1,3,4,10,11</sup>

Para los pacientes ingresados en UCI además del CAM-ICU también puede emplearse la Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC).<sup>10</sup>

Otra herramienta muy utilizada para el diagnóstico de delirium en la población mayor a nivel hospitalario es la escala 4AT. Al contrario que la CAM, no precisa de profesionales entrenados y solo se emplean entre 2 y 3 minutos para su administración.<sup>1,4,10</sup>

Una de las posibles causas del infradiagnóstico del delirium es la falta de práctica rutinaria de métodos diagnósticos, así como una escasez de conocimientos o de formación de los profesionales sanitarios para identificarlo y de los diferentes tipos de delirium existentes; lo que deriva en el empleo de otros términos alternativos como confusión o bien, no es considerado por los profesionales como importante.<sup>4,12</sup> No se diagnostica el delirium debido a su curso fluctuante durante el día, a la vez que por una falta de conocimientos sobre el mismo.<sup>13</sup>

Las tasas de delirium que aparecen en la literatura diagnosticada son muy diversas, desde un 3,6% hasta un 73%.<sup>12</sup>

El delirium superpuesto a la demencia (DSD) es un desafío a la hora del diagnóstico, es frecuente, pero también está infradiagnosticado. Está relacionado con una peor evolución del delirium. Para su diagnóstico es necesario de un cuidador que informe sobre un cambio en el nivel de atención ya que esta característica es la que mejor delimita dicha condición, la excitación y un curso fluctuante pueden ser empleados como criterios secundarios en el diagnóstico.<sup>10</sup>

### **Tratamiento y prevención**

No hay un tratamiento específico para el delirium, la prevención basada en intervenciones multicomponentes es la mejor herramienta para reducir su incidencia, duración y sus consecuencias negativas.

La prevención y el tratamiento no farmacológico son similares, se puede enfocar según los diferentes factores de riesgo. Ante un deterioro cognitivo es útil protocolos de orientación (tarjetas con nombres del personal, saber la hora del día con relojes y estimulación mental), es necesario

una correcta higiene del sueño (respetar horarios nocturnos, ofrecer bebidas calientes antes de dormir, ambiente relajante, ...), la movilización precoz es imprescindible en personas encamadas (reducir dispositivos terapéuticos que la dificulten y sean innecesarios como sondas nasogástricas o urinarias, vías periféricas que dificulten la movilización y la realización de ejercicios), tratar las disminuciones visuales y auditivas (uso de gafas, lentes de contacto, audífonos, higiene auditiva, medidas ambientales y técnicas de comunicación adaptadas), una correcta hidratación y nutrición (reconocimiento precoz de signos de deshidratación/desnutrición, fomentar la ingesta de líquidos y sólidos adaptada a las necesidades del paciente), manejo adecuado de la medicación (está contraindicada la polimedicación, disminuir psicofármacos y evitar dosis de rescate), control de estresores agudos (control del dolor y tratamiento de enfermedades agudas durante el ingreso). No hay evidencia del uso de fármacos para la prevención del delirium.<sup>1,5,14</sup>

A nivel hospitalario existe un programa coste-efectivo para prevenir la aparición del delirium y la pérdida de capacidad funcional en el anciano, el Hospital Elder Life Program (HELP), precisa de un equipo multidisciplinar formado, se centra en tratar 6 factores de riesgo para el delirium.<sup>1,14</sup>

Cuando la prevención ha resultado ineficaz, es preciso identificar las causas subyacentes de forma precoz, tratándolas con medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Si el control de síntomas es insuficiente con medidas no farmacológicas, se recurre a medidas farmacológicas, sin embargo, casi no hay evidencia que sustente el uso de fármacos en el tratamiento del delirium.

Los psicofármacos son efectivos ante trastornos de conducta o insomnio; los neurolépticos de primera generación, como el *haloperidol*, son eficaces para el control de la agitación y de los síntomas psicóticos, sin embargo, ha de tenerse en cuenta que su reacción adversa principal son las manifestaciones extrapiramidales; los neurolépticos de segunda generación, como la *quetiapina*, *olanzapina*, *risperidona* o *clozapina*, presentan eficacia similar, pero con menos manifestaciones extrapiramidales. Las benzodiacepinas, como el *clometiazol* o *lorazepam*, son eficaces ante cuadros de delirium derivados de síndromes de abstinencia por fármacos sedantes o alcohol y para el control del insomnio, su uso conjunto con el *haloperidol* se emplea para aumentar la sedación y reducir posibles efectos extrapiramidales.<sup>5</sup> Está en estudio el tratamiento del delirium con *dexmedetomidina*, un antagonista de los receptores alfa-2 adrenérgicos, algunos resultados demuestran una mejoría cognitiva en paciente críticos, pero la evidencia aun no es suficiente para que esté indicado su uso.

Para el resto de los fármacos que se usan en la práctica clínica casi no hay evidencia que sustente su uso.<sup>1,4</sup>

Es importante el empleo de las medidas farmacológicas de forma pautada y no a demanda, siempre empleando la menor dosis y durante el menor tiempo posible. Su reducción debe realizarse de forma paulatina y gradual.

Un abordaje multidisciplinar tras el diagnóstico de delirium es imprescindible para realizar un plan de cuidados completo. Los médicos y los profesionales de enfermería son los encargados el diagnóstico, tratamiento y prevención tanto a nivel hospitalario como comunitario. La terapia ocupacional contribuye en el tratamiento de los trastornos de la atención, la reorientación temporal y espacial y fomento de la psicoestimulación con terapias adaptadas, por lo que es beneficiosa. Los trabajadores sociales son necesarios, ya que determinados factores sociales son perjudiciales para la evolución del delirium y son capaces de detectarlos y abordarlos correctamente. Los ejercicios realizados por los fisioterapeutas para tratar la inmovilización son de gran ayuda para evitar el deterioro físico de los pacientes. Las familias juegan un papel importante en los cuidados por lo que es necesario una correcta educación sobre los signos y síntomas del delirium y de cómo se debe actuar.<sup>14</sup>

El uso de restricciones físicas una vez diagnosticado el delirium es muy frecuente, pero su uso no es beneficioso para el paciente, aunque se empleen para prevenir caídas, evitar retiradas de dispositivos terapéuticos o evitar que el paciente se haga daño. No son efectivas ya que implican dejar al paciente en una situación de inmovilidad con las complicaciones que esto conlleva; también supone consecuencias psicológicas negativas como miedo, angustia, confusión o mayor agresividad. Están indicadas solamente ante grave peligro para la integridad del propio paciente o de terceros tras una correcta valoración integral.<sup>14</sup>

### **Evolución**

La evolución del delirium es variable, puede resolverse, cuando se ha instaurado el tratamiento de forma precoz y eficaz, pero también puede dejar secuelas físicas y/o cognitivas como un daño cerebral orgánico irreversible o incluso la muerte.<sup>5</sup>

El delirium está asociado a un mayor riesgo de caídas durante la hospitalización, así como un aumento de la morbi-mortalidad evitable. Tras el alta está asociado a una mayor probabilidad de sufrir demencia y de requerir de institucionalización.<sup>7,13</sup>

Padecer delirium es un marcador de fragilidad cognitiva y de un mal resultado de la hospitalización. Los pacientes sufren estancias hospitalarias más largas, por ende, se consumen más recursos económicos.<sup>7</sup> Muchos pacientes padecen síntomas residuales del delirium durante su ingreso, estos precisan de una vigilancia estrecha y continuada tras el alta, para lo que es necesario una correcta coordinación entre los hospitales y los equipos de atención primaria, para que se evalúe la resolución completa de delirium y la evolución cognitiva con el fin de detectar precozmente el posible deterioro.<sup>5,10</sup>

## **JUSTIFICACIÓN:**

El delirium es un síndrome muy prevalente en la actualidad, su prevalencia varía según el nivel asistencial,<sup>12</sup> siendo mayor en unidades de cuidados intensivos y unidades de cuidados paliativos, seguidos de plantas médicas generales y de geriatría.<sup>1</sup> Independientemente de la multitud de casos, la mayoría no son diagnosticados o son confundidos con otras patologías lo que impide conocer con exactitud el número real de pacientes que sufren delirium.<sup>12,13</sup>

Padecer delirium supone un mayor riesgo de sufrir complicaciones, institucionalización posterior al alta y una mayor estancia hospitalaria, generando un gran gasto sanitario.<sup>7,13</sup>

Una correcta prevención, conociendo y tratando los factores desencadenantes y de riesgo por parte del equipo multidisciplinar, permitiría una disminución de casos y/o un diagnóstico precoz del delirium.<sup>13</sup> Para ello es necesario una adecuada formación de todos los profesionales, en especial del personal de enfermería, puesto que son los profesionales que están las 24 horas del día en contacto con el paciente durante el ingreso; consiguiéndose así una mejor calidad asistencial.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Es adecuada la formación de los profesionales de enfermería y la organización asistencial para abordar correctamente el delirium en la población mayor de 65 años?

## **3. OBJETIVOS**

**Objetivo principal:** Identificar el grado de conocimientos de los profesionales de enfermería y la organización asistencial del delirium en la población mayor de 65 años.

**Objetivos secundarios:**

- Describir el grado de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el delirium.
- Identificar la existencia de protocolos en los servicios asistenciales para tratar el delirium.
- Determinar las escalas empleadas en el diagnóstico de delirium por los profesionales de enfermería.
- Relatar el impacto emocional en los profesionales relacionado con la cantidad de conocimientos sobre delirium.

## **4. MATERIAL Y MÉTODO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo fue un estudio descriptivo transversal apoyado en una metodología mixta, aplicando tanto técnicas cuantitativas como cualitativas. Gracias a la metodología mixta se consigue una perspectiva más integral del objeto de estudio dado que, se apoya en las fortalezas tanto del método cualitativo como del cuantitativo. Se consideran diferentes fuentes de datos y métodos de análisis aportando una mayor solidez, ya que se corroboran y se obtiene una visión más comprensiva de los resultados obtenidos, consiguiendo así multiplicidad de respuestas y una explicación de mayor calidad.<sup>15</sup>

Se realizó el estudio transversal siguiendo los criterios establecidos por Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) para una mejor calidad del estudio.

El presente estudio se llevó a cabo en el periodo de noviembre de 2022 hasta mayo de 2023.

### **PARTICIPANTES**

Los criterios de inclusión para participar en el presente estudio fueron: poseer el título de graduado o diplomado en enfermería y estar en activo en el momento del estudio. Los criterios de exclusión fueron: no ser profesional de enfermería, ser estudiante del grado de enfermería, estar jubilado, no estar en activo en el momento del estudio o negativa de participar.

### **ENCUESTA**

El objetivo de estudio fue identificar el grado de conocimiento de los profesionales de enfermería y la organización asistencial del delirium en la población mayor de 65 años. Para ello se realizó una encuesta (Anexo 1) ad hoc basada en la bibliografía actual del delirium. En dicha encuesta se relacionaron las variables socio-laborales de los profesionales de enfermería con preguntas sobre el delirium para valorar el grado de conocimientos y conocer la organización asistencial. Las encuestas online siguieron la política de privacidad de Google Drive y de la Universidad de Zaragoza, fueron totalmente anónimas.

La encuesta estuvo disponible entre el 11 al 20 de abril de 2023. Fue difundida a través de redes sociales como *Whatsapp* e *Instagram* por el investigador principal del trabajo, para lograr un mayor alcance se empleó la técnica de *bola de nieve*. Dicha técnica consistió en quien realizara la encuesta se la enviara a otra persona y así sucesivamente.<sup>16</sup>

Se estimó obtener aproximadamente 100 encuestas, se logró alcanzar finalmente un cómputo total de 83. Todas las encuestas estuvieron cumplimentadas correctamente por lo que fueron empleadas en el estudio.

#### **VARIABLES DE CARÁCTER SOCIO-LABORAL:**

- Lugar de trabajo: residencia, urgencias, UCI, quirófano, planta hospitalaria, planta quirúrgica, atención primaria o consultas.
- Tiempo trabajo en el servicio: menor de 1 año, entre 1 y 5 años, mayor de 5 años.
- Número de pacientes en la planta con delirium: ninguno, uno y dos o más.

**VARIABLES CUALITATIVAS (DICOTÓMICAS Y POLINÓMICAS) RELACIONADAS CON EL DELIRIUM:** definición, tipo, curso, síntomas, diagnóstico (Confusion Assessment Method, Test Mini Mental, 4AT, Intensive Care Delirium Screening Checklist, No), diagnóstico correcto (Si, No), protocolos (Si, No), factores predisponentes, herramientas preventivas (Si, No), medidas no farmacológicas, medidas farmacológicas, complicaciones, emociones, creer tener conocimientos suficientes (Si, No), opinión.

#### **ENTREVISTA**

Las entrevistas siguieron una estructura semiestructurada e inductiva, se realizaron preguntas relacionadas con los diferentes temas de los objetivos, permitiendo una agrupación temática y abordar los temas deseados por el investigador principal. Se siguió un guion elaborado para las entrevistas (Anexo 2) pero con flexibilidad suficiente para que los participantes hablaran abiertamente y pudieran surgir nuevas categorías temáticas.

Previo a la participación de los entrevistados se les solicitó que cumplimentaran el consentimiento informado, sus datos fueron anónimos y randomizados con el fin de impedir la identificación de los participantes.

Se creó un ambiente confortable con la presentación del entrevistador-participante y se explicó el objetivo de la entrevista, posteriormente se procedió a su realización y grabación en voz.

Se efectuaron entrevistas hasta obtener *saturación teórica*, es decir, imposibilidad de recopilar datos diferentes a los ya obtenidos en las anteriores.<sup>17</sup> Se estimó llevar a cabo entre 6 y 8 entrevistas de unos 10 minutos de duración.

Finalmente, se realizó un total de 9 entrevistas, de las cuales una fue excluida por tratar únicamente del delirium por privación de drogas. Tras la recopilación, el investigador se familiarizó con los datos escuchando y transcribiendo las entrevistas (Anexo 3).

## ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recopilados en las encuestas autoadministradas fueron ingresados en hojas de cálculo de Excel 2016 y se exportaron al paquete estadístico SPSS, versión 25, para codificarlos y analizarlos. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes; los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

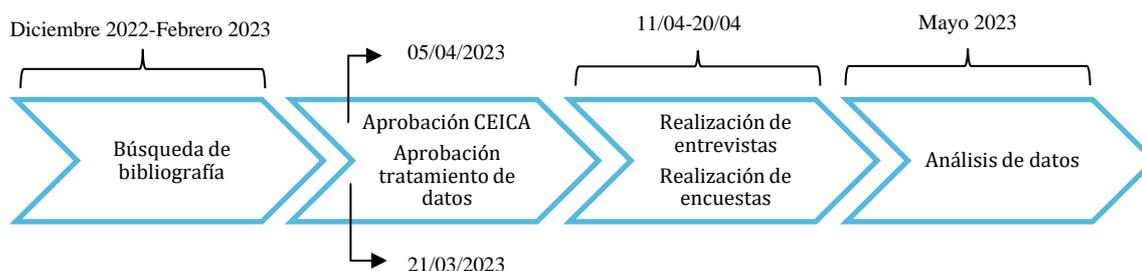
Para comprobar si existía relación entre el servicio asistencial y las variables de empleo de protocolos y de herramientas diagnósticas, se realizó el contraste de independencia Chi-cuadrado, permitiendo comprobar la existencia de asociaciones entre las variables. Se consideró diferencia significativa cuando  $p < 0,05$ .

