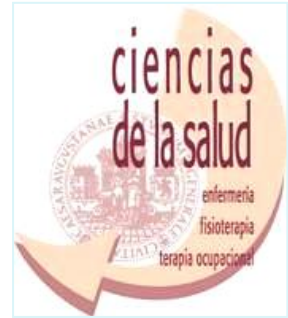




**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la salud
Grado en Enfermería

Curso académico 2014-2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL
DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO
HOSPITALIZADO**

Autora: SUSANA VIDAL VILLANUEVA

Tutora: MARÍA SESE SÁNCHEZ



ÍNDICE:

0) RESUMEN3
1) INTRODUCCIÓN5
2) OBJETIVOS8
3) METODOLOGÍA9
4) DESARROLLO12
5) CONCLUSIONES25
6) BIBLIOGRAFÍA26
7) ANEXOS28

RESUMEN

Introducción: El delirium, se caracteriza por el desarrollo de un deterioro cognitivo agudo; la definición del DSM-IV, destaca la alteración del nivel de conciencia y la presencia de alteraciones cognoscitivas o perceptivas de aparición brusca y con carácter fluctuante.

La prevalencia del delirium oscila entre el 6% y 56% de los mayores de 65 años hospitalizados y representa un gasto de entre 38.000 y 152.000 millones de dólares anuales en los Estados Unidos.

Está asociado a mayor morbilidad, mortalidad, deterioro funcional del paciente y aumento de la estancia hospitalaria.

Las intervenciones preventivas son la estrategia eficaz, eficiente y económica para el control del delirium, que puede llegar a ahorrar hasta un 20% de los costes actuales.

Enfermería juega un papel fundamental en la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz del delirium. Por este motivo es importante que cuente con herramientas y recursos estandarizados de intervenciones basadas en la evidencia.

Objetivo: Elaboración de un protocolo de prevención del delirium en pacientes hospitalizados mayores de 65 años, dirigido a profesionales de enfermería.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos; de los artículos seleccionados se extrajeron referencias de diferentes páginas web sobre el tema, y de estas páginas web obtuvimos guías de práctica clínica que usamos para describir las estrategias/actividades del protocolo.

Conclusiones: Dado el actual envejecimiento de la población, cada vez habrá más ancianos hospitalizados, con el consiguiente aumento de incidencia de delirium, por ello es clave la aplicación de estrategias de prevención.

La implementación de un protocolo de prevención es una actividad factible para enfermería ya demostrada en diferentes programas de salud y guías de práctica clínica sobre el tema.

Palabras clave: delirium, prevención, estrategias, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Delirium is characterized by development of a acute cognitive deterioration; DSM-IV definition, it stands out the alteration of conscience and the presence of cognitive or perceptive alterations of sudden appearance with fluctuating character.

Prevalence of the delirium ranges between 6 % and 56 % of the patients over 65 years hospitalized and represents a cost between 38.000 and 152.000 million annual dollars in the United States.

It is associated with major morbidity, mortality, functional deterioration of the patient and increase of the hospitable stay. The preventive interventions are the effective, efficient and economic strategy for the control of the delirium, which it can manage to save up to 20 % of the current costs.

Infirmary plays a fundamental paper in the detection, prevention, diagnosis and early treatment of the delirium. For this reason is important to have standardized tools and resources of evidence-based interventions.

Objective: Development of a protocol for prevention of delirium in hospitalized patients over 65 years, designed for professionals in nursing.

Methods: A bibliographical review was realized in different databases; from the selected articles there were extracted references of different web pages about the subject, and of these web pages I have obtained guides of clinical practice that I have used to describe the strategies / activities of the protocol.

Conclusions: In view of the current aging of the population, every time there will be more hospitalized elderly, with the consequent increase of incident of delirium, for this reason is important to the implementation of prevention strategies.

The implementation of a protocol of prevention is a feasible activity for infirmary already demonstrated in different programs of health and guides of clinical practice on the subject.

Key words: delirium, prevention, strategies, nursing.

1. INTRODUCCIÓN

El delirium o síndrome confusional agudo se caracteriza por el desarrollo de un deterioro cognitivo agudo. La definición más aceptada es la propuesta en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV (DSM-IV), basada en la presencia de cuatro características clave, entre las que destacan la alteración del nivel de conciencia y la presencia de alteraciones cognoscitivas o perceptivas de aparición brusca (habitualmente en horas o días) y con carácter fluctuante [1,2].

La prevalencia oscila entre el 6% y 56% de los ancianos mayores de 65 años ingresados, y va en aumento cuando la asociamos a mayor edad y a una mayor gravedad de la enfermedad [1,3]; situándose hasta el 30% en enfermos ingresados por causas médicas, del 15 al 53% en personas mayores sometidas a cirugía y hasta el 87% de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos [1,4].

Existen diversas teorías sobre la fisiopatología del delirium que describen alteraciones responsables de la aparición de la enfermedad. Entre ellas se incluyen: la desregulación de neurotransmisores, los procesos inflamatorios, reacciones de estrés fisiológico y perturbaciones del ciclo sueño-vigilia, entre otras.

La teoría "*Neurotransmisión*" sostiene que el delirium es causado por la desregulación de neurotransmisores. Los déficits de acetilcolina (ACh) pueden contribuir al delirio en diversos niveles, ya que afecta a la hipoglucemia, la desnutrición y la isquemia, factores de riesgo asociados al riesgo de padecer delirium [5,6].

Otros neurotransmisores como, ácido gamma-aminobutírico, glutamato, serotonina, dopamina y norepinefrina también están involucrados. La serotonina está involucrada en el estado de ánimo la vigilia y la cognición; y se ha relacionado en el delirio tanto por exceso como por defecto.