Los datos obtenidos en las entrevistas fueron procesados siguiendo un análisis cualitativo con organización temática de forma inductiva, modelo que amplía y/o confirma las categorías preconcebidas por el investigador. Se realizó el análisis a lo largo de las 6 fases secuenciales descritas por Braun y Clarke en 2006.<sup>18</sup> La transcripción y análisis de las entrevistas fue realizada en su totalidad por el investigador principal.

FASES	DESCRIPCIÓN
Familiarización y transcripción del conjunto de datos	Escucha y re-escucha para la transcripción de las entrevistas por el método <i>verbatim</i> .
Codificación	Codificación de los datos más relevantes en pequeños grupos. Gracias a esta fase se facilitó la categorización emergente.
Búsqueda de temas	Conversión de los datos más relevantes en categorías.
Revisión de temas	Comprobación de la relación intrínseca entre las categorías y subcategorías del estudio.
Definición y denominación de temas	Identificación de categorías y subcategorías del total de la información. Sobre ciertas categorías se generaron categorías de menor nivel, denominadas subcategorías, en relación con la cantidad de información obtenida.
Reporte final de los datos	Síntesis global del estudio. Explicación del análisis y relación con los objetivos de la investigación a través de los resultados obtenidos.

(Elaboración propia)

## CRONOGRAMA



## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio obtuvo el dictamen favorable para la realización del proyecto por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) (Anexo 4). También fue aprobado por el gerente de la Universidad de Zaragoza la solicitud de tratamiento de datos personales de trabajos fin de máster (Anexo 5).

Los datos se obtuvieron a través de encuestas online y de entrevistas abiertas. Se solicitó el consentimiento informado (Anexo 6) por escrito previo a la realización de las entrevistas y en las encuestas online se solicitó a los participantes que aceptaran la privacidad de Google y de la protección de datos de UNIZAR para poder realizarla.

Se hizo constar en todo momento que los datos personales no serían incluidos en la información del estudio. Se codificó el nombre del entrevistado por el investigador principal con el fin de que no se pudiera identificar a los entrevistados en la presentación de los resultados.

En todo momento se pudo interrumpir la participación en el estudio por su carácter voluntario.

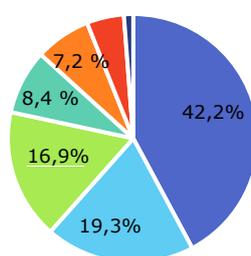
La participación o no, en ningún momento o caso especial fue incentivada con recursos económicos ni de otro concepto beneficioso, garantizando así los principios éticos básicos del Informe Belmont, de justicia y equidad. Se aseguró durante el tiempo de la investigación y a posteriori la dignidad humana y ningún tipo de discriminación de los participantes, respetando el principio de no maleficencia.<sup>19</sup>

## 5. RESULTADOS

Se obtuvo un total de 83 respuestas a la encuesta online ad hoc enviada por las diferentes aplicaciones sociales, *Instagram* y *WhatsApp*.

Los 83 participantes, eran profesionales de enfermería que pertenecían a diferentes servicios asistenciales, un 42,2% se encontraba trabajando en plantas hospitalarias siendo el servicio predominante, seguido de Atención Primaria o consultas con un 19,3%, UCI un 16,9%, plantas quirúrgicas un 8,4%, quirófano un 4,8% por último, el servicio con menos participación fueron las residencias con un 1,2%.

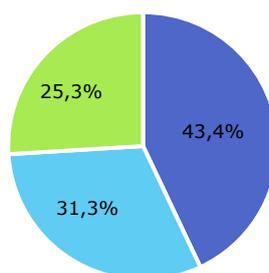
### Servicios



■ Planta hospitalaria ■ AP o Consultas ■ UCI ■ Planta quirúrgica ■ Urgencias ■ Quirófano ■ Residencia

La mayoría de los profesionales, el 43,4%, llevaban trabajando en el servicio entre 1 y 5 años, mientras que el 31,3% su duración de trabajo era menor de 1 años y el 25,3% era mayor de 5 años.

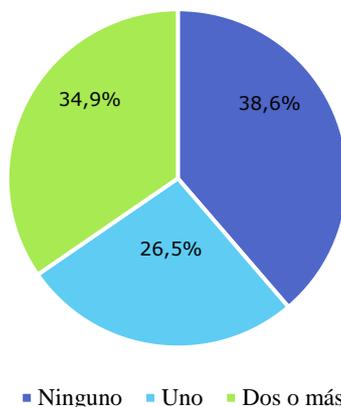
### Tiempo trabajado



■ de 1 a 5 años ■ < 1 año ■ > 5 años

En relación con el número de pacientes con delirium en sus servicios asistenciales, la mayoría, un 38,6%, no tenía pacientes con delirium en su planta, mientras que un 34,9% tenían dos o más pacientes y un 26,5% solían tener uno. Aproximadamente el mismo número de profesionales no tenía ningún paciente con delirium, como tenía dos o más

Número de pacientes



En la cuarta pregunta, relacionada con la definición del delirium, más de la mitad de los participantes (62,7%) acertaron la respuesta correcta, mientras que el resto de los profesionales seleccionó como válida la respuesta de todas son ciertas (32,5%), un 6% definió el delirium como un trastorno específico y solo un 1,2% como una enfermedad de etiología de origen claro.

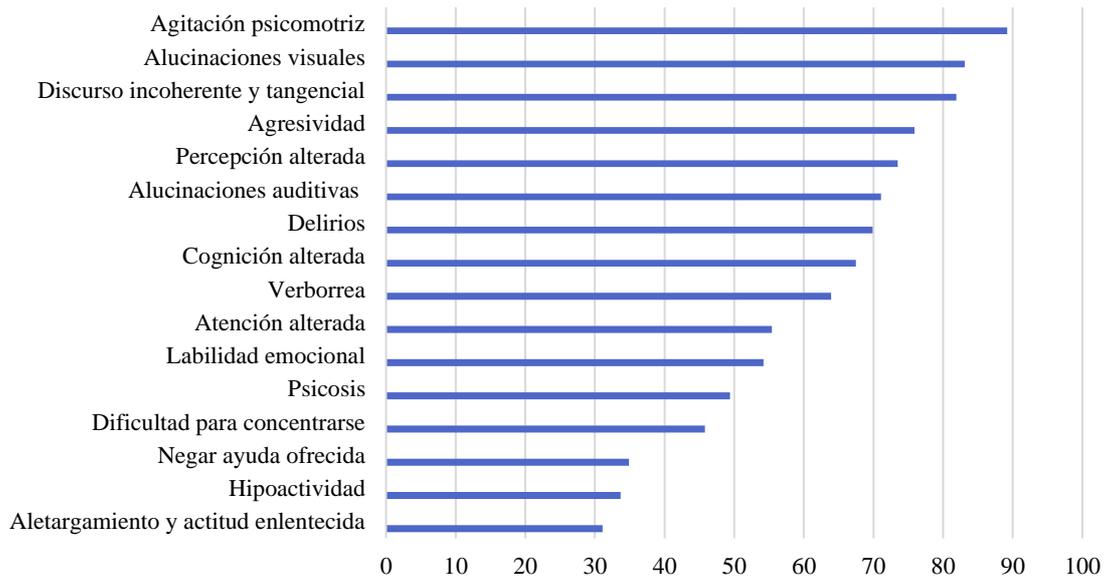
El delirium se puede clasificar en tres tipos, hiperactivo, hipoactivo y mixto. La pregunta número cinco obtuvo un 68,7% de respuestas correctas. Recaltar que un 25,3% seleccionó como correcta la opción de delirium hiperactivo, variante del delirium más conocida que la hipoactiva. Un 2,4% optó por el tipo hipoactivo y un 4,8% por el mixto.

Los participantes en la sexta pregunta, correspondiente con el curso del delirium, un 65,1% eligió la respuesta correcta, inicio brusco con curso fluctuante reversible, la otra opción más seleccionada fue: inicio paulatino con curso fluctuante reversible con un 30,1%. Lo que sugiere que la mayoría de los profesionales relacionaron el delirium con curso fluctuante reversible pero el inicio del síndrome no lo tuvieron tan claro.

Las preguntas número cuatro, cinco y seis fueron acertadas por más de la mitad de los participantes, siendo la pregunta relaciona con el tipo del delirium la más acertada, con un 68,7% de aciertos, lo que sugiere cierto grado de conocimientos sobre el tema.

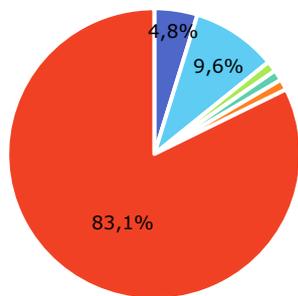
Los síntomas en el delirium son múltiples, desde somnolencia hasta agitación, como de labilidad emocional hasta alucinaciones tanto visuales y auditivas. En la pregunta número siete, los participantes pudieron elegir múltiples opciones. El síntoma más elegido como característico fue la agitación psicomotriz con un 89,2%, seguido de alucinaciones visuales con un 83,1%. El síntoma menos relacionado con el delirium fue aletargamiento y actitud enlentecida con un 31,3%, al igual que el resultado de la quinta pregunta donde el tipo de delirium menos seleccionado fue el hipoactivo, indicativo de que la variante hipoactiva fue menos conocida por los profesionales de enfermería que la hiperactiva.

### Síntomas



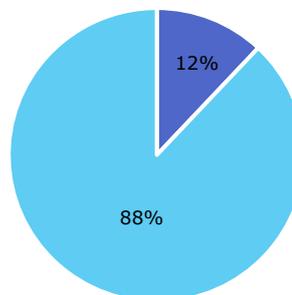
A continuación, las preguntas octava y novena sondeaban sobre el correcto diagnóstico del delirium en los servicios asistenciales. La primera hacía referencia sobre las herramientas empleadas en su diagnóstico, donde un 83,1% afirmó no emplear ninguna herramienta. De las herramientas diagnósticas que aparecían en las respuestas, la más frecuentes fue el Test Mini Mental con un 9,6%, seguido de la Método CAM con un 4,8% y las otras tres herramientas (4AT, ICDSC y CAM-ICU) con un 1,2% todas ellas. La mayoría de los participantes respondieron que el delirium en su planta estaba infradiagnosticado o se confundía con otras patologías con un 88%; solo el 12% afirmó que siempre se diagnosticaba correctamente.

Herramientas diagnósticas



- CAM
- Test Mini Mental
- 4AT
- ICDSC
- CAM-ICU
- NO

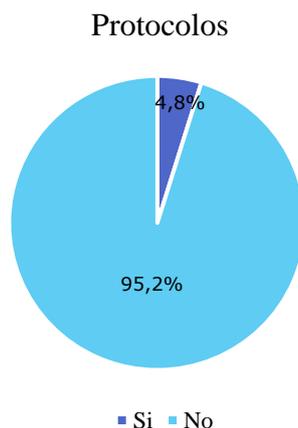
Diagnóstico correcto



- Si
- No

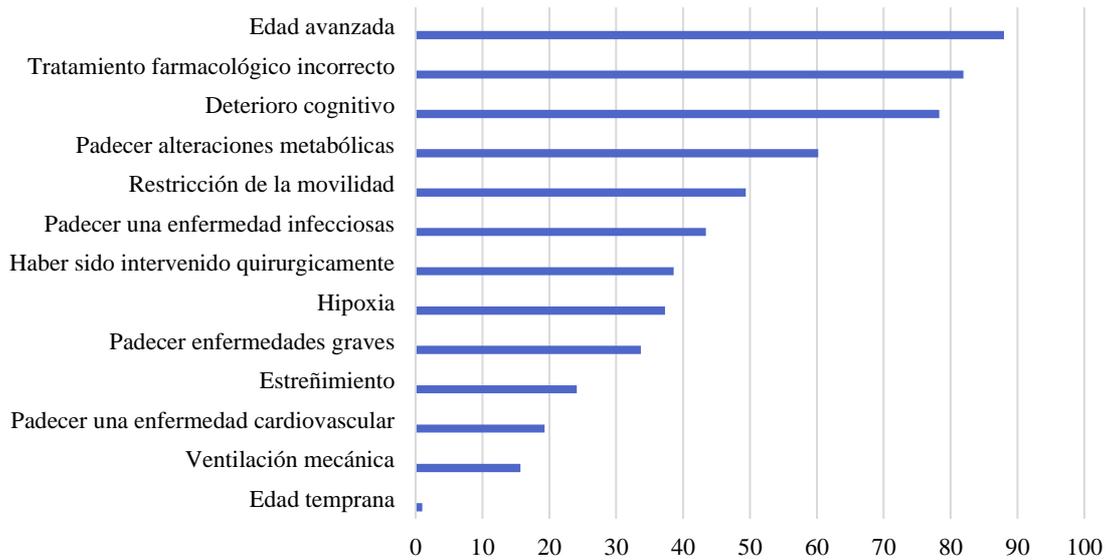
Las respuestas a ambas preguntas mencionadas anteriormente son llamativas por la ausencia de métodos diagnósticos empleados en el diagnóstico del delirium y por el elevado porcentaje de infradiagnósticos o confusión del delirium con otras patologías.

La décima pregunta, relacionada con la organización asistencial indagaba sobre la existencia de protocolos para el tratamiento del delirium en los diferentes servicios asistenciales. La mayoría de los profesionales sanitarios afirmó la no existencia de protocolos con un 95,2% y solo un 4,8% de respuestas afirmativas.

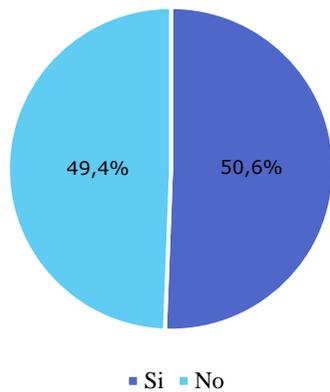


La prevención del delirium es imprescindible para disminuir su incidencia y reducir las complicaciones posteriores, para ello es necesario un conocimiento adecuado de los factores predisponentes para el empleo de las medidas preventivas oportunas. En la pregunta onceava, de opción múltiple, los participantes eligieron la edad avanzada con un 88%, el tratamiento farmacológico incorrecto con un 81,9% y el deterioro cognitivo con un 78,3% como los factores predisponentes más habituales y la edad temprana como el menos frecuente. Sin embargo, el resto de las opciones no fueron casi seleccionadas, lo que sugiere que no son tan conocidas por los profesionales de enfermería. A continuación, se preguntó si empleaban alguna herramienta preventiva, pero solo la mitad de los participantes respondieron afirmativamente. Tienen relación ambas preguntas, ya que si no se tienen los conocimientos necesarios sobre los factores predisponentes, no se emplean las herramientas preventivas convenientes; impidiendo un tratamiento temprano de los pacientes.

### Factores predisponentes

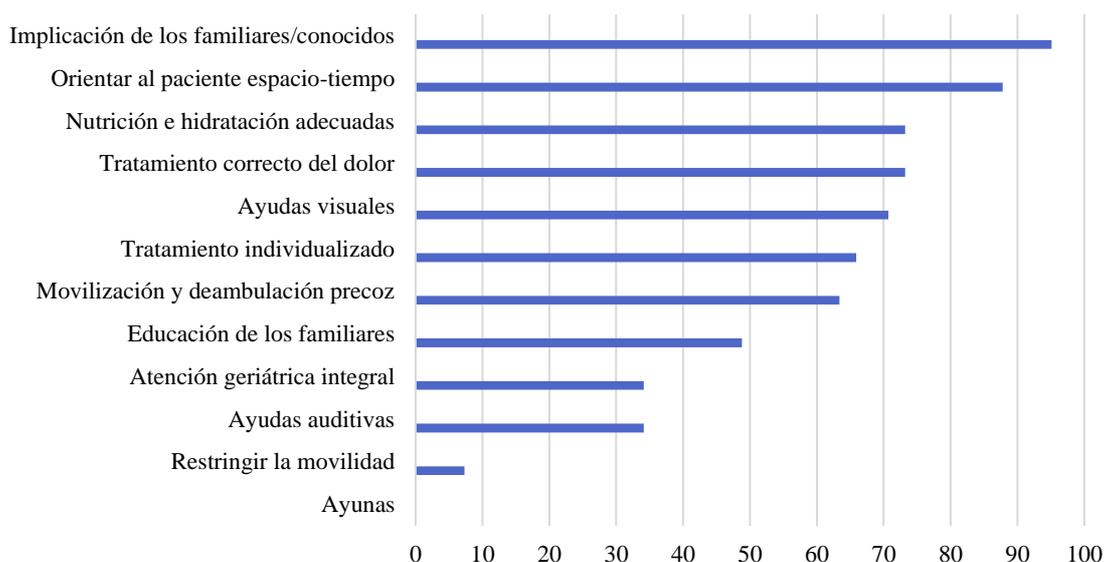


### Empleo herramientas preventivas



Los participantes que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior seleccionaron las medidas preventivas que empleaban (pregunta de respuesta múltiple), la más utilizada por los profesionales de enfermería fue implicación de los familiares o conocidos (95,1%), seguida de orientación del paciente espacio-tiempo (87,8%). Por otro lado, ningún profesional de enfermería seleccionó la opción de ayunas y solo un 7,3% eligió restringir la movilidad del paciente como factores predisponentes, lo que implica unos conocimientos adecuados sobre las herramientas preventivas por parte de los participantes que respondieron afirmativamente la pregunta doceava.

## Herramientas preventivas

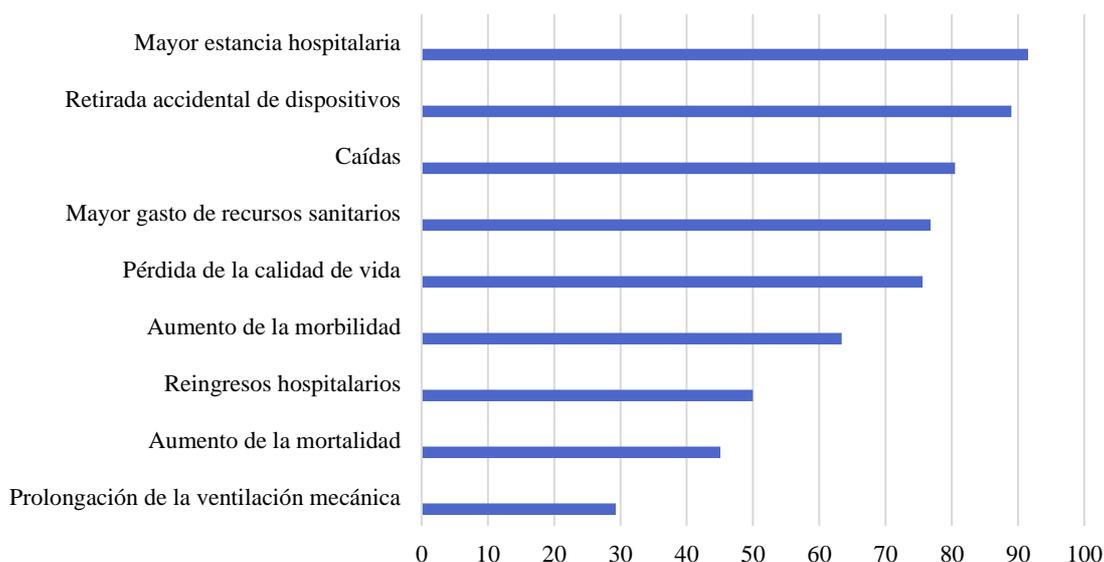


Cuando las medidas preventivas no han sido suficientes, se emplean medidas farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento del delirium. Son de elección para el tratamiento las medidas no farmacológicas, pero las farmacológicas son empleadas asiduamente en los servicios asistenciales.

Las medidas no farmacológicas más empleadas, pregunta catorceava de respuesta múltiple, fueron orientar al paciente espacio tiempo (90,4%), seguida de crear un ambiente adecuado (74,7%) para el paciente. La menos seleccionada fue las contenciones mecánicas, aun estando contraindicadas por los efectos perjudiciales para los pacientes, un 20,5% es un porcentaje elevado. Con respecto a las medidas farmacológicas, los fármacos más empleados por los profesionales de enfermería fueron los antipsicóticos de segunda generación (*Quetiapina*, *Risperidona*, *Olanzapina*, ...) con un 78,3%, los antipsicóticos de primera generación y las benzodiacepinas fueron empleados con la misma frecuencia, 59% y 53% respectivamente. Los menos empleados fueron los inhibidores de la acetilcolinesterasa (9,6%).

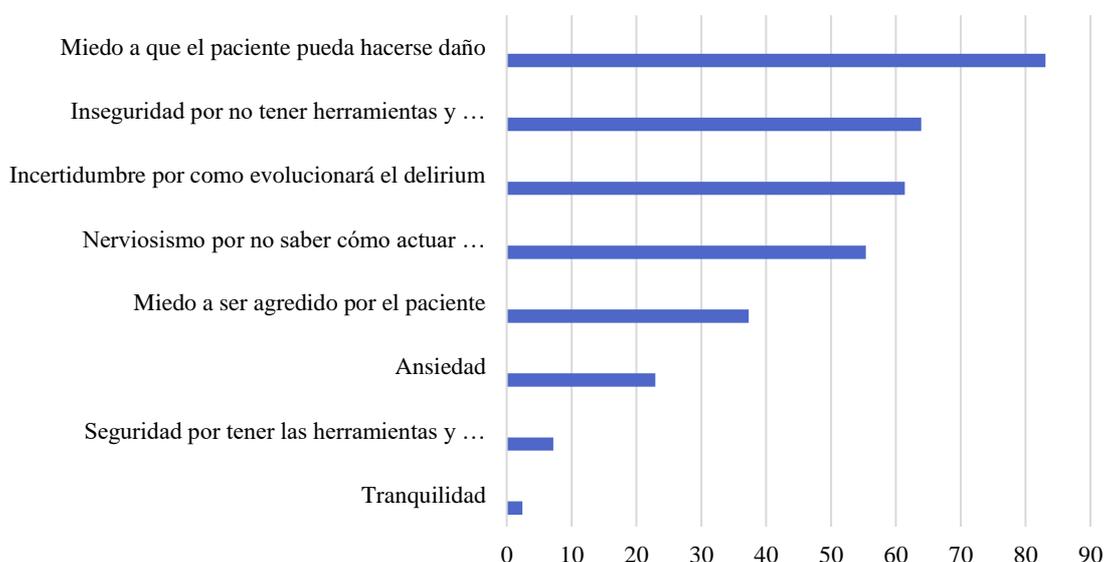
De los 83 participantes, un 98,8% afirmó que el delirium provocaba complicaciones. Los profesionales de enfermería que respondieron afirmativamente, en la siguiente pregunta de respuesta múltiple, consideraron que las complicaciones más frecuentes fueron una mayor estancia hospitalaria (91,5%), seguida de la retirada accidental de dispositivos (89%) y de caídas (80,5%).

### Complicaciones



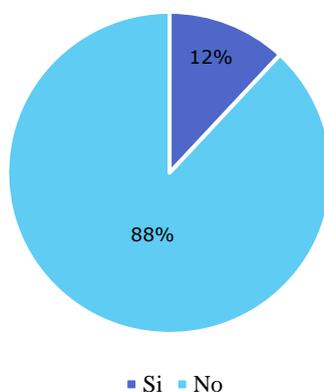
En la antepenúltima pregunta de la encuesta, se valoraron los sentimientos/emociones de los profesionales de enfermería al tratar con pacientes con delirium, pues la falta de conocimientos puede influir en la seguridad de los profesionales y derivar en una peor calidad asistencial para los pacientes. Un 83,1% de los profesionales seleccionó la opción de miedo a que el paciente pueda hacerse daño a sí mismo, un 63,9% eligió también la opción de inseguridad por no tener las herramientas y los conocimientos adecuados, porcentaje similar a la respuesta de incertidumbre por cómo evolucionaría a lo largo de las horas el delirium en el paciente (61,4%). Las opciones menos marcadas fueron tranquilidad (2,4%) y seguridad por tener las herramientas y conocimientos adecuados (7,2%). En general predominaron los sentimientos/emociones de inseguridad y miedo a las de tranquilidad y seguridad por la falta de conocimientos.

### Sentimientos/emociones



En la penúltima, se preguntaba a los participantes si consideraban tener suficientes conocimientos sobre el delirium, un 88% afirmó no creer tenerlos.

Suficientes conocimientos



Siendo el delirium un síndrome muy prevalente en la actualidad llama la atención que los propios profesionales consideren no tener los suficientes conocimientos, hecho que puede derivar en una peor calidad asistencial hacia los pacientes.

Para finalizar el cuestionario, se creó una pregunta opcional de redacción para que los participantes explicaran que recursos verían necesarios para mejorar la prevención, tratamiento, diagnóstico, ... en su servicio asistencial. Se obtuvo un total de 38 respuestas. La temática de las respuestas que más se repitió fue:

- Protocolos en los diferentes servicios asistenciales.
- Medidas diagnósticas específicas. Así como escalas de medición del riesgo.
- Atención integral por diferentes profesionales.
- Formación/Docencia sobre cuidados para los profesionales y para el paciente y la familia.
- Más profesionales.

Para comprobar si existía asociación entre el servicio asistencial y las variables de protocolos y herramientas diagnósticas; se realizó el contraste de independencia Chi-cuadrado. Para ellos se dividió la muestra para poder trabajar con ella, separando cada servicio y comparándolo con el conjunto de los otros servicios asistenciales.

Ninguno de los servicios mostró asociación con el uso de protocolos puesto que el valor de  $p$  siempre fue mayor de  $p > 0,05$ , lo que demuestra que no hay diferencia significativa entre los servicios y uso de protocolos.

Servicio asistencial	Empleo de protocolos		
	SI	NO	P
Planta hospitalaria	2,9% (1)	97,1% (34)	0,476
Resto de servicios	6,3% (3)	93,8% (45)	

Al estudiar la asociación entre los diferentes servicios asistenciales y el uso de herramientas diagnósticas, en ninguno se observó diferencia significativa ya que el valor p fue mayor de  $p > 0,05$ , por lo que el uso de herramientas diagnósticas es muy similar en todos los servicios.

Servicio asistencial	Herramienta diagnóstica				P
	CAM	TEST MINI MENTAL	ICDSC	NO	
Planta hospitalaria	5,7% (2)	5,7% (2)	2,9% (1)	85,7% (30)	0,494
Resto de servicios	6,3% (3)	12,5% (6)	0% (0)	81,3% (39)	

## 1. RESULTADOS ENTREVISTA

### CATEGORIZACIÓN

El análisis temático inductivo generó 6 grandes categorías de primer grado o áreas temáticas diferentes. Algunas de las categorías fueron divididas en subcategorías de 2° y de 3° grado. La categorización se muestra en la siguiente tabla.

Categoría 1° grado	Categoría 2° grado	Categoría 3° grado
Conocimientos		
Tratamiento	Farmacológico	
	No farmacológico	Orientación Contención mecánica
Diagnóstico		
Sentimientos/emociones	Relacionadas con el paciente	
	Relacionadas con los profesionales	
Mejora asistencial	Formación	
	Protocolos	
	Atención multidisciplinar	
	Otros	

(Elaboración propia)

Los resultados redactados a continuación relacionados con los conocimientos y diferentes aspectos sobre el delirium se obtuvieron gracias a la comparación de las diferentes entrevistas de cada profesional de enfermería. Los fragmentos narrativos empleados de cada entrevista fueron transcritos de forma literal; dichos fragmentos fueron identificados con la codificación asignada a cada participante.

### **CONOCIMIENTOS:**

La primera gran categoría discutida en las entrevistas fue el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el delirium. De entre los 9 participantes, solamente los participantes 07 y 08 definieron el delirium como un síndrome. Además, el participante 08 fue el único que identificó tipos de delirium y que estos podían tener múltiples manifestaciones. Se asoció el delirium a pacientes de edad avanzada por el 04, 06 y 07, también con un curso fluctuante y transitorio por el 01 y 02. Fueron definiciones cortas por parte de los profesionales, pero sin embargo si se relacionaron con aspectos cognitivos y mentales, por otra parte, muchos de los participantes refirieron tener escasos conocimiento o manifestaron dubitación mientras eran entrevistados como el 01, 02, 03, 06, 07 y 08.