La "*hipótesis inflamatoria*" se relaciona con una inflamación sistémica aguda en el cerebro; esto incluye un aumento en la producción de citoquinas e interrupción en la barrera hematoencefálica que provoca cambios funcionales y estructurales en el parénquima cerebral. Estos cambios se asocian a las alteraciones agudas del comportamiento.

La teoría de la "*respuesta al estrés*" se basa niveles de significación patológica de cortisol como respuesta a la enfermedad, y en la interrupción de las vías de producción de melatonina [6].

Junto a las teorías de la fisiopatología también se han identificado factores genéticos predisponentes, en particular el gen *APOE*, y específicamente el alelo polimorfo *Épsilon 4* [6].

Además existen otros factores de riesgo relacionados y que se pueden clasificar específicamente según la unidad de atención en la que se

encuentra el paciente (ANEXO I), siendo común en todas ellas la edad >70 años, el deterioro cognitivo previo, el déficit visual, la enfermedad médica grave, las alteraciones metabólicas, la depresión, el uso de catéteres, la inmovilización y la combinación de tres o más fármacos [7,8].

El diagnóstico del delirium ha demostrado estar asociado a mayor morbilidad, mortalidad, deterioro funcional del paciente y aumento de la estancia hospitalaria. Produce elevado costo sanitario y sobrecarga laboral para el personal sanitario [2,4,6,7,8,9]. Actualmente representa entre 38.000 millones y 152.000 millones de dólares anuales en costes relacionados con la salud en los Estados Unidos [4].

Las complicaciones continúan tras el alta del paciente, y se asocia el delirium a mayor riesgo de institucionalización, demencia y mortalidad (ANEXO II). El impacto de la presencia de delirio en la mortalidad reafirma la importancia de incorporar en nuestra práctica clínica al delirio un marcador de estado de salud en el paciente hospitalizado [10].

El delirium es una condición potencialmente prevenible, lo que permite considerarlo como un marcador de calidad asistencial de los servicios que manejen pacientes mayores [10]. Así, los servicios que implementen estrategias sistematizadas en prevención, detección precoz y tratamiento eficaz del delirio, tendrán un buen indicador de calidad de atención [6,10].

Lo evidente es que tenemos instrumentos para su detección, a partir de los cuales podemos identificar a los pacientes en riesgo; y escalas para diagnosticarlo en su fase inicial. El instrumento más efectivo para el diagnóstico del delirio es la escala "Confusion Assesment Method" (CAM) validada en Español, con una sensibilidad del 94-100% y especificidad del 90-95% (ANEXO III)[2,3,5,6,7,11].

A pesar de su relevancia clínica, epidemiológica, social y de coste para el sistema sanitario, la evidencia demuestra que el delirio intrahospitalario, permanece subdiagnosticado en porcentajes de entre el 25% y el 75%. La naturaleza fluctuante de las manifestaciones clínicas, asociada a la falta de conocimiento de los profesionales de salud sobre sus características, la infrutilización de herramientas para su evaluación, y la falta del registro de las manifestaciones del delirio por el equipo de salud, fundamentan la situación de subdiagnóstico [4,10,12].

Los estudios de prevalencia indican que el tamaño de la población de personas mayores está aumentando y se prevé que siga aumentando (ANEXO IV) [13]; según un informe reciente de Naciones Unidas, en el año 2050 España será el país más envejecido del mundo con un 44.1% de la

población mayor de 60 años [14]. Este fenómeno progresivo del envejecimiento poblacional, requiere una adaptación de los actuales sistemas sanitarios. En este sentido el delirium representa un desafío en cuanto a implementación de protocolos que logren disminuir la prevalencia de esta patología intrahospitalaria y mejoren la calidad asistencial [10].

La prevención primaria sería la estrategia más efectiva a la hora de abordar en sus inicios al delirium porque una vez que brota, las medidas de intervención son menos eficientes y eficaces, al igual que con una rápida identificación y adhesión de las acciones terapéuticas adecuadas (prevención secundaria) para minimizar los efectos del delirium, se evitan mayores complicaciones médicas en estos pacientes frágiles y vulnerables. Las intervenciones preventivas son la estrategia eficaz, eficiente y económica para el control del delirium, que puede llegar a ahorrar al sistema sanitario un 20% de los costes actuales [4,7,15].

No existe una intervención aislada sino un conjunto de medidas preventivas para combatirlo dependiendo del momento clínico y de los factores inherentes del paciente y al contexto [15].

Enfermería juega un papel fundamental en la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz del delirium por la estrecha relación continuada e integral con el paciente y la familia. Es importante tener unos conocimientos y habilidades esenciales para llevar a cabo esta labor creando programas de educación, estableciendo Protocolos y Guías de Práctica Clínica acorde a la realidad y medios económicos disponibles, unificando criterios de intervención sanitaria para reducir la variabilidad y asegurar una correcta actuación terapéutica por todo el equipo multidisciplinario en la práctica clínica [10,11,15].

Proporcionar a las enfermeras herramientas y recursos estandarizados de intervenciones mejora la atención basada en la evidencia para el anciano hospitalizado que experimenta delirio [16].

Por todo esto es importante que enfermería cuente con herramientas basadas en la evidencia creadas por profesionales para poder prevenir esta patología que supone tantas desventajas para el paciente, familia, profesionales, sistema sanitario y sociedad en general.

2. OBJETIVOS

General:

- Elaborar un protocolo de prevención de delirium en pacientes hospitalizados mayores de 65 años, dirigido a profesionales de enfermería.