- *“estado mental un poco de confusión que se pone en agitados ansiosos, suele empezar de forma brusca, creo recordar, y puede durar poco o dura incluso días y luego que en el tiempo puede fluctuar también puedes tener episodios de agitación o de somnolencia incluso y pueden tener alucinaciones, pero no recuerdo si eran auditivas o visuales, pues básicamente un poco me acuerdo de eso” (01)*
- *“trastorno normalmente transitorio” “influido por muchas cosas, pero que suele cursar con agitación, agresividad” (02)*
- *“una alteración o confusión ..., es una alteración de la percepción o confusión, a veces eh no sé pues puede estar muy eufórico o somnoliento depende de lo que le cause el delirium, ¿no?” “somnolencia puede ser por medicación” (03)*
- *“desorientación o “ida de olla”, un tipo de desorientación tempero-espacial que suele ocurrir muchas veces en personas mayores cuando llevan un tiempo ingresadas. Se desorientan por no estar en su hábitat natural ... puede llegar hasta algún punto de tener alucinaciones, volverse a lo mejor agresivos” (04)*
- *“yo conozco poco del delirium” “son pacientes en edad avanzada mayoritariamente, que tiene un deterioro cognitivo y/o alguna descompensación y no son coherentes pues ni con el habla ni con los pensamientos ni con los movimientos del cuerpo, ¿no?, no sé y eso...” (06)*
- *“es un síndrome que se produce cuando se lleva ya muchos días ingresados, sobre todo, se da en gente más mayor, entonces que se acaban desorientando, muchos días en la misma*

*habitación, eh... agravado pues según los tipos de patologías según el tipo de infecciones que, puede aumentar la probabilidad de que esos pacientes pues acaben delirando” (07)*

- *“es un síndrome, un conjunto de síntomas, un síndrome confesional ¿no? que afecta a diferentes esferas del pensamiento, del comportamiento, de la orientación de los pacientes y que ... muchos lo sufren relacionado con los ingresos hospitalarios ¿no? Bueno... y que puede ser hiperactivo, hipoactivo, que puede afectar de diferentes maneras a las diferentes esferas de la consciencia del paciente.” (08)*

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento del delirium es otra de las áreas de interés de 1<sup>er</sup> grado, se pudo identificar 2 subcategorías, tratamiento farmacológico y no farmacológico. Dentro de la subcategoría de tratamiento no farmacológico identificaron 2 subcategorías más, medidas de orientación y contenciones mecánicas. Un correcto tratamiento del delirium influye en una mejor calidad asistencial de los pacientes por lo que es importante un adecuado conocimiento.

La mayoría de los participantes afirmaron no conocer o no tener un protocolo que les sirviera de guía en sus servicios asistenciales, esto se ve reflejado en la falta de unanimidad en el tratamiento del delirium.

El paciente 06 refirió no estar bien tratado el delirium a nivel hospitalario.

### **A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Todos los participantes refirieron empleo de fármacos, pautados por los médicos, en pacientes que sufren delirium, solo los participantes 02 y 07 especificaron el tipo de medicación empleado, *haloperidol*, *tiaprizal* y *transilium*, la medicación fue solicitada principalmente por los profesionales de enfermería si el paciente estaba intranquilo o agitado como refirió el participante 04.

- *“normalmente pues eso se pone la medicación el que ellos consideran” (01)*
- *“tiene medicación psiquiátrica pautada.” “tiaprizal, haloperidol, entre otras ... son las que más solemos utilizar” (02)*
- *“no tenemos ningún protocolo a seguir, pues solemos llamar al médico y seguimos las pautas que nos da, ponemos si hay que poner medicación se pone lo que nos dice y si no pues aguantamos al anciano.” (03)*
- *“un poco o la medicación que lleve pautada ... avisar al médico y que nos paute alguna medicación sobre todo si está más intranquilo, agitado” (04)*

- *“que en los hospitales no se termina de tratar bien el delirium, más que nada porque no hay o sea los pacientes con delirium están en plantas que no están especializadas en eso, entonces pues mmmmm se suele tratar con medicación” (06)*
- *“... también en cuestión de fármacos les ponemos haloperidol, transilium y entonces aun os dejás más droguis y se descentran todavía” (07)*
- *“se intenta identificar si hay alguna causa orgánica para el delirium una infección, alguna ITU o algo así y sino yo creo que, con fármacos para relajarlos, la verdad que no sé, ...” (08)*
- *“O algo lo comunicaremos primero al médico que estuviera y si no al psiquiatra, ... que nos dijera que mejor ya sea medicación o lo que considere” (09)*

## **B. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

La primera opción para el tratamiento del delirium es la opción no farmacológica a la farmacológica, sin embargo, fue menos empleada por los profesionales, por falta de profesionales, de familiares cuidando a los pacientes, ... Se mencionaron en las entrevistas mediadas de orientación temporo-espaciales pero en muchos casos se emplearon contenciones mecánicas como una opción rutinaria. Las contenciones fueron mencionadas por los participantes 02, 06, 07, 09. El participante 08 no empleaba ninguna herramienta no farmacológica.

### **B1. ORIENTACIÓN**

- *“orientarles en tiempo y espacio ... si hay algún familiar pues que les hable el familiar, pues se encenderles la luz del baño, que se oriente ... la noche que sepan que está oscuro ... preguntarles si saben dónde están y bueno claro luego comentárselo al médico principalmente eso claro” (01)*
- *“verbalmente actuar e intentar calmarlo, también depende un poco si está acompañado o no está acompañado y eso, lo primero que utilizo pues es la contención verbal y luego ya sí que es verdad que si veo que no me ha funcionado si tienen algo pautado pues se lo pongo, y si no, pues llamo al médico y le digo pues lo que está pasando y me lo pauta y se lo pongo” (02)*
- *“intentamos utilizar herramientas de orientación, pues explicarle pues estás en el hospital o preguntarle ¿dónde crees que estás? intentando explicar estás en el hospital, estas en tal planta, es por la mañana, hoy es martes, es tal mes, intentar explicarle un poco y luego si se agita o está intranquilo que no puede dormir pues avisar al médico” (04)*

- *“comienza con delirium también se intenta un poco orientarlo, se pone en calendarios en las habitaciones, se pone cuadros para que puedan ver un paisaje distinto en vez de estar viendo continuamente la pared del mismo color” “ponemos fotos para que se orienten, les damos algún tipo de objeto” (07)*

## **B2. CONTENCIÓN MECÁNICA**

- *“hubo que atarla a la señora porque le pusimos medicación intravenosa, no había manera y la atamos, la atamos” (02)*
- *“muchas veces con contenciones y eso...” (06)*
- *“les acabas incluso conteniendo” (07)*
- *“como enfermeras no tomaríamos ninguna medida a no ser que necesitará contención” (09)*

## **DIAGNÓSTICO**

La 3ª gran categoría es el diagnóstico, el delirium está infradiagnosticado, una posible causa podría ser la falta de herramientas diagnósticas, de los participantes, ninguno afirmó su empleo, tampoco conocían ningún test o escala como explicó el participante 07, ni protocolos según los participantes 01, 04 y 09. Los profesionales de medicina tenían toda la responsabilidad del diagnóstico según el participante 01 y 09, quedando los profesionales de enfermería en un segundo plano.

- *“lo hace el médico, nosotros podemos pensar que lo es o no y por eso llamamos para saber y quién haga el diagnóstico diferencial sea él” “tampoco tenemos ninguna forma de actuar ningún protocolo ninguna forma de valorarlo ni nada o sea partimos de la base de orientarlos y luego decirselo al médico” (01)*
- *“Eh, la verdad es que no.” (02)*
- *“No.” (03)*
- *“yo no sé si era delirium como tal diagnosticado pero paciente así agitado” “no tenemos ningún protocolo a tratar ni utilizamos ningún tipo de escala o herramienta diagnóstica” (04)*
- *“No se utiliza ninguna” “pues me he dado cuenta de que no tenemos quizá un test como para hacer cierto tipo de diagnóstico que es importe.” (07)*
- *“nunca me han explicado ningún protocolo, no hay ningún protocolo para el delirium” “derivaría a unas urgencias en las que hubiera un psiquiatra de guardia, y él bueno... diagnosticaría, ya que nosotros no tenemos esos conocimientos, ni tampoco tenemos*

*herramientas para diagnosticar el delirium, podríamos dar alguna no sé, dar algunas pistas al doctor si tal en base a los síntomas que estamos viendo, pero un poco más.” (09)*

## **EMOCIONES**

Las emociones de los profesionales trabajando fue considerada como la 4ª gran categoría, se dividió en 2 subcategorías, emociones relacionadas con el paciente y emociones relacionadas con los profesionales.

En la subcategoría de los pacientes, destacaron las emociones de pena, miedo y falta de seguridad para el paciente relacionándolo con no saber cómo actuar y tratar al paciente. Sin embargo, las emociones de los propios profesionales fueron similares: inseguridad, miedo por su integridad física, desesperación y ansiedad; sentimientos relacionados con la falta de conocimientos lo que les impidió estar seguros de cómo actuar y tratar correctamente al paciente, lo que generó sentimientos negativos a los profesionales que pudieron acabar influyendo a la calidad asistencial de los pacientes y de sus familiares/cuidadores.

### **A. EMOCIONES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES**

- *“Por otro lado, pena porque era un paciente que iba a fallecer y era muy conocido porque lo tuvimos durante mucho tiempo y al final pues falleció.” (03)*
- *“miedo por él, por su seguridad, y también un poco insegura yo, por no saber cómo tratarlo, por no saber cómo manejar la situación ... estás intentando orientarle, pero aun así no saber muy bien cómo actuar por no tener las herramientas suficientes o el conocimiento.” (04)*

### **B. EMOCIONES RELACIONADAS CON LOS PROFESIONALES**

- *“Pues a mí insegura porque creo que es un paciente poco controlado por parte de todos los gremios” (01)*
- *“al límite al personal sanitario y pues es difícil de abordar también.” “llegaba o sea no te podías ni acercas porque es que de lo agresiva que estaba que te ponía la mano encima! entonces claro tú piensas “joe” porque alguien me tiene que... ¿sabes? sé que no está en sus cabales ... tú como profesional sanitario también te ves un poco en una tesitura de decir, lo último que quiero por ejemplo es atarte, pero sabes utilizar una protección mecánica, pero es que, si me tengo que proteger pues y lo tengo que hacer, pues lo haré ¿sabes?” (02)*

- *“sentí miedo y luego mucha pena porque yo creo que era un delirium a raíz de la enfermedad” (03)*
- *“se puso un poco agresivo y tal pues, no miedo o sea más que miedo por mí” (04)*
- *“¿no?, no sé y eso... “muchas veces la gente suele ser muy borde, o sea, como yo creo que no sé ponen en el lugar de este tipo de pacientes y no los tratan como deberían” “me da pena por así decirlo, está mal decirlo, pero es verdad y deberíamos ser más emocionales al tratar con el paciente o sea quiero decir, ser más amables, atenderlos mejor” “miedo al tratarlos porque no sé cómo hacerlo e inquietud y no lo sé...” (06)*
- *“al principio pues te dan pena, los entiendes pero es verdad que cuando llevas un rato con ellos al final también te desesperas, sientes desesperación, incluso ansiedad porque ves que quizá no te ponen la medicación que a ti te gustaría, muchas veces por no poder estar con ellos porque no hay familia, les acabas incluso conteniendo cosa que aún aumenta más el delirium y aumenta más la irritabilidad que pueden tener, pero es que al final es la única manera y también te desesperan porque a veces se arrancan las cosas que llevan, entonces también inconscientemente acabas no pagándola con ellos porque un todo momento sabes que son personas vulnerables pero sí que eh ... te desespera” (07)*
- *“quizás si no te lo esperas igual te pilla un poco de desconcierto” “un poco de quizás de miedo o ansiedad por no saber muy bien cómo afrontar la situación o cómo poder ayudar al paciente o cómo tratarlo” (08)*
- *“sentimientos de incertidumbre de miedo por no saber qué le está sucediendo bien al paciente o que es lo más adecuado que debería hacer, cuál es la siguiente actuación que debería realizar, sí, y bueno, como comunicarme con ese paciente, cómo interpretarlo, qué le pasa.” (09)*

### **MEJORA ASISTENCIAL**

Como 5ª gran categoría identificada fue la mejora asistencial para el delirium, puesto que mientras se realizaron las entrevistas los propios participantes se percataron de la falta de conocimiento y de la incorrecta organización en sus servicios.

Dentro de esta gran área de interés se pudieron clasificar 3 subcategorías, la mejora asistencial a través de protocolos, de formación, atención multidisciplinaria y otros.

Cuatro de los participantes consideraron necesario un protocolo para guiar su práctica y saber cómo actuar, lo que les permitiría ganar seguridad al tratar a los pacientes, unido a los protocolos se mencionó la formación para los profesionales de enfermería, no solo del delirium sino también de alguna herramienta o escala que se pudiera emplear. Por otro lado, cuatro participantes dieron

importancia a una atención multidisciplinar con más profesionales para abordar holísticamente a los pacientes. En la última subcategoría de otros, se incluyó más profesionales para disponer de más tiempo para estar con el paciente y de horarios de visitas más amplios para los familiares.

#### **A. PROTOCOLOS**

- *“no sé lo veo complicado porque son pacientes muy diferentes que no siempre reaccionen todos igual entonces no sé si un protocolo ayudaría mucho; igual hacer alguna valoración de si,” (01)*
- *“algún protocolo escrito en todos los hospitales” “una serie de pasos para que se sientan mejor.” (06)*
- *“yo creo que a través de algún tipo de protocolo” “protocolo sobre todo de seguridad para el paciente ¿no?” (08)*
- *“sería necesario tener un protocolo, por lo menos para tu saber qué pasos tiene que dar cuando recibes a un paciente que entra en delirium” (09)*

#### **B. FORMACIÓN**

- *“luego pues que igual los médicos tampoco están muy preparados para este tipo de cosas” (01)*
- *“dar más formación en enfermería para este tipo de tema” (07)*
- *“más formación acerca del delirium para que todos supiéramos un poco cómo afrontar la situación de la mejor manera.” (08)*
- *“unos conocimientos básicos, dar algún curso, que se ofreciera algún cursillo en el que nos aportarán pues herramientas ... cómo diferenciar un delirium de otra patología de mental que puede surgir” (09)*

#### **C. ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA**

- *“antes de “ponle esto” o simplemente tener que llamar al médico para que te pauten una contención mecánica estaría bien que alguien valorara si es necesario ponerle esa contención o si es necesario ponerle esa medicación, esas cosas ... creo que tendríamos que valorarlo más al paciente a nivel multidisciplinar no solo enfermería o quien sea que esté en ese momento ¿sabes? que se debería tratar pues desde punto de vista médico también bastante más porque es una cosa a la que se le quita bastante importancia solo se quiere poner como remedio puntual y luego ya*

*se le deja un poco de lado” “es verdad que tampoco va a venir el residente o el médico que esté de guardia a ver al paciente que yo pienso que eso estaría bastante bien muchas veces, pues la mayoría de veces pues lo aborda enfermería y ya está.” (02)*

- *“Pues teniendo mejores herramientas de diagnóstico y de tratamiento, con lo cual creo que haría falta más personal y más tiempo para poder dedicar al paciente, ... tratamiento de un diagnóstico y un seguimiento a lo mejor también por parte de psicósomática o psiquiatría, eh y a el mejor en según qué tratamientos, a lo mejor incluso trabajadora social o asistentes, y pues intentar un poco eso, diagnóstico temprano y poder dedicar más tiempo a su paciente.” (04)*

- *“y sobre todo para saber quién hay que poder hacer una pregunta si tienes un paciente con delirium, saber a quién consultar por así decirlo de manera urgente” (08)*

- *“contar con profesionales médicos que sea también especialistas en ese ámbito, en el ámbito de la salud mental” “médico que estuviera y si no al psiquiatra” (09)*

#### **D. OTROS**

- *“falta más personal y más tiempo para poder dedicar al paciente” (04)*

- *“aumentar lo que es el tiempo de las visitas por ejemplo en este tipo de pacientes, porque además sí muchas veces es que es beneficioso para ellos y para nosotros, en plan para que estuvieran más tranquilos, eh... quizá no dar a la mínima según qué tipo de fármacos que quizá los puedan atontar un poco más y con más personal” (07)*

#### **COMPARACIÓN RESULTADOS**

El grado de conocimientos sobre delirium de los profesionales de enfermería que han participado en el presente trabajo de fin de máster es variado en relación con los diferentes aspectos preguntados. Tuvieron una idea clara de la definición y en qué consistía grosso modo el delirium tanto los participantes encuestados como entrevistados, sin embargo, no se tuvo tan claro los tipos y síntomas, pues la variante más conocida del delirium fue la hiperactiva. El tratamiento del delirium según los participantes encuestados fue tanto herramientas no farmacológicas como farmacológicas, sin embargo, entre los profesionales entrevistados el tratamiento más frecuente fue el farmacológico y las contenciones mecánicas. Si se identificaron correctamente complicaciones derivadas del delirium por parte los encuestados.

En lo relacionado con el diagnóstico la mayoría de los profesionales no empleaba ninguna herramienta y era un diagnóstico principalmente médico, donde enfermería quedaba en un segundo plano. El 100% de los entrevistados no empleaba ninguna escala diagnóstica, así como

el 83,8% de los participantes encuestados. El 16,2% restante si refirió emplear escalas, donde la predominante fue el Test Mini Mental (9,5%) seguido de la escala CAM (4,8%) y otras.

De los 8 participantes entrevistados ninguno contaba con ningún protocolo en sus servicios asistenciales al que pudieran recurrir ante cualquier duda de cómo actuar con un paciente con delirium. Tras analizar las encuestas solo un 4,8% de los participantes afirmaron contar con un protocolo en sus servicios.

A nivel emocional en los participantes encuestados, predominaron los sentimientos negativos como miedo por la seguridad del paciente (83,3%) unido a inseguridad por no tener los conocimientos suficientes (64,3%) e incertidumbre por como evolucionaría a lo largo de las horas el delirium en el paciente. En los participantes entrevistados también prevalecieron las emociones negativas como miedo, inseguridad, desesperación y pena por no tener conocimientos o no conocer herramientas para tratar correctamente al paciente, también les generaron sentimientos de miedo e inseguridad no por ellos sino por el paciente y su seguridad; lo que pudo influir en la calidad asistencial percibida de los pacientes y de los familiares/cuidadores.

## 6. DISCUSIÓN

A continuación, se ha procedido a dividir la discusión según la temática de los objetivos para una mejor comprensión y comparación de los resultados con la bibliografía actual.

### CONOCIMIENTOS

Un 88% de los participantes en las encuestas consideró no tener suficientes conocimientos sobre el delirium, al igual que 6 de los profesionales entrevistados.

Existe bibliografía que indica una falta de formación de los profesionales de enfermería al igual que una escasez en el empleo de herramientas diagnósticas y falta de protocolos en los servicios asistenciales.

Tras la realización de las encuestas, las preguntas relacionadas con la definición, tipos y curso del delirium obtuvieron una media de aciertos del 65,5%. Sin embargo, la sintomatología más reconocida fue la relacionada con el delirium hiperactivo; resultado similar obtenido en el estudio de Grover S, et al. además, demostró que los profesionales de enfermería poseían escasos conocimientos sobre la etiología y prevalencia a través del cuestionario empleado.<sup>20</sup> En el estudio de Xing J, et al., un 51,3% y un 12,4% de los profesionales, consideraron el delirium hiperactivo y el hipoactivo como el tipo más común respectivamente.<sup>21</sup> Thomas N, et al. dedujo que enfermería desconocía el proceso y curso del delirium, lo que les dificultaba comprender al paciente, siendo este desconocimiento un impedimento para desarrollar su trabajo óptimamente, sin embargo, en el presente estudio el curso del delirium fue acertado por un 65,1% de los encuestados.<sup>22</sup> Un porcentaje muy similar, un 67,1%, fue conocedor de los síntomas y tipos del delirium en el estudio de Ho MH, et al. en la UCI.<sup>23</sup>

A nivel comunitario, en el estudio realizado en Suiza por Akrou R, y Verloo H, gracias a un cuestionario autoadministrado a profesionales con una experiencia geriátrica media de 5 años, demostró que la mayoría, un 94%, era conocedor de la definición correcta del delirium, porcentaje mayor al obtenido en el presente estudio (62,7%).<sup>24</sup> Un 40% y un 49% supo identificar el delirium hipoactivo e hiperactivo respectivamente. Se llegó a la conclusión de que los profesionales tenían un conocimiento de moderado a bajo sobre el delirium.<sup>24</sup> Aunque en el estudio de Helgesen AK, et al. también realizado a nivel comunitario, desconocían la existencia de tipos de delirium y presentaban dificultades para diferenciarlo de demencia, depresión o de confusión aguda.<sup>25</sup>

Los factores predisponentes más conocidos por los encuestados del estudio fueron la edad avanzada, deterioro cognitivo y tratamiento farmacológico incorrecto, el resto no fueron tan seleccionados; Kuppra S, et al. en su estudio a través de entrevistas abiertas a profesionales de la

UCI, reflejó un desconocimiento de los factores predisponentes y de las consecuencias posteriores a las acciones de los profesionales a los pacientes.<sup>26</sup> Las enfermeras detectaban el delirium gracias a los síntomas de desorientación, confusión y agitación.<sup>26</sup> Yue P, et al. en su estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas a enfermeras de la UCI, corroboró la falta de conocimientos de los profesionales y su dificultad para identificar los síntomas del delirium.<sup>27</sup>

En las entrevistas realizadas, 4 de los 8 profesionales entrevistados mencionaron las contenciones mecánicas como una opción de tratamiento no farmacológico; al igual que las enfermeras del estudio de Thomas N, et al. y de Kuppra S, et al. que para evitar el daño del propio paciente o de otros profesionales tomaban la decisión de restringir la movilidad del paciente incluso antes de la llegada del médico.<sup>22,27</sup> Los profesionales de la UCI del estudio de Palacios D, et al. explicaron que los fármacos empleados para el tratamiento del delirium dependían de la experiencia de los médicos; también refirieron encontrar dificultades para emplear la contención verbal, manejar los trastornos del sueño de los pacientes e iniciar una movilización temprana.<sup>28</sup>

En la última pregunta de la encuesta online de redacción, donde explicaron qué recursos veían necesarios para mejorar la asistencia, los temas más nombrados fueron: formación y docencia para los profesionales y educación sobre los cuidados a pacientes y familiares. Las enfermeras del estudio de Kuppra S, et al. consideraron necesario educar a la familia y a los propios pacientes sobre la posibilidad de que apareciera delirium.<sup>26</sup> Por otro lado, Thomas N, et al. consideró como una posible solución a los problemas detectados, sesiones de formación y capacitación periódicas, así como herramientas de apoyo, trabajo en equipo y de retroalimentación entre los profesionales de enfermería.<sup>22</sup>

En las entrevistas realizadas fue mencionada la formación de los profesionales, por 4 participantes, como una posible mejora para la atención de los pacientes, 6 de ellos refirieron tener escasos conocimientos sobre el delirium. Resultados relacionados con los de Akrou R, y Verloo H. donde el 90,7% de los profesionales informaron de que nunca habían recibido capacitación específica sobre el delirium al igual que en el de Yue P, et al., lo que derivaba en confusión con otros trastornos mentales y psiquiátricos.<sup>24,27</sup> Un 92,8% de los profesionales de enfermería mencionaron que nunca fueron formados específicamente para evaluar y tratar el delirium en el estudio de Grover S., et al.<sup>20</sup> De las enfermeras de la UCI del estudio de Xing J, et al. un 45,4% nunca recibió formación específica, además, un 87,7% del total manifestó querer recibir formación sobre el delirium.<sup>21</sup>

## **PROTOSCOLOS**

El empleo de protocolos en los diferentes servicios asistenciales fue escaso según los resultados de las encuestas. 3 de los 8 entrevistados, afirmó no conocer ningún protocolo en sus servicios,

sin embargo, 4 entrevistados mencionaron la creación de protocolos para una mejor asistencia sanitaria. Un 95,2% de los participantes encuestados negó la existencia de protocolos en sus servicios. Resultado semejante al de Palacios D, et al. ya que en la UCI en la que realizó su estudio no existía ningún tipo de protocolo.<sup>28</sup>

## **ESCALAS**

El delirium se puede identificar a través de herramientas diagnósticas como el método CAM, la escala 4AT, ... sin embargo, los resultados obtenidos en las encuestas online mostraron que un 83,1% de los profesionales no empleaba ninguna herramienta diagnóstica, siendo el test Mini Mental (9,6%) la más utilizada, herramienta diagnóstica no indicada para la detección del delirium, seguida del método CAM (4,8%). Se obtuvieron mayores porcentajes, un 41,5% en el empleo del método CAM-ICU en el estudio de Ho M.H. et al. y en el de Xing J, et al. un 81,79% afirmó emplear herramientas, de los cuales un 15,81% seleccionó el ICDS, y un 15,81% el CAM-ICU.<sup>21,23</sup>

Un 88% de los encuestados, consideraron que no se realizó un diagnóstico correcto del delirium en sus servicios lo que suponía un infradiagnóstico o confusión del delirium con otras patologías mentales. Los profesionales del estudio de Palacios D, et al. en la UCI, también opinaron que el delirium estuvo infradiagnosticado y no se trató correctamente.<sup>28</sup>

En las 8 entrevistadas realizadas en el presente estudio, se afirmó no emplear ningún método diagnóstico. Resultado similar al de Akrou R, et Verloo H. en el que se identificó ausencia de empleo de herramientas diagnóstica, siendo el método CAM el más seleccionado (34%).<sup>24</sup> Los participantes de los estudios de Grover S, et al. y Yue P, et al. desconocían herramientas diagnósticas y su modo de empleo.<sup>20,27</sup> Los profesionales del estudio de Helgesen AK et al. a nivel comunitario, dieron más importancia a su ojo clínico que al uso de herramientas diagnósticas en el diagnóstico del delirium.<sup>25</sup>

## **EMOCIONES**

Los sentimientos negativos identificados en las encuestas online y en las entrevistas por la falta de conocimientos sobre el delirium, pudo influir en una peor calidad asistencial percibida por los pacientes y/o familiares. En las encuestas online predominaron las emociones de miedo a que el paciente pudiera hacerse daño a si mismo (83,1%), inseguridad de los profesionales por no tener las herramientas y los conocimientos adecuados (63,9%) para tratar a los pacientes, porcentaje similar al de incertidumbre por cómo evolucionaría a lo largo de las horas el paciente (61,4%). Emociones similares sintieron los profesionales de enfermería en el estudio de Palacios D, et al.

quienes mencionaron incertidumbre sobre cómo tratar y la evolución de los pacientes con delirium.<sup>28</sup> Las emociones menos seleccionadas por los participantes fueron seguridad por tener herramientas y conocimientos adecuados (7,2%) y tranquilidad (2,4%); emociones no mencionadas en la bibliografía analizada.

En las entrevistas realizadas en el presente trabajo, se obtuvieron dos subcategorías, las emociones correspondientes con el paciente y con los profesionales. Los entrevistados mencionaron emociones relacionadas con los inseguridad, miedo, inquietud o ansiedad por su seguridad, por ser agredidos por el propio paciente o por no saber cómo actuar correctamente, el participante 06 refirió ser poco emocional con los pacientes con delirium, dos participantes refirieron desesperación o estar al límite emocional al tratar a pacientes con delirium. Relacionadas con los pacientes se mencionaron pena, miedo y preocupación por su seguridad.

En el estudio de Yue P, et al. se identificó que la falta de conocimientos influyó negativamente en las enfermeras tanto física como psicológicamente, así como que el desconocimiento les generó estrés y una mayor carga de trabajo.<sup>27</sup> Resultado similar al de Thomas N, et al. en el que las enfermeras refirieron tener una gran preocupación por su seguridad y la de los pacientes, lo que les supuso dedicar más tiempo y recursos para garantizarla.<sup>22</sup> También resaltó la necesidad de estrategias de afrontamiento para los profesionales de enfermería con el fin de un cuidado efectivo de los pacientes con delirium.<sup>22</sup> La falta de conocimientos generó en las enfermeras una falta de confianza y comprensión, derivando en una mayor carga de trabajo, estrés e inseguridad al tratar al paciente.<sup>22</sup>

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Un posible sesgo en la selección de los participantes en las encuestas a tener en cuenta fue que el investigador principal del estudio se encargó de su difusión; por lo que los resultados pudieron verse afectados por la edad del investigador, por tener más contactos con adultos jóvenes de su grupo etario. Sin embargo, se intentó corregir mandando las encuestas por grupos de *Whatsapp* de su servicio de trabajo hospitalario y empleando de la técnica de bola de nieve.

Las entrevistas se realizaron siguiendo un guion en vez de una estructura abierta, lo que pudo condicionar la generación de nuevas categorías, sin embargo, permitió que todos los participantes comentaran los temas seleccionados por el entrevistador principal.

Los participantes fueron reclutados presencialmente por la investigadora principal del proyecto, obteniéndose así una muestra de conveniencia; aspecto que pudo influir en las entrevistas, o positivamente por la confianza con el entrevistador que facilitó una la conversación fluida y un ambiente de tranquilidad, o negativamente por miedo de los entrevistados a responder erróneamente a las preguntas o vergüenza ante el investigador.