Específicos:

- Identificar a través de la literatura actividades preventivas del delirium intrahospitalario.
- Potenciar el papel de enfermería en la detección, prevención y diagnóstico y tratamiento precoz del delirium.
- Valorar la importancia de la prevención de esta patología en la diferentes esferas: paciente, familia, profesionales, social, sistema sanitario y social.

3. METODOLOGÍA

A través de una búsqueda bibliográfica se ha obtenido información para desarrollar los contenidos del trabajo y el protocolo.

La búsqueda se ha realizado entre febrero y abril de 2015, sin límite de idioma y con el uso de los boléanos "y" y "and". Y usando los siguientes descriptores: *delirium, prevention, hospitalization, nursisng* y *care*, y los mismos en español.

Limitando la búsqueda a artículos de los últimos cinco años entre el 2010 y 2015; la edad de los pacientes, pacientes mayores de 65 años; y textos completos.

Las bases de datos usadas son las siguientes:

Pubmed: Es un proyecto desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM). Permite el acceso a bases de datos bibliográficas compiladas por la NLM: MEDLINE, PreMEDLINE.

PubMed dispone de varias modalidades de búsqueda. En la pantalla de inicio podemos buscar por términos, frases, autores etc. Los límites (Limits), permiten acotar la búsqueda por tipo de documentos, idiomas, edad, etc. La opción de índices (Index) visualiza los términos presentes en los diferentes índices: descriptor (MeSH), autor, palabra del título o resumen, revista etc. También podemos optar por consultar directamente el descriptor pulsando en el menú MeSH Database, consultar una revista en Journal Database. Resulta de gran utilidad para las búsquedas de información clínica el filtro metodológico CLINICAL QUERIES, elaborado con una metodología de MBE, poniendo el énfasis en la terapia, diagnóstico, etiología o pronóstico o localizar revisiones sistemáticas o meta-análisis.

Cochrane: La colaboración Cochrane es un organismo sin ánimo de lucro, cuyo fin es elaborar revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados y otros estudios. Toma su nombre del médico británico Archie Cochrane que en los años setenta, alertado de la necesidad de un mejor uso de evidencias científicas en la formulación de políticas de salud, hizo hincapié en la importancia de la evidencia proveniente de ensayos clínicos controlados.

En la actualidad la tarea de la Colaboración Cochrane es preparar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas y actualizadas, a fin de ayudar a la toma de decisiones clínicas y sanitarias bien informadas.

La Cochrane Library, creada en el año 1992, es una base de datos laborada por la Colaboración Cochrane, a través de la cual se difunden, de modo exclusivo, los trabajos realizados por la misma.

Scielo (*Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea*): Es un proyecto de biblioteca electrónica, iniciativa de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo, Brasil (*Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP*) y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), que permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas mediante una plataforma de *software* que posibilita el acceso a través de distintos mecanismos, incluyendo listas de títulos y por materia, índices de autores y materias y un motor de búsqueda.

El proyecto SciELO, que además cuenta con el apoyo de diversas instituciones nacionales e internacionales vinculadas a la edición y divulgación científica, tiene como objetivo el "desarrollo de una metodología común para la preparación, almacenamiento, disseminación y evaluación de la literatura científica en formato electrónico".

Dialnet: Es un portal de difusión de la producción científica hispana que inició su funcionamiento en el año 2001 especializado en ciencias humanas y sociales. Su base de datos, de acceso libre, fue creada por la Universidad de La Rioja (España) y constituye una hemeroteca virtual que contiene los índices de las revistas científicas y humanísticas de España, Portugal y Latinoamérica, incluyendo también libros (monografías), tesis doctorales, homenajes y otro tipo de documentos. El texto completo de muchos de los documentos está disponible en línea.

En el portal colaboran numerosas universidades españolas e hispanoamericanas que realizan los volcados de sumarios de revistas. También incorpora bases de datos con documentos en otros idiomas.

Tabla 1: Bases de datos y número de artículos revisados

| BASE DE DATOS | PALABRAS CLAVE DE BÚSQUEDA | LIMITACIÓN | Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS | Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS |
|------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Pubmed | Delirium and prevention | - Full text - 5 Years - Age + 65 | 61 | 4 |
| Pubmed | Delirium and hospitalization | - Full text - 5 Years - Age + 65 | 95 | 4 |
| Pubmed | Delirium and nursing care | - Full text - 5 Years - Age + 65 | 18 | 1 |
| Cochrane | Delirium | | 13 | 0 |
| Scielo | Delirium y enfermería | Texto completo Últimos 5 años | 16 | 3 |
| Dialnet | Delirium y prevención | Texto completo | 7 | 2 |
| Google académico | Envejecimiento de la población | | 15 | 2 |

A través de los artículos encontrados en Pubmed se han referenciado diferentes páginas web, que he usado para el trabajo y el protocolo:

- <http://www.nice.org.uk>
- <http://www.hospitalelderlifeprogram.org>
- <http://www.europeandeliriumassociation.com>
- <http://www.americandeliriumsociety.org>

Y a través de estas páginas web he encontrado Guías de Práctica Clínica, que han sido usadas concretamente para las propuestas de estrategias del protocolo:

- Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium in Older People.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Delirium.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO): Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores.