## 7. CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados del presente trabajo y compararlos con bibliografía similar de diferentes bases de datos, se puede concluir de acuerdo con los objetivos planteados:

- 1) Los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el delirium son escasos, muchos explicaron no haber recibido formación específica, lo que acentúa la necesidad de una adecuada formación durante el grado de enfermería y el postgrado.
- 2) La mayoría de los profesionales desconocen las diferentes herramientas diagnósticas y/o su modo de empleo, lo que está relacionado directamente con el infradiagnóstico del delirium. La UCI es el servicio asistencial que más emplea métodos diagnósticos; en especial el CAM-ICU. Una correcta formación de los profesionales sobre herramientas diagnósticas permitiría una detección idónea.
- 3) Existe una ausencia de protocolos en la mayoría de los servicios asistenciales, tanto en los estudiados como en los analizados en la bibliografía actual. La creación de protocolos pertinentes podría mejorar la calidad asistencial y guiar la práctica de los profesionales en su día a día.
- 4) La falta de conocimientos genera sentimientos/emociones negativas en los profesionales, lo que condiciona su forma de actuar y su satisfacción en el trabajo, repercutiendo a la vez en la calidad asistencial percibida por los pacientes y/o familiares.

El delirium es un síndrome multifactorial relacionado con la edad adulta; gracias a los avances científicos y médicos, la esperanza de vida cada vez es mayor en la población. Por lo que, a pesar de los resultados negativos obtenidos y de las medidas propuestas en el presente trabajo de fin de máster, sería necesario seguir investigando sobre los conocimientos de los profesionales de enfermería en un futuro, ya que el delirium podría convertirse en un síndrome muy prevalente.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Espeso EA, Mateos-Nozal J, García EM. Delirium in older patients. *Med*. 2022;13(62):3649–3658.
2. González M, de Pablo J, Valdés M. Delirium: la confusión de los clínicos. *Rev Med Chil*. 2003;131:1051–1060.
3. Saxena S, Lawley D. Delirium in the elderly: A clinical review. *Postgrad Med J*. 2009;85(1006):405–413.
4. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Prim*. 2020;6(90):1-26.
5. López B, Cruz D, Ibero J, Sardó E. Delirium: diagnóstico y tratamiento. *Rev la SEMG* [Internet]. 2004 [citado el 20 de diciembre de 2022];(67):491–496. Disponible en: [http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista\\_67/pdf/491\\_496.pdf](http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_67/pdf/491_496.pdf)
6. Lupiáñez P, Muñoz JE, Torres Ú, Gómez FJ. Descriptive study of delirium in the emergency department. *Aten Primaria*. 2021;53(6):1-8.
7. Marco J, Méndez M, Cruz-Jentoft AJ, García Klepzig JL, Calvo E, Canora J, et al. Clinical characteristics and prognosis for delirium in Spanish internal medicine departments: An analysis from a large clinical-administrative database. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2019 [citado el 21 de diciembre de 2022];219(8):415–423. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.02.005>
8. Alonso Z, González MÁ, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2012;32(114):247–259.
9. Meagher DJ, Morandi A, Inouye SK, Ely W, Adamis D. Concordance between DSM-IV and DSM-5 criteria for delirium diagnosis in a pooled database of 768 prospectively evaluated patients using the delirium rating scale-revised-98 [Internet]. 2014 [citado el 18 de diciembre de 2022];12(164):1–10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-014-0164-8>
10. Rieck KM, Pagali S, Miller DM. Delirium in hospitalized older adults. *Hosp Pract (1995)* [Internet]. 2020 [citado el 22 de diciembre de 2022];48(1):3–16. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21548331.2019.1709359>
11. Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med* [Internet]. 2021 [citado el 2 de enero de 2023];47(10):1089–1103. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>
12. McCoy TH, Snapper L, Stern TA, Perlis RH. Underreporting of Delirium in Statewide Claims Data: Implications for Clinical Care and Predictive Modeling. *Psychosomatics*

- [Internet]. 2016 [citado el 22 de diciembre de 2022];57(5):480–488. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2016.06.001>
13. Wschebor M, Aquines C, Lanaro V, Romano S. Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad. *Rev Médica del Uruguay*. 2017;33(1):16–45.
  14. Durán JC, Pageo MM. Tratamiento no farmacológico del delirium. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(3):20–25.
  15. Cedeño N. La investigación mixta, estrategia andragógica fundamental para fortalecer las capacidades intelectuales superiores. *Res Non Verba* [Internet]. 2012 [citado el 24 de marzo de 2023];2(2):17–36. Disponible en: [https://biblio.ecotec.edu.ec/revista/edicion2/revista\\_completa.pdf#page=38](https://biblio.ecotec.edu.ec/revista/edicion2/revista_completa.pdf#page=38)
  16. Morone G. Métodos y técnicas de la investigación científica. México: Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. 2013 [citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://colegioebenezer.net/wp-content/uploads/2015/04/metodologias\\_investigacion.pdf](https://colegioebenezer.net/wp-content/uploads/2015/04/metodologias_investigacion.pdf)
  17. Ortega J. ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*. 2020;45(6):293–299.
  18. Miele MD, Tonon G, Alvarado S. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Univ Humanística* [Internet]. 2012 [citado el 29 de julio de 2023];41(74):195–225. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n74/n74a10.pdf>
  19. Departamento de Salud E y B de los EU. INFORME BELMONT-Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–1699.
  20. Grover S, Mehra A, Sharma N, Sahoo S, Dua D. Knowledge and attitude of nurses toward delirium. *Ann Indian Psychiatry*. 2022;6:73-81.
  21. Xing J, Sun Y, Jie Y, Yuan Z, Liu W. Perceptions, attitudes, and current practices regards delirium in China. *Med (United States)*. 2017;96(39):1–5.
  22. Thomas N, Coleman M, Terry D. Nurses’ Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis. *Nurs Reports*. 2021;11:164–174.
  23. Ho MH, Chang HC, Liu MF, Chen KH, Shen ST, Traynor V. Recognizing Intensive Care Unit Delirium: ¿Are Critical Care Nurses Ready? *J Nurs Res*. 2022;30(3):1-4.
  24. Akrou R, Verloo H. An observational study of community health care nurses’ knowledge about delirium. *Nurs Res Rev*. 2017;7:29–36.
  25. Helgesen AK, Adan YH, Dybvik C, Weberg-Haugen C, Johannessen M, Åsmul K, et al. Nurses’ experiences of delirium and how to identify delirium—A qualitative study. *Nurs Open*. 2021;8:844–849.

26. Krupa S, Friganović A, Oomen B, Benko S, Mędrzycka-Dabrowska W. Nurses' Knowledge about Delirium in the Group of Intensive Care Units Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2758):1-9.
27. Yue P, Wang L, Liu C, Wu Y. A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: Barriers, burdens and decision making dilemmas. *Int J Nurs Sci*. 2015;2:2–8.
28. Palacios D, Cachón JM, Martínez R, Gueita J, Perez M, Fernández C. How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ Open*. 2016;6:1–11.

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1: Transcripción encuesta online (Elaboración propia)

1. ¿En qué servicio se encuentra trabajando actualmente?
  - Urgencias
  - Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
  - Quirófano
  - Residencia
  - Planta quirúrgica
  - Planta hospitalaria
  - Atención Primaria o consultas
2. ¿Cuánto **tiempo** lleva ejerciendo en el servicio mencionado en la pregunta anterior?
  - <1 año
  - de 1 a 5 años
  - >5 años
3. Aproximadamente, cuántos pacientes con delirium hay en su planta normalmente.
  - <1 año
  - de 1 a 5 años
  - >5 años
4. ¿Qué cree que es el delirium?
  - Trastorno específico neuropsiquiátrico debido a trastornos en el metabolismo de la oxidación cerebral y de la neurotransmisión
  - Síndrome neuropsiquiátrico de etiología compleja y multifactorial que se manifiesta con signos y síntomas cognitivos y con alteraciones de la conciencia
  - Enfermedad de etiología de origen claro con síntomas cognitivos y alteraciones de la conciencia.
  - Todas son ciertas.
5. ¿Qué **tipos** de delirium conoce?
  - Hiperactivo
  - Hipoactivo
  - Mixto
  - Todas son ciertas
6. ¿Cómo cree que es el **curso** del delirium?
  - Inicio brusco con curso fluctuante irreversible
  - Inicio paulatino con curso fluctuante reversible
  - inicio paulatino con curso estable reversible
  - Inicio brusco con curso fluctuante reversible

7. ¿Qué **síntomas** son característicos del delirium?
- Agresividad
  - Agitación psicomotriz
  - Verborrea
  - Discurso incoherente y tangencial
  - Alucinaciones visuales
  - Alucinaciones auditivas
  - Delirios
  - Hipoactividad
  - Psicosis
  - Labilidad emocional
  - Atención alterada
  - Percepción alterada
  - Cognición alterada
  - Negar ayuda ofrecida
  - Aletargamiento y actitud enlentecida
  - Dificultad para concentrarse
8. En el servicio en el que se encuentra trabajando, ¿emplea alguna herramienta para su **diagnóstico**?
- Confusion Assessment Method (CAM)
  - Test Mini Mental
  - 4AT
  - Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)
  - No
  - Otro: \_\_\_\_\_
9. ¿Cree que el delirium está correctamente diagnosticado en su unidad?
- Sí, siempre se diagnostica correctamente
  - No, está infradiagnosticado o se confunde con otras patologías
10. ¿Conoce si en su servicio existe algún **protocolo** relacionado con el delirium?
- Si
  - No
11. ¿Cuáles cree que son los **factores predisponentes** para desarrollar delirium?
- Edad avanzada
  - Edad temprana
  - Deterioro cognitivo
  - Padecer enfermedades graves
  - Padecer alteraciones metabólicas

- Padecer una enfermedad infecciosa
- Padecer una enfermedad cardiovascular
- Caídas previas
- Estreñimiento
- Hipoxia
- Haber sido intervenido quirúrgicamente
- Tratamiento farmacológico incorrecto (polimedicación, medicamentos de alto riesgo, ...)
- Ventilación mecánica
- Restricción de la movilidad

12. ¿Emplea alguna **herramienta** para **prevenir** el delirium?

- Sí
- No

13. En caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta anterior, ¿Cuáles emplea?

- Implicación de los familiares / conocidos en el cuidado del paciente
- Educación a los familiares
- Uso de ayudas visuales (relojes, calendarios, ...)
- Uso de ayudas auditivas (audífonos)
- Movilización y deambulación precoz
- Restringir la movilidad del paciente
- Nutrición e hidratación óptimas
- Ayunas
- Tratar correctamente el dolor
- Tratamiento individualizado
- Atención geriátrica integral
- Orientar al paciente espacio-tiempo

14. ¿Qué **medidas no farmacológicas** emplea para tratar el delirium?

- Control del dolor
- Una correcta higiene del sueño
- Movilización temprana
- Orientar al paciente espacio-tiempo
- Ambiente adecuado
- Contenciones mecánicas

15. ¿Qué **medidas farmacológicas** emplea para tratar el delirium?

- Antagonistas alfa2-adrenérgicos (Mirtzapina, Dexmedetomidina ...)
- Antipsicóticos de primera generación (Haloperidol, Clorpromazina, Tioridazina, ...)

- Antipsicóticos de segunda generación (Quetiapina, Risperidona, Olanzapina, ...)
  - Inhibidores de la acetilcolinesterasa (Rivastigmina, Donezepilo, ...)
  - Benzodiazepinas (Lorazepam, clometiazol, ...)
16. ¿Cree que padecer delirium provoca **complicaciones**?
- Sí
  - No
17. En caso de haber respondido afirmativamente a la respuesta anterior, ¿Cuáles?
- Mayor estancia hospitalaria
  - Mayor gasto de recursos sanitarios
  - Aumento de la morbilidad
  - Aumento de la mortalidad
  - Pérdida de la calidad de vida
  - Retirada accidental de dispositivos (vías periféricas, sondas vesicales, tubos endotraqueales, ...)
  - Prolongación de la ventilación mecánica
  - Caídas
  - Reingresos hospitalarios
18. ¿Qué **sentimientos / emociones** le surgen al tratar un paciente con delirium?
- Miedo a ser agredido por el paciente
  - Miedo a que el paciente pueda hacerse daño a si mismo
  - Ansiedad
  - Nerviosismo por no saber cómo actuar correctamente
  - Tranquilidad
  - Incertidumbre por cómo evolucionará a lo largo de las horas el delirium en el paciente
  - Inseguridad por no tener las herramientas y los conocimientos adecuados
  - Seguridad por tener las herramientas y conocimientos adecuados
19. ¿Cree que tiene los **suficientes conocimientos** sobre el delirium?
- Sí
  - No
20. ¿Qué recursos vería necesarios en su servicio para mejorar la prevención, tratamiento, diagnóstico, ... del delirium en su servicio asistencial?
- \_\_\_\_\_

**ANEXO 2:** Guion entrevistas (elaboración propia).

1. Conocimientos sobre el delirio (definición, curso, síntomas, tratamiento, ...)
2. Seguimiento del paciente en el servicio hospitalario.
3. Diagnóstico/Protocolos en el servicio asistencial.
4. Experiencia del profesional/sentimientos/emociones al tratar con pacientes con delirium.
5. Mejoras que le gustaría en su servicio para mejorar la organización asistencial en relación con el delirium.

### ANEXO 3: Transcripción entrevistas.

#### ENTREVISTA 1: Participante 01

- Hola bueno pues vamos a empezar con la entrevista así que ya empezamos a grabar háblame un poco del delirium ¿qué sabes de él?
- Bueno pues a ver hace bastante que no me ha dado ningún paciente así y bueno pero a ver pues que recuerde el delirium es un estado mental un poco de confusión que se pone en agitados ansiosos, suele empezar de forma brusca, creo recordar, y puede o durar poco o dura incluso días y luego que en el tiempo puede fluctuar también puedes tener episodios de agitación o de somnolencia incluso y pueden tener alucinaciones pero no recuerdo si eran auditivas o visuales, pues básicamente un poco me acuerdo de eso.
- Vale muy bien, y un poco así háblame de los pacientes con delirium que tienes en tu planta con ¿qué les hacéis? ¿cómo es tu trato con ellos?
- Bueno pues en principio a ver por parte de enfermería orientarles en tiempo y espacio pues por ejemplo, si hay algún familiar pues que les hable el familiar, pues se encenderles la luz del baño, que se oriente pues por ejemplo si por la noche que sepan que está oscuro o porque se puedan orientar en la habitación o decirles dónde están, preguntarles si saben dónde están y bueno claro luego comentárselo al médico principalmente eso claro y que nos dirá si hay que ponerle alguna medicación.
- Esa es vuestra forma de diagnosticarlo, ¿Cómo lo diagnosticáis?
- A ver el diagnóstico realmente entiendo que lo hace el médico, nosotros podemos pensar que lo es o no y por eso llamamos para saber y quien haga el diagnóstico diferencial sea él.
- Y cuéntame un poco más, cuando llamáis al médico, ¿Luego qué pasa, ¿cómo lo tratáis?
- Ehhh, a ver pues normalmente pues eso se pone la medicación el que ellos consideran a veces funcionan a veces no funcionan, no sé yo creo que hay igual hay un poco de desconocimiento por parte de todos, primero porque por ejemplo en nuestra planta tampoco es que se den de forma exagerada y luego pues que igual los médicos tampoco están muy preparados para este tipo de cosas.
- Me puedes hablar de algún recuerdo de algún paciente que has tenido con delirium, ¿qué es lo primero que te viene a la mente?
- Pues a ver hace bastante pero sí que hubo un paciente que empezó por la noche con un cuadro de agitación brusco, se puso incluso agresivo y bueno no atendía a razones ni nada. No recuerdo la medicación que lo le pusimos, pero luego pasó todo lo contrario, entró como en una somnolencia que le duró pues incluso hasta la tarde de turno siguiente y es que tampoco aquí en la planta tampoco vamos o yo no he visto muchos.
- ¿Cómo te hace sentir trabajar con gente con delirium?