4. **DESARROLLO**

Índice:

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO 12

Autora 12

Revisores externos..... 12

Declaración de conflicto de intereses 12

Justificación: 13

Objetivos: 15

Profesionales a los que va dirigido:..... 15

Población diana: 15

Metodología: 15

Procedimientos: 18

Algoritmo de actuación: 22

Indicadores de evaluación: 23

Bibliografía: 24

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADOS

| | |
|--|--|
| Autora | Susana Vidal Villanueva - Estudiante 4º Curso Grado de Enfermería Universidad de Zaragoza |
| Revisores externos | Comisión clínica de cuidados de enfermería |
| Declaración de conflicto de intereses | No hay conflicto de intereses |

Justificación:

El delirium o síndrome confusional agudo se caracteriza por el desarrollo de un deterioro cognitivo agudo. La definición más aceptada es la propuesta en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV (DSM-IV), basada en la presencia de cuatro características clave, entre las que destacan la alteración del nivel de conciencia y la presencia de alteraciones cognoscitivas o perceptivas de aparición brusca (habitualmente en horas o días) y con carácter fluctuante [1,2].

Los signos y síntomas que generalmente fluctúan a lo largo del día son [7]:

- Déficit y/o cambio en el nivel de atención.
- Deterioro de la memoria, más comúnmente de la memoria reciente.
- Alteración del ciclo sueño-vigilia.
- Perturbaciones en el lenguaje, discurso divagante.
- Desorientación temporo-espacial.
- Perturbación en el comportamiento psicomotor, agitación o lentitud de movimientos.
- Trastornos emocionales, cambios de humor.
- Malas interpretaciones por alucinaciones auditivas y visuales.

Existen diversas teorías sobre la fisiopatología del delirium que describen alteraciones responsables de la aparición de la enfermedad. Entre ellas se incluyen: la desregulación de neurotransmisores, los procesos inflamatorios, reacciones de estrés fisiológico, perturbaciones del ciclo sueño-vigilia y factores genéticos [6].

Además existen otros factores de riesgo relacionados: la edad >70 años, el deterioro cognitivo previo, el déficit visual, la enfermedad médica grave, las alteraciones metabólicas, la depresión, el uso de catéteres, la inmovilización y la combinación de tres o más fármacos [7,8].

La prevalencia de padecer delirium hospitalario oscila entre el 6% y 56% de los ancianos mayores de 65 años ingresados, y va en aumento cuando la asociamos a mayor edad y a una mayor gravedad de la enfermedad [1,3].

- Incidencia 40,5-55.9% en pacientes sometido a cirugía reparadora de fractura de cadera.
- Prevalencia del 70% de delirio en todos los pacientes mayores de 65 años durante su estancia en UCI.
- Incidencia de 40,5% en ingresos de hasta 14 días y del 52.6% a partir de 14 días de ingreso en estancias médicas [7].

El diagnóstico del delirium ha demostrado estar asociado a mayor morbilidad, mortalidad, deterioro funcional del paciente y aumento de la estancia hospitalaria. Produce elevado costo sanitario y sobrecarga laboral para el personal sanitario [2,4,6,7,8,9]. Actualmente representa entre 38.000 millones y 152.000 millones de dólares anuales en costes relacionados con la salud en los Estados Unidos [4].

El delirium es una condición potencialmente prevenible, pero hay que saber identificarlo [10], lo evidente es que tenemos instrumentos para su detección, a partir de los cuales podemos identificar a los pacientes en riesgo; y escalas para diagnosticarlo en su fase inicial. El instrumento más efectivo para el diagnóstico del delirio es la escala "Confusion Assessment Method" (CAM) validada en Español, con una sensibilidad del 94-100% y especificidad del 90-95% (ANEXO III)[2,3,5,6,7,11].

La prevención del delirium se refiere a las estrategias que pueden reducir eficazmente la incidencia del delirio, y en última instancia, mejorar los resultados de salud tales como la morbilidad y mortalidad en las personas mayores con riesgo de delirium.

Un pequeño número de artículos extraídos de la literatura informan de resultados exitosos. La mayoría ofrecen un enfoque multidisciplinar para la prevención del delirium; coherente con su etiología y su compleja fisiopatología. Los estudios se han centrado en modificar los factores de riesgo capaces de precipitar el delirio; las intervenciones han sido diseñadas para ser implantadas por el personal de enfermería principalmente [7].

La prevención primaria sería la estrategia más efectiva a la hora de abordar en sus inicios al delirium porque una vez que brota, las medidas de intervención son menos eficientes y eficaces, al igual que con una rápida identificación y adhesión de las acciones terapéuticas adecuadas (prevención secundaria) para minimizar los efectos del delirium, se evitan mayores complicaciones clínicas en estos pacientes frágiles y vulnerables. Las intervenciones preventivas son la estrategia eficaz, eficiente y económica para el control del delirium, que puede llegar a ahorrar al sistema sanitario un 20% de los costes actuales [4,7,15].

Enfermería juega un papel fundamental en la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz del delirium por la estrecha relación continuada e integral con el paciente y la familia. Es importante tener unos conocimientos y habilidades esenciales para llevar a cabo esta labor creando programas de educación, estableciendo Protocolos y Guías de Práctica Clínica acorde a la realidad y medios económicos disponibles, unificando criterios de intervención sanitaria para reducir la variabilidad y asegurar una correcta actuación terapéutica por todo el equipo multidisciplinario en la práctica clínica [10,11,15]. Proporcionar a las enfermeras herramientas y recursos estandarizados de intervenciones mejora la atención basada en la evidencia para el anciano hospitalizado que experimenta delirio[16].

Objetivos:

- Reducir el riesgo de delirium en el anciano hospitalizado.
- Unificar las pautas de actuación de enfermería ante la prevención del delirium.
- Proporcionar conocimientos al personal de enfermería con la finalidad de detectar, prevenir y diagnosticar el delirium.
- Potenciar el uso de la escala diagnóstica para el delirium *Confusión Assesment Method (CAM)*.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Reducir tiempos de hospitalización.
- Minimizar los costes sanitarios.

Profesionales a los que va dirigido:

Profesionales de enfermería en atención especializada.

Población diana:

Pacientes hospitalizados mayores de 65 años.

Metodología:

Se va a desarrollar un protocolo según la guía de elaboración de protocolos basados en la evidencia de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Las fuentes de información que se han utilizado para la elaboración de este protocolo son las siguientes:

- Revisión sistemática.
- Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium in Older People.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Delirium.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO): Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores.

Tabla 2: Bases de datos y número de artículos revisados

| BASE DE DATOS | PALABRAS CLAVE DE BÚSQUEDA | LIMITACIÓN | Nº DE ARTÍCULOS REVISADOS | Nº DE ARTÍCULOS USADOS |
|---------------|---------------------------------|--|---------------------------|------------------------|
| Pubmed | Delirium prevention and nursing | - Full text - 5 Years - Age + 65 | 95 | 9 |
| Cochrane | Delirium | | 1 | 0 |
| Scielo | Delirium y enfermería | Texto completo Últimos 5 años | 16 | 1 |
| Dialnet | Delirium y prevención | Texto completo | 7 | 0 |

¿Cuáles son las mejores intervenciones en la prevención del delirium en el anciano hospitalizado?

El delirium es potencialmente prevenible en un 30% de los casos y las intervenciones de prevención pueden ser eficaces en los adultos en riesgo. Las intervenciones son proporcionadas por el equipo de salud y se adaptan a las necesidades particulares de cada persona. Se basan en la evaluación de los factores clínicos que pueden contribuir al desarrollo del delirio, incluyendo deterioro cognitivo, deshidratación, desorientación, estreñimiento, hipoxia, infección u otra enfermedad aguda, movilidad limitada o inmovilidad, dolor, efectos de la medicación, mala nutrición, deterior sensorial y alteración de l sueño. (NICE).

Estrategias de diagnóstico:

La vigilancia activa de delirio con una herramienta de fiabilidad y validada como el CAM es una estrategia de cuidados importante (Martínez et al, 2012; Denis et al, 2011; jane et al, 2014).

Se deben unificar los criterios diagnósticos del delirium a través del DSM IV-R para poder valorar y documentar el estado del paciente (Sánchez et al, 2011; Marije et al, 2013).

Las enfermeras son por su cualificación profesional y su cercanía al paciente y familia, las encargadas de valorar, documentar y comunicar el estado del paciente (Carrera Castro, Carmen, 2012). RNAO

Estrategias ambientales y de práctica clínica:

Las Guías de Práctica Clínica: Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium in Older People, 2006 y National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014; establecen mediante sus revisiones sistemáticas basadas en el Hospital Elder Life Program (HELP), las diferentes actividades planteadas en este protocolo.

Además de diferentes estudios que avalan y comprueban dicha evidencia: Un ensayo clínico controlado aleatorizado (Martínez et al, 2012); dos casos

clínicos (Tiare et al, 2014; y Holroyd et al, 2010); una revisión bibliográfica (Denis et al, 2011); y un estudio ecológico (Godfrey et al, 2013).

Estrategias en servicios especiales:

Cabe destacar el alto índice de incidencia de delirium en unidades de cuidados intensivos. Por este motivo (Balas et al, 2013) proponen el ABCDE Bundle, un enfoque multidisciplinar basado en la evidencia para ser aplicado en los pacientes ingresados en UCI e incluso extender su uso más allá de las fronteras de la UCI, en pacientes con cirugía, enfermedad grave, y la sedación y/o anterior ventilación mecánica, con la finalidad de prevenir y tratar el delirio.

Procedimientos:

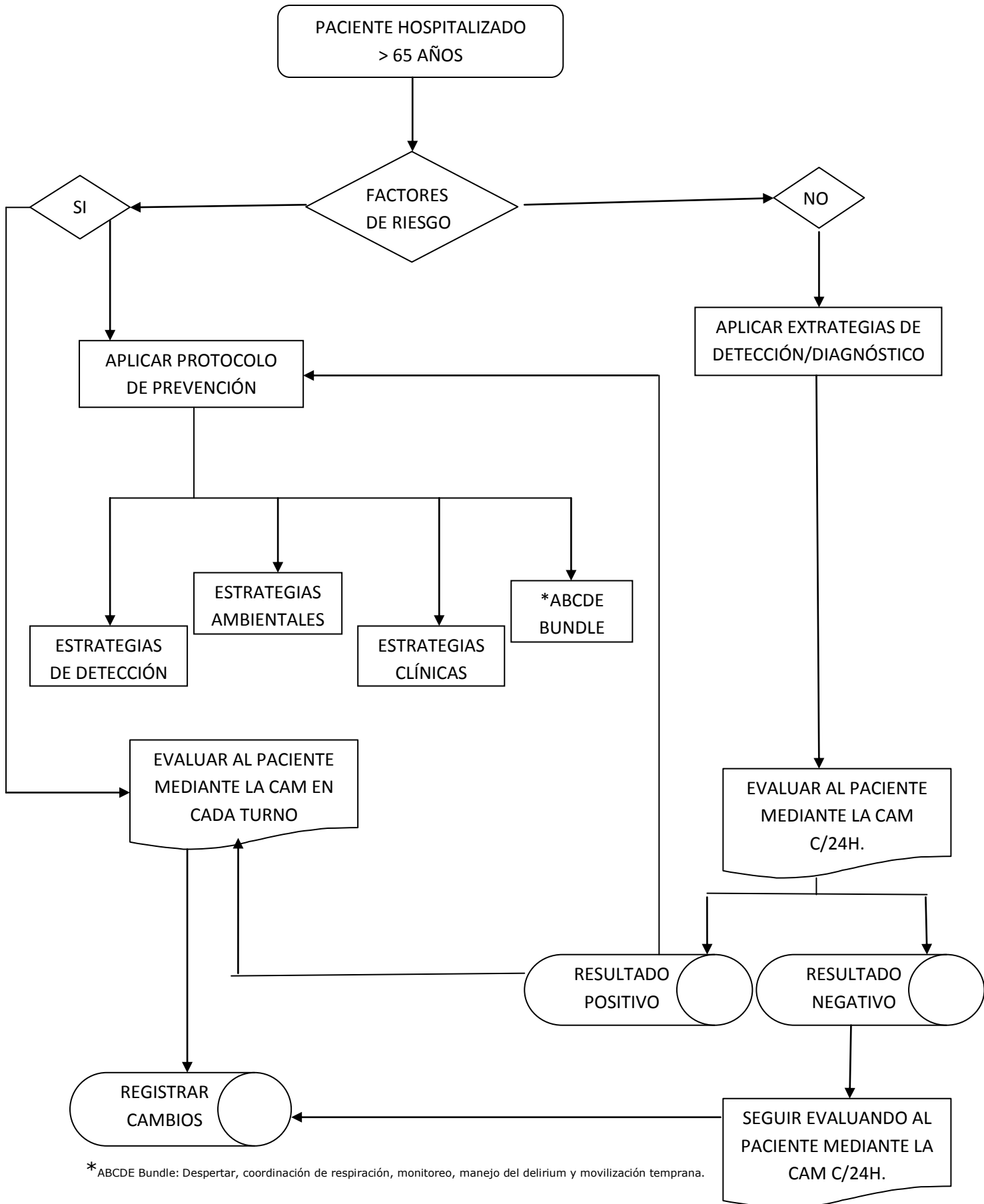
| ACTIVIDADES | NIVEL DE EVIDENCIA | GRADOS DE RECOMENDACIÓN |
|--|--------------------|-------------------------|
| ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN/DIAGNÓSTICO | | |
| Mantener un alto índice de sospecha para la detección temprana, prevención y tratamiento urgente del delirio con una herramienta de diagnóstico con fiabilidad y validada como el Confusion Assesment Method (CAM). | II | A |
| Utilizar criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) IV-R para valorar el delirium, y documentar las observaciones del estado mental del paciente. | IV | |
| Valorar, interpretar, documentar y comunicar el estado fisiológico del paciente de forma continuada. | ✓ | |
| ESTRATEGIAS AMBIENTALES | | |
| Iluminación adecuada según la hora del día-ventanas exteriores con cortinas y persianas subidas por el día- y un mínimo de iluminación por la noche. | IV | |
| Ambiente tranquilo especialmente en los momentos de descanso, estrategias de reducción del ruido. | IV | |
| Colocación de reloj y calendario en las habitaciones de pacientes asistidos, que no pueden salir de ella. | IV | |
| Animar a la familia y/o cuidador a traerle objetos personales y familiares(fotografías, cojines, radio). | IV | |
| Poner al paciente con riesgo en habitación individual; reduce la perturbación causada por el personal que asiste a otros pacientes en la misma habitación. | IV | |

| | | |
|--|-----------|--|
| Evitar cambios de habitación, los cambios frecuentes de espacio, aumentan la desorientación. | IV | |
| ESTRATEGIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA | | |
| Evaluar la hipoxia y optimizar la saturación de oxígeno en caso necesario. Fisioterapia respiratoria. | IV | |
| Reposición de líquidos y electrolitos en caso de desequilibrio, mediante sueroterapia adecuada. | IV | |
| Ayudar/animar a comer y beber para asegurar una ingesta adecuada. | IV | |
| Asegurarnos del correcto posicionamiento de la prótesis dental, asistencia para comer si es necesario. Y uso de suplementos en casos pertinentes. | IV | |
| Regulación de la función intestinal- evitar el estreñimiento. | IV | |
| Eliminación del catéter urinario lo antes posible, valorando la retención urinaria y la incontinencia. | IV | |
| Movilización periódica; movimientos activos y/o pasivos, según las características de cada paciente. | IV | |
| Evitar el uso de restricciones físicas. | IV | |
| Fomentar la vigilia durante el día. | IV | |
| Promover la relajación y el sueño suficiente; puede ser asistido con movilizaciones, masajes, técnicas de relajación, bebidas calientes antes de acostarse. | IV | |
| Fomentar la independencia de las AVD básicas. | IV | |
| Higiene y cuidado de la piel. | IV | |
| Minimizar el uso de catéteres permanentes y los procedimientos | IV | |

| | | |
|---|------------|--|
| invasivos. | | |
| Control de la infección | IV | |
| Administrar la molestia y control del dolor. | IV | |
| Evitar las drogas psicoactivas. | IV | |
| Revisión de la medicación. | IV | |
| Evitar la privación sensorial, prótesis, gafas y audífonos deben estar disponibles según sea necesario. | IV | |
| Uso de intérpretes y soportes de comunicación si son necesarios, en casos de deficiencia visual (luz en el timbre de llamada), o auditiva. | IV | |
| Proporcionar información y orientar. Llamar por el nombre y presentarnos como miembros del equipo. | IV | |
| Estimulación cognitiva tres veces al día mediante conversación y/o juegos de palabras, discusiones de temas de actualidad. | IV | |
| Reorientación del paciente por miembros de la familia y/o cuidador; fecha y hora actual, acontecimientos recientes. Y ampliación del horario de visitas si se considera necesario. | IV | |
| ESTRATEGIAS EN SERVICIOS ESPECIALES-UCI: ABCDE BUNDLE | | |
| A=Despertar. Se trata de suspender cuanto antes los fármacos sedantes y opiáceos y delimitar su uso excesivo, ya que aumentan el riesgo de delirio. Al igual que proporcionar una analgesia adecuada para que el paciente no tenga dolor, mediante otros fármacos de la escala analgésica. | III | |
| B= Respiración. Usar el método de destete protocolizado para la suspensión de la Ventilación Mecánica (VM), cuanto antes sea posible para evitar posibles | III | |