- Pues a mí insegura porque creo que es un paciente poco controlado por parte de todos los gremios y bueno pues tampoco tenemos ninguna forma de actuar ningún protocolo ninguna forma de valorarlo ni nada o sea partimos de la base de orientarlos y luego decírselo al médico y que sea él el que ponga el tratamiento que considere.
- ¿Como crees que se mejoraría todo esto?
- Pues a ver es que claro, no sé lo veo complicado porque son pacientes muy diferentes que no siempre reaccionen todos igual entonces no sé si un protocolo ayudaría mucho; igual hacer alguna valoración de si, pues yo qué sé, de un paciente polimedicado que pueda tener probabilidad de que le ocurre y tal, pues estar un poco más prevenidos, pero tampoco se dan muchos casos en nuestra planta como a lo mejor para poner protocolo.
- Genial. ¿Alguna cosa que quieras añadir?
- No, ninguna
- Vale pues muchas gracias,
- Nada a ti.

## **ENTREVISTA 2: participante 02**

- Bueno pues ahora que ya te he explicado un poco en qué consiste la entrevista vamos a proceder a realizarla ¿vale?
- Vale.
- Bueno pues primero háblame un poco de lo que sabes del delirium.
- Pues a ver, yo creo que es un trastorno normalmente transitorio de los pacientes que eh con los que tratamos de que puede estar influido por muchas cosas, pero que suele cursar con agitación, agresividad y entre otras cosas pues es un poco eso; y que muchas veces pues también pone un poco al límite al personal sanitario y pues es difícil de abordar también.
- Y en tu planta, ¿sueles tener pacientes con delirium?
- La verdad es que no solemos tener muchos, no muchos, pero sí que pues como todo hay temporadas que sí que tenemos alguno más.
- Háblame un poco del curso de un paciente aquí en la planta, ¿Qué soléis hacer?
- Pues mira algunas veces que nos ha pasado con algún paciente sí que es verdad, yo te soy sincera, yo lo primero que miro cuando una persona veo que está desorientada, está agitada es, si tiene medicación psiquiátrica pautada.
- Me sabrías decir algún nombre de esas medicaciones.
- Tipo tiaprizal, haloperidol, entre otras ... son las que más solemos utilizar.
- Y a continuación de haber visto la medicación, ¿qué ibas diciendo?
- Pues a ver, antes de ponerle nada sí que es verdad que primero lo miro, pero no de primeras voy a ponérselo, voy a la habitación intento bueno veo cómo está el paciente intento pues

verbalmente actuar e intentar calmarlo, también depende un poco si está acompañado o no está acompañado y eso, lo primero que utilizo pues es la contención verbal y luego ya sí que es verdad que si veo que no me ha funcionado si tienen algo pautado pues se lo pongo, y si no, pues llamo al médico y le digo pues lo que está pasando y me lo pauta y se lo pongo, pero sí que es verdad que tampoco va a venir el residente o el médico que esté de guardia a ver al paciente que yo pienso que eso estaría bastante bien muchas veces, pues la mayoría de veces pues lo aborda enfermería y ya está.

- Entonces herramientas para el diagnóstico, ¿sabrías mencionar alguna?
- Eh, la verdad es que no.
- Y te acuerdas de alguna experiencia con algún paciente que me puedas contar, ¿cómo te sentiste, ¿cómo lo viviste?
- Pues ahora mismo, me acuerdo de una señora que pues estaba súper bueno llamó la familiar, estaba acompañada, y estaba súper agitada que no entraba en razón, es que no que dejaba ni hablar, estaba totalmente ida súper agresiva y en este caso la paciente llevaba alguna medicación en la cena pues tipo para que llegara la noche estuviera más tranquila y tal, pero no la había hecho nada y ya le pasaba en varias ocasiones pues ya le había pasado en varias ocasiones que se desorientara por las noches y tal y sí que es verdad que es que te llegaba o sea no te podías ni acercarse porque es que de lo agresiva que estabas que te ponía la mano encima! entonces claro tú piensas “joe” porque alguien me tiene que... ¿sabes? sé que no está en sus cabales que no, o sea que está fuera de sí pero \*\*\*\*\* tú como profesional sanitario también te ves un poco en una tesitura de decir, lo último que quiero por ejemplo es atarte, pero sabes utilizar una protección mecánica, pero es que si me tengo que proteger pues y lo tengo que hacer, pues lo haré ¿sabes? y al final sí que hubo que atarla a la señora porque le pusimos medicación intravenosa, no había manera y la atamos, la atamos, que sí que es verdad que al principio pues se intentaba soltar y tal pero luego, pues al final se quedó dormida yo creo que también cuando le hizo efecto toda la tralla que llevaba en meditación entre una cosa y otra
- En tu servicio a nivel de la organización asistencial, ¿sabrías decirme si existe cualquier cosa para la organización relacionada con el delirium o cómo la mejorarías tu esa organización?
- Pues por ejemplo, una de las cosas es que antes de “ponle esto” o simplemente tener que llamar al médico para que te pauten una contención mecánica estaría bien que alguien valorara si es necesario ponerle esa contención o si es necesario ponerle esa medicación, esas cosas ... creo que tendríamos que valorarlo más al paciente a nivel multidisciplinar no solo enfermería o quien sea que esté en ese momento ¿sabes? que se debería tratar pues desde punto de vista médico también bastante más porque es una cosa a la que se le quita bastante importancia solo se quiere poner como remedio puntual y luego ya se le deja un poco de lado.
- Perfecto pues muchas gracias.

### **ENTREVISTA 3: participante 03**

- Bueno pues ahora que te he explicado un poco en qué consiste la entrevista, procedo a grabarla, ¿vale? Háblame un poco sobre qué conoces del delirium.
- Pues el delirium es una alteración o confusión ..., es una alteración de la percepción o confusión, a veces eh no sé pues puede estar muy eufórico o somnoliento depende de lo que le cause el delirium, ¿no?
- Y me sabrías decir un poco su curso o sus síntomas como lo de diagnósticas, ...
- No.
- El curso que sigue un paciente aquí en tu planta con delirium ¿cómo es? ¿Cómo lo soléis tratar?
- Hombre depende si es por somnolencia o por agitación.
- Explícamelo un poco más.
- Pues somnolencia puede ser por medicación.
- ¿Lo tratas con medicación?
- Si es por medicación el paciente está somnoliento, ¿no? Bueno pues aquí como en la mayoría de las plantas no tenemos ningún protocolo a seguir, pues solemos llamar al médico y seguimos las pautas que nos da, ponemos si hay que poner medicación se pone lo que nos dice y si no pues aguantamos al anciano.
- Te acuerdas de algún paciente con delirium que hayas tratado, a nivel emocional, ¿qué sentimientos te generaba? ¿cómo te sentías tú trabajando con el paciente?
- Pues sí mira, me acuerdo, pues a ver en principio sentí miedo y luego mucha pena porque yo creo que era un delirium a raíz de la enfermedad, era un paciente que estaba muy agresivo por la toxicidad de la quimioterapia y bueno realmente es que eh me agarró del pijama. Por otro lado, pena porque era un paciente que iba a fallecer y era muy conocido porque lo tuvimos durante mucho tiempo y al final pues falleció.

### **ENTREVISTA 4: participante 04**

- Bueno pues ahora que te he explicado un poco en qué consiste la entrevista voy a grabarla ¿vale?
- Vale, de acuerdo.
- Bueno, háblame un poco del delirium, ¿qué sabes de él?
- Pues a ver, según lo que yo tengo entendido es algún tipo de desorientación o “ida de olla”, un tipo de desorientación tempero-espacial que suele ocurrir muchas veces en personas mayores cuando llevan un tiempo ingresadas. Al estar ingresado eh... pues eso se desorientan por no estar en su en su hábitat natural, en su casa, con su familia, ... pues a lo mejor está ingresada sin tener una ventana que puedan ver la luz, no sabe si es de día, si es de noche y que se... y puede llegar hasta algún punto de tener alucinaciones, volverse a lo mejor agresivos, ... eso es un poco los conocimientos que yo creo que es.

- Vale de acuerdo. Y en un paciente que tengáis en la planta ¿cómo lo tratáis? ¿qué soléis hacer?
- Vale, no tenemos ningún protocolo a tratar ni utilizamos ningún tipo de escala o herramienta diagnóstica, simplemente si algún paciente pues se desorienta eh... intentamos utilizar herramientas de orientación, pues explicarle pues estás en el hospital o preguntarle ¿dónde crees que estás? intentando explicar estás en el hospital, estas en tal planta, es por la mañana, hoy es martes, es tal mes, intentar explicarle un poco y luego si se agita o está intranquilo que no puede dormir pues avisar al médico, un poco o la medicación que lleve pautada de rescate o la que tome el paciente en su casa propiamente por algún diagnóstico o la que lleve de rescate o avisar al médico y que nos pautase alguna medicación sobre todo si está más intranquilo, agitado o que no se deja hacer alguna cosa porque está inquieto, que se quiere levantar, que se quiere ir, esas cosas...
- ¿Te viene a la mente algún paciente con delirium con el que hayas tratado, cómo te has sentido?
- Sí, yo no sé si era delirium como tal diagnosticado pero paciente así agitado desorientado en el hospital sí, en el servicio sí, y yo pues en algún momento hubo un caso de un paciente que se puso un poco agresivo y tal pues, no miedo o sea más que miedo por mí, miedo por él, porque por ejemplo es un paciente que me acuerdo, se cayó y se golpeó en la cabeza, porque se resbaló, estaba intentando irse, nos empujaba y estábamos intentándole sujetar y entonces se cayó, se resbaló y se dio un golpe en la cabeza y claro pues empezó a sangrar un poco, entonces miedo por él, por su seguridad, y también un poco insegura yo, por no saber cómo tratarlo, por no saber cómo manejar la situación de muchas veces pues a un intentando decirle “pues estate tranquilo” “estás en el hospital” “no te preocupes” “vamos a poner medicación” estás intentando orientarle pero aun así no saber muy bien cómo actuar por no tener las herramientas suficientes o el conocimiento.
- ¿Cómo mejorarías la organización asistencial del delirium en tu planta?
- Pues teniendo mejores herramientas de diagnóstico y de tratamiento, con lo cual creo que haría falta más personal y más tiempo para poder dedicar al paciente, porque muchas veces un paciente que ves que se agita y se desorienta que puede llegar a ser delirium, pues avisas al médico, medicación y ya está, y a lo mejor había que tener más tratamiento de un diagnóstico y un seguimiento a lo mejor también por parte de psicósomática o psiquiatría, eh y a lo mejor en según qué tratamientos, a lo mejor incluso trabajadora social o asistentes, y pues intentar un poco eso, diagnóstico temprano y poder dedicar más tiempo a su paciente.
- Genial, pues muchas gracias.
- De nada.

## ENTREVISTA 5: Participante 05

- Hola, bueno pues ahora que te he explicado en qué consiste la entrevista, procedo a grabarla, ¿vale?
- Vale.
- Háblame un poco de lo que sabes del delirium.
- Pues es como un brote psicótico agudo ¿no? que da en el momento agudo, puede darse o por alcohol o por drogas pero también aparece en ancianos en estados de senilidad, de trastornos cognitivos y esa clase de trastornos mentales y eso, suele darse en brotes agudos en principio y para controlarlo de primera si está muy agitado el paciente, pues se procedería lo primero con una contención mecánica y después pues depende de lo que valore el médico pues se meten drogas antipsicóticas o yo qué sé!... algún ansiolítico, hasta que cede un poco el brote y luego ya se pone ya un tratamiento más a largo plazo; pero primero se intenta controlar como el brote agudo.
- Entonces cuando un paciente empieza a tener delirium en vuestra a planta ¿cuál es el proceso que seguís?
- Pues primero, si empiezas a ver que se altera llamas al médico de guardia o al psiquiatra, intentas hablar con él o que te describa más o menos, siempre desde cierta distancia si está un poco agresivo, pues que te describa que le está pasando o que qué ideas tiene por la cabeza, mientras llega el médico si puedes o se deja pues contenerlo, si hace falta, que, si está muy agitado sí que suele hacer falta, y después, ... eso, pues el tratamiento que te diga el psiquiatra.
- Para diagnosticarlo, ¿empleáis alguna herramienta en vuestro servicio?
- Sí que hay alguna escala, pasa una escala el médico, pero muy a grandes rasgos, pero en principio primero se controla el brote y después pasan como las escalas.
- ¿Te acuerdas de algún paciente que hayas tratado con delirium? háblame un poco de tus emociones, ¿cómo te has sentido?
- Sí que he tratado de un paciente con delirium, pero no era anciano en este caso y era por eso, por privación de drogas y era incontrolable, o sea incontrolable. Tuvimos que contenerlo entre 10-12 personas. Primero eso, atarlo porque no entraba en razón, intentabas hablar con él y no entraba en razón y entonces lo atamos entre los que pudimos y ya eso, le pusimos tratamiento psiquiátrico.
- Entonces, ¿a nivel emocional cómo te sentías?
- Buf... es como incontrolable o sea es un poco caos no puedes... y como enfermera pues eso. yo mal en el sentido que no controlaba nada la situación, que se me iba de las manos y tampoco era fácil que entrara en razón, entonces era como mucho descontrol y como que no había medios o sea que, aunque lo ataras no había solución y era como que no sabías qué hacer, eso como pérdida de no saber qué hacer hasta que le pones algo que le tranquilice super mal, la verdad me sentí súper mal.

- Y ya la última pregunta, ¿cómo crees tú, que mejoraría la atención asistencial?
- Pues de que estos pacientes normalmente suelen tener una base de patología mental, que muchas veces no está bien seguida, o sea no lleva un buen seguimiento y entonces pasa lo que pasa, entonces yo creo que muchas veces es más cosa de prevención o de un seguimiento adecuado, que de que le dé un brote y se vuelva loco de la nada, es necesario un buen seguimiento y más prevención.
- Vale genial, muchas gracias.
- De nada.