| | | |
|--|------------|--|
| complicaciones/infecciones respiratorias. | | |
| D=Seguimiento y gestión del delirio. Evaluar una evaluación de rutina para valorar el riesgo de delirio. | III | |
| E= Movilidad temprana. Para mitigar los efectos de la debilidad adquirida en la UCI, ya que se facilita la vuelta al estado funcional independiente del paciente y por consiguiente se reduce el riesgo de delirio. | III | |

Algoritmo de actuación:



*ABCDE Bundle: Despertar, coordinación de respiración, monitoreo, manejo del delirium y movilización temprana.

Indicadores de evaluación:

- Indicador de proceso: N° de pacientes a los que se aplica el protocolo.
- Indicador de resultados: N° de pacientes con diagnóstico de delirium intrahospitalario.

Bibliografía:

1. Asociación profesional de enfermeras de Ontario (RNAO). Proyecto de Guías de buenas prácticas en enfermería. Toronto, Ontario M5H 2G4. Página web: www.rnao.org/bestpractise
2. Martinez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G, Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age Ageing* 2012 Sep;41(5):629-634.
3. Quiroz T, Araya E, Fuentes P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2014;52(4):288-297.
4. Tropea J, Slee J, Brand CA, Gray L, Snell T. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Australasian journal on ageing* 2008;27(3):150-156.
5. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007 Apr 21;334(7598):842-846.
6. Godfrey M, Smith J, Green J, Cheater F, Inouye SK, Young JB. Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. *BMC Health Serv Res* 2013 Sep 3;13:341-6963-13-341.
7. Balas M, Buckingham R, Braley T, Saldi S, Vasilevskis EE. Extending the ABCDE bundle to the post-intensive care unit setting. *J Gerontol Nurs* 2013 Aug;39(8):39-51.
8. Holroyd-Leduc JM, Khandwala F, Sink KM. How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? *CMAJ* 2010 Mar 23;182(5):465-470.
9. Young J, Murthy L, Westby M, Akunne A, O'Mahony R, Guideline Development Group. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ* 2010 Jul 28;341:c3704.

5. CONCLUSIONES

Dado el actual envejecimiento de la población, cada vez habrá más ancianos hospitalizados, con el consiguiente aumento de incidencia de delirium, por ello es clave la aplicación de estrategias de prevención.

La implementación de un protocolo de prevención es una actividad factible para enfermería ya que es el colectivo que mayor tiempo pasa con el paciente y la familia.

Diferentes programas como el Hospital Elder Life Program (HELP), o las Guías de Práctica Clínica: NICE del National Institute for Health and Care Excellence; Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium in Older People; Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) con su versión en español, Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores. Ya han demostrado la efectividad y eficacia de su aplicación en diferentes hospitales y centros de personas mayores.

Por estos motivos es conveniente la actualización del tema y la aplicación de medidas de prevención del delirium.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-García M, Morales EA, Molina AB. Protocolo diagnóstico del delirio y del síndrome confusional agudo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 2011;10(76):5174-5177.
2. Strijbos MJ, Steunenberg B, van der Mast RC, Inouye SK, Schuurmans MJ. Design and methods of the Hospital Elder Life Program (HELP), a multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: efficacy and cost-effectiveness in Dutch health care. *BMC Geriatr* 2013 Jul 23;13:78-2318-13-78.
3. Martínez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G, Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age Ageing* 2012 Sep;41(5):629-634.
4. Kennedy M, Enander RA, Tadiri SP, Wolfe RE, Shapiro NI, Marcantonio ER. Delirium risk prediction, healthcare use and mortality of elderly adults in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(3):462-469.
5. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007 Apr 21;334(7598):842-846.
6. Carrera Castro C. Delirium postoperatorio en cirugía general, el fantasma de nuestros abuelos. *Enfermería Global* 2014;13(33):407-423.
7. Tropea J, Slee J, Brand CA, Gray L, Snell T. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Australasian journal on ageing* 2008;27(3):150-156.
8. Holt R, Young J, Heseltine D. Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age Ageing* 2013 Nov;42(6):721-727.
9. Schmitt EM, Marcantonio ER, Alsup DC, Jones RN, Rogers SO, Fong TG, et al. Novel risk markers and long-term outcomes of delirium: the successful aging after elective surgery (SAGES) study design and methods. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012;13(9):818. e1-818. e10.
10. Carrasco M, Accatino-Scagliotti L, Calderón J, Villarroel L, Marín PP, González M. Impacto del delirium en pacientes de edad avanzada hospitalizados: un estudio prospectivo de cohortes. *Revista médica de Chile* 2012;140(7):847-852.
11. Saczynski JS, Kosar CM, Xu G, Puella MR, Schmitt E, Jones RN, et al. A tale of two methods: chart and interview methods for identifying delirium. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(3):518-524.