### **ENTREVISTA 6: Participante 06**

- Bueno pues ahora que te he explicado en qué consiste la entrevista procedo a grabarla ¿vale?
- Vale
- Háblame un poco de lo que conoces sobre el delirium
- Pues a ver yo conozco poco del delirium, más que nada porque no me ha tocado de primera mano tratar con pacientes con delirium, pero vaya, básicamente son pacientes en edad avanzada mayoritariamente, que tiene un deterioro cognitivo y/o alguna descompensación y no son coherentes pues ni con el habla ni con los pensamientos ni con los movimientos del cuerpo, ¿no?, no sé y eso...
- De acuerdo, ¿te acuerdas de algún paciente con el que hayas tratado con delirium? Me puedes decir un poco el seguimiento que tuvo en tu servicio.
- No me acuerdo, porque seguramente estarían prácticas porque ya te digo trabajando no me ha tocado que yo sepa, pero eso yo creo que en los hospitales no se termina de tratar bien el delirium, más que nada porque no hay o sea los pacientes con delirium están en plantas que no están especializadas en eso, entonces pues mmmmm se suele tratar con medicación, muchas veces con contenciones y eso...
- Vale, y a nivel emocional, ¿qué emociones te nacen al tratar a pacientes con delirium?
- Pues a ver muchas veces la gente suele ser muy borde, o sea, como yo creo que no sé ponen en el lugar de este tipo de pacientes y no los tratan como deberían. A mí, por ejemplo, me da pena por así decirlo, está mal decirlo, pero es verdad y deberíamos ser más emocionales en ese sentido, más emocionales al tratar con el paciente o sea quiero decir, ser más amables, atenderlos mejor.
- ¿Qué sentimientos te surgen en ti?
- Pues a veces, eh, no me sale la palabra, normalmente me suele entrar miedo al tratarlos porque no sé cómo hacerlo e inquietud y no lo sé...
- ¿Cómo mejorarías la organización asistencial en lo relacionado con el delirium?

- La organización asistencia, ... debería haber algún protocolo escrito en todos los hospitales de cómo tratar este tipo de pacientes sí que es verdad que cada uno es diferente entonces al final no sabemos o no podemos aplicar el mismo protocolo, pero una serie de pasos para que se sientan mejor.
- Vale, ¿algo más que quieras añadir?
- No, gracias.

### **ENTREVISTA 7: Participante 07**

- Vale pues ahora que te he explicado en qué consiste la entrevista procedemos a grabarla ¿vale?
- Vale
- Háblame un poco de lo que sabes del delirium.
- Pues a ver es un síndrome que se produce cuando se lleva ya muchos días ingresados, sobre todo, se da en gente más mayor, entonces que se acaban desorientando, muchos días en la misma habitación, eh... agravado pues según los tipos de patologías según el tipo de infecciones que, puede aumentar la probabilidad de que esos pacientes pues acaben delirando, nunca mejor dicho.
- ¿En tu planta un paciente con delirium como lo tratáis? ¿Cuáles son los pasos que seguís?
- A ver es verdad que cuando un paciente comienza con delirium también se intenta un poco orientarlo, se pone en calendarios en las habitaciones, se pone cuadros para que puedan ver un paisaje distinto en vez de estar viendo continuamente la pared del mismo color, ponen relojes para que vean la hora que es, es verdad que en este servicio en el que estoy yo, no hay familiares más que muy pocas horas al día, entonces también es más difícil porque cuando están con el familiar pues le hablan continuamente, le recuerdan más a menudo donde están, que sino simplemente cuando vas tú, que va así y pues te puede soltar cualquier cosa porque no saben exactamente dónde están, que hacen ahí, que les están haciendo y aunque les digas lo que sea, al minuto vuelven a caer en lo mismo, también en cuestión de fármacos les ponemos haloperidol, transilium y entonces aun os dejás más “droguis” y se descentran todavía más y cuando se despiertan están incluso más intranquilos que incluso quizá si tuviéramos más tiempo para tratarlos personalmente.
- Vale, ¿Alguna herramienta diagnóstica que utilizéis en especial?
- Pues si te digo la verdad, yo creo que... ¿así tipo test dices?
- Si
- Bueno se emplea el Glasgow, pero esa es para el nivel de conciencia.
- Vale, ¿a nivel emocional qué emociones te nacen al tratar a pacientes que sufren delirium?
- Pues a ver, al principio pues te dan pena, los entiendes pero es verdad que cuando llevas un rato con ellos al final también te desesperas, sientes desesperación, incluso ansiedad porque ves que quizá no te ponen la medicación que a ti te gustaría, muchas veces por no poder estar con ellos

porque no hay familia, les acabas incluso conteniendo cosa que aún aumenta más el delirium y aumenta más la irritabilidad que pueden tener, pero es que al final es la única manera y también te desesperan porque a veces se arrancan las cosas que llevan, entonces también inconscientemente acabas no pagándola con ellos porque un todo momento sabes que son personas vulnerables pero sí que eh ... te desespera

- Vale y ¿cómo crees que se mejoraría la organización asistencial?
- Yo creo que con estos pacientes, yo hablo del servicio en el que estoy, pues deberían aumentar lo que es el tiempo de las visitas por ejemplo en este tipo de pacientes, porque además sí muchas veces es que es beneficioso para ellos y para nosotros, en plan para que estuvieran más tranquilos, eh... quizá no dar a la mínima según que tipo de fármacos que quizá los puedan atontar un poco más y con más personal para también poder estar más tiempo con ellos, tratarlos y qué cosas más... es verdad que muchas veces les ponemos fotos para que se orienten, les damos algún tipo de objeto, pero claro, es que es difícil.
- ¿Algo más que quieras añadir?
- Pues que se debería quizá pues dar más formación en enfermería para este tipo de tema, porque somos al fin y al cabo los que estamos con estos pacientes diariamente y pues me he dado cuenta de que no tenemos quizá un test como para hacer cierto tipo de diagnóstico que es importante.
- Vale genial pues muchas gracias.

### **ENTREVISTA 8: Participante 08**

- Ahora qué te he explicado en que consiste la entrevista procedo a grabarla, ¿vale?
- De acuerdo.
- Háblame un poco de lo que conoces sobre el delirium.
- El delirium, bueno yo creo que el delirium es un síndrome, un conjunto de síntomas, un síndrome confesional ¿no? que afecta a diferentes esferas del pensamiento, del comportamiento, de la orientación de los pacientes y que ... muchos lo sufren relacionado con los ingresos hospitalarios ¿no? Bueno... y que puede ser hiperactivo, hipoactivo, que puede afectar de diferentes maneras a las diferentes esferas de la consciencia del paciente.
- Vale, un paciente ingresado con delirium en vuestra planta, ¿cómo lo tratáis? o sea desde que empieza hasta que acaba.
- Eh ... yo creo que primero un poco se intenta identificar si hay alguna causa orgánica para el delirium una infección, alguna ITU o algo así y sino yo creo que, con fármacos para relajarlos, la verdad que no sé, ...
- ¿Eso es lo que hacéis en tu servicio?
- Yo creo que sí.
- ¿Qué te nace a ti emocionalmente al tratar con pacientes con delirium, cómo te sientes?

- Pues quizás si no te lo esperas igual te pilla un poco de desconcierto, de imprevisto por decirlo así. Bueno a veces igual un poco de quizás de miedo o ansiedad por no saber muy bien cómo afrontar la situación o cómo poder ayudar al paciente o cómo tratarlo.
- ¿Cómo mejorarías la organización asistencial?
- Eh, yo creo que a través de algún tipo de protocolo y sobre todo para saber quién hay que poder hacer una pregunta si tienes un paciente con delirium, saber a quién consultar por así decirlo de manera urgente y luego algún tipo de protocolo sobre todo de seguridad para el paciente ¿no? y para un poco para saber cómo profesional de la planta cómo abordarlo.
- ¿Cualquier cosa que te gustaría estaría añadir?
- Bueno que estaría bien que nos dieran más formación acerca del delirium para que todos supiéramos un poco cómo afrontar la situación de la mejor manera.
- Vale pues muchas gracias.
- De nada.

#### **ENTREVISTA 9: Participante 09**

- Hola, bueno pues ahora que te he explicado en qué consiste la entrevista procedo a grabarlo, ¿vale?
- Venga.
- Háblame un poco de lo que sabe sobre el delirium.
- Pues no tengo muchos conocimientos sobre el delirium, la verdad es que de salud mental no conozco muchas cosas, lo que vi en la carrera en una asignatura de salud mental pero no recuerdo tratar muy a fondo el delirium, y creo que hablamos, ... que no recuerdo muy bien, pero yo lo que se me viene a la cabeza, es como mmmmmm ... que de repente la persona o el paciente empieza a perder su... ¿cómo decir? su identidad, no es su identidad, pero como que deja de sentir que está en su propio cuerpo y empieza no sé .... Como dice la propia palabra a delirar y a hablar de vida, a sentir cosas que no están sucediendo o así, no sé es lo que si me viene un poco a la cabeza ... creo.
- Genial y en tu plantado o en tu servicio, cuando un paciente sufre delirium ¿cuál es el curso que sigue, ¿Cómo lo tratáis?
- Bueno, yo trabajo en urgencias y nunca me han explicado ningún protocolo, no hay ningún protocolo para el delirium, en todo caso se derivaría a unas urgencias en las que hubiera un psiquiatra de guardia, y él bueno... diagnosticaría, ya que nosotros no tenemos esos conocimientos, ni tampoco tenemos herramientas para diagnosticar el delirium, podríamos dar alguna no sé, dar algunas pistas al doctor si tal en base a los síntomas que estamos viendo, pero un poco más.
- ¿Cómo se le trata una vez que se tiene diagnosticado?

- Cómo se le trata, ... pues nosotras como enfermeras no tomaríamos ninguna medida a no ser que necesitará contención. O algo lo comunicaremos primero al médico que estuviera y si no al psiquiatra, sería lo más ideal al psiquiatra desde luego y ya según lo que nos dijera que mejor ya sea medicación o lo que considere
- ¿Qué emociones o sentimientos te surgen al tratar con pacientes con delirium?
- Pues como no tengo conocimientos, ante ello me surgirían sentimientos de incertidumbre de miedo por no saber qué le está sucediendo bien al paciente o que es lo más adecuado que debería hacer, cuál es la siguiente actuación que debería realizar, sí, y bueno, como comunicarme con ese paciente, cómo interpretarlo, qué le pasa.
- De acuerdo, cómo crees que se mejoraría la organización asistencial en los servicios para tratar el delirium.
- Cómo se mejoraría la organización asistencial, pues hombre sería necesario tener un protocolo, por lo menos para tu saber qué pasos tiene que dar cuando recibes a un paciente que entra en delirium, eh ... también, hombre yo creo que es muy importante contar con profesionales médicos que sea también especialistas en ese ámbito, en el ámbito de la salud mental, es muy muy importante; porque al final los médicos de familia o tal, pienso que no van a acertar pero hombre tener un protocolo y unos conocimientos básicos, dar algún curso, que se ofreciera algún cursillo en el que nos aportarían pues herramientas o lo que sea o sobre todo cómo diferenciar un delirium de otra patología de mental que puede surgir, eso estaría muy bien la verdad.
- Muchas gracias
- De nada.

ANEXO 4: Aprobación CEICA.



**Informe Dictamen Favorable  
Trabajos académicos**

C.I. PI23/128

5 de abril de 2023

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

**CERTIFICA**

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 05/04/2023, Acta Nº 07/2023 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

**Título: Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el delirium en la población mayor de 65 años**

**Alumna: María Ruperez Cebolla**

**Tutor: José Manuel Granada López**

**Versión protocolo: Versión 2, a 28 de marzo de 2023**

**Versión documento de información y consentimiento: Versión 2, a 28 de marzo de 2023**

**2º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados y el adecuado tratamiento de los datos, en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

**3º.** Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ  
HINJOS MARIA -  
DNI 03857456B  
Firmado digitalmente  
por GONZALEZ HINJOS  
MARIA - DNI 03857456B  
Fecha: 2023.04.10  
16:30:14 +02'00'  
María González Hinjos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

## ANEXO 5: Aprobación tratamiento de datos Gerente Unizar.

Nº refª.: RAT 2023-77

Expte.: TFM "Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el delirium en la población mayor de 65 años".

Trámite: ACUERDO a fecha de firma, del Gerente de la Universidad de Zaragoza, por la que se aprueba el Tratamiento de datos personales relativo a dicho TFM.

**Examinada** la solicitud formulada por Dª. María Rupérez Cebolla, en calidad de autora del TFM arriba enunciado y la documentación que la acompaña,

**De conformidad** con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD) y en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de Derechos Digitales (LOPDyGDD), **DISPONGO:**

1. **Autorizar el tratamiento de datos personales del Trabajo Fin de Máster "Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el delirium en la población mayor de 65 años".**
2. **Designar al Profesor, D. José Manuel Granada López, en su calidad de Director/Tutor del TFM, como responsable interno de este tratamiento y a la estudiante, Dª. María Rupérez Cebolla, autora del TFM, como encargada interna de dicho tratamiento.**
3. **El tratamiento seguirá las determinaciones establecidas en este Acuerdo y, en lo que no se oponga a él, en el formulario propuesto por el solicitante.**
4. Además, el tratamiento se llevará a cabo con respeto a los siguientes principios:
  - a) **Los datos personales serán tratados de manera lícita, leal y transparente en relación con los interesados** a quienes se les informará ampliamente de la finalidad de tratamiento («licitud, lealtad y transparencia»).

**Se acompaña documento** conteniendo la información a proporcionar a los participantes para obtención de su consentimiento que se estima suficiente.

**Todo ello se presentará a informe del Comité Ético de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA).**



Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en <http://valida.unizar.es/csv/7db72765a63368ba507b62512a9c1bf7db72765a63368ba507b62512a9c1bf>

**ANEXO 6:** Consentimiento informado entrevistas.

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título de la investigación:** TFM "CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL DELIRIUM EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS."

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos del/de la participante)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.
- He hablado con: \_\_\_\_\_ (nombre del investigador/a)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - 1) cuando quiera
  - 2) sin tener que dar explicaciones
  - 3) sin que esto tenga ninguna repercusión para mí

Y, en consecuencia,

**Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.**

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: SI  NO  (marque lo que proceda)

Si marca Sí indique su teléfono o correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_

He recibido una copia de este Consentimiento Informado.

Firma del/de la participante:	
Fecha:	

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio a la persona participante.

Firma del investigador/a:	
Fecha:	

v.2.0 de 28/03/2022