12. Gomes da Silva Rosa Carla, de Paiva AA, Marques, Silva3 Paulo Alexandre Oliveira. Análisis de registros producidos por el equipo de salud y de la percepción de los enfermeros sobre las señales y síntomas del delirio1. 2011.
13. Observatorio de personas mayores. Estudio longitudinal Envejecer en España: el proyecto ELES. 2011. <http://www.imsersomayores.csic.es>
14. Otero Á, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso Á, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. Rev Esp Salud Pública 2004;78(2):201-213.
15. Carrera Castro C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera: Recomendaciones generales. Enfermería Global 2012;11(27):356-378.
16. Yevchak A, Steis M, Diehl T, Hill N, Kolanowski A, Fick D. Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study. International journal of older people nursing 2012;7(2):152-162.

7. ANEXOS

ANEXO I: Factores de riesgo de acuerdo con el ámbito de la atención de salud.

Hospital: UCI, salas de geriatría y unidades de neurología.

- Pre-existencia de deterioro cognitivo incluida la demencia.
- Enfermedad médica grave.
- Edad \geq 70 años.
- Discapacidad visual.
- Depresión.
- Deterioro auditivo.
- Uso de catéteres.
- Uso de restricciones físicas.
- Adición de tres o más medicamentos durante hospitalización.

Hospital: Quirófano, en particular ortopédico, cardíaco y neurocirugía.

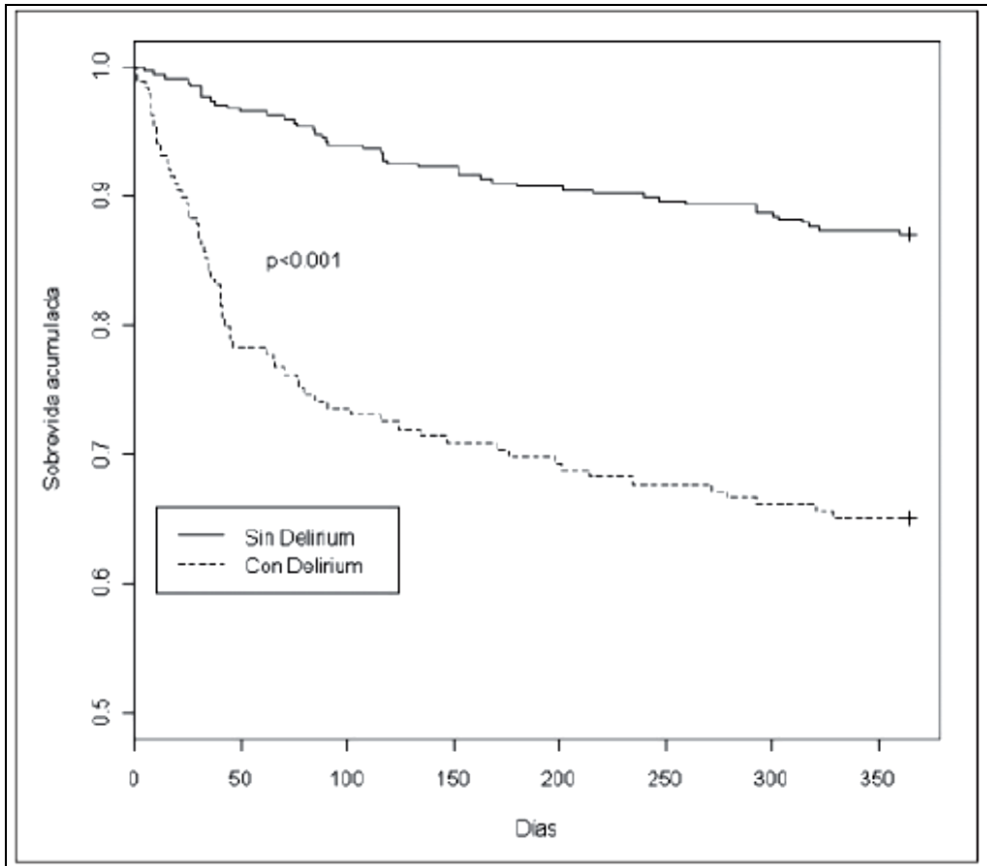
- Pre-existencia de deterioro cognitivo incluida la demencia.
- Enfermedad médica grave.
- Edad \geq 70 años.
- Discapacidad visual
- Depresión.
- Deterioro auditivo.
- Uso de catéteres.
- El uso de física restricciones
- Adición de tres o más medicamentos durante hospitalización.
- La exposición a la petidina.
- Exposición a benzodiazepina.
- Historia del delirio.
- Relación con el alcohol.
- Exposición a analgésicos narcóticos antes de la operación.

Residencias geriátricas y atención comunitaria:

- Pre-existencia de deterioro cognitivo incluida la demencia.
- Enfermedad / infección.
- Edad \geq 70 años.
- Discapacidad visual.
- Depresión.
- Análítica anormal de sodio.
- Uso de catéteres.
- Uso de restricciones físicas.
- Polimedicación.
- Relación con el alcohol.
- Exposición a benzodiazepinas.
- Regreso de hospitalización.
- Discapacidad auditiva.

Tropea J, Slee J, Brand CA, Gray L, Snell T. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. Australasian journal on ageing 2008;27(3):150-156.

ANEXO II: Sobrevividos al año tras padecer delirium



Seguimiento al año

De los 542 pacientes, seis (1,1%) fueron perdidos de seguimiento a los 12 meses, la mortalidad global fue de 20,7% (111 de 536 pacientes). La mortalidad en la cohorte con *delirium* fue 34,9%, versus 13,0% en la cohorte sin *delirium* (RR 2,71 [CI 95% 1,96-3,75]).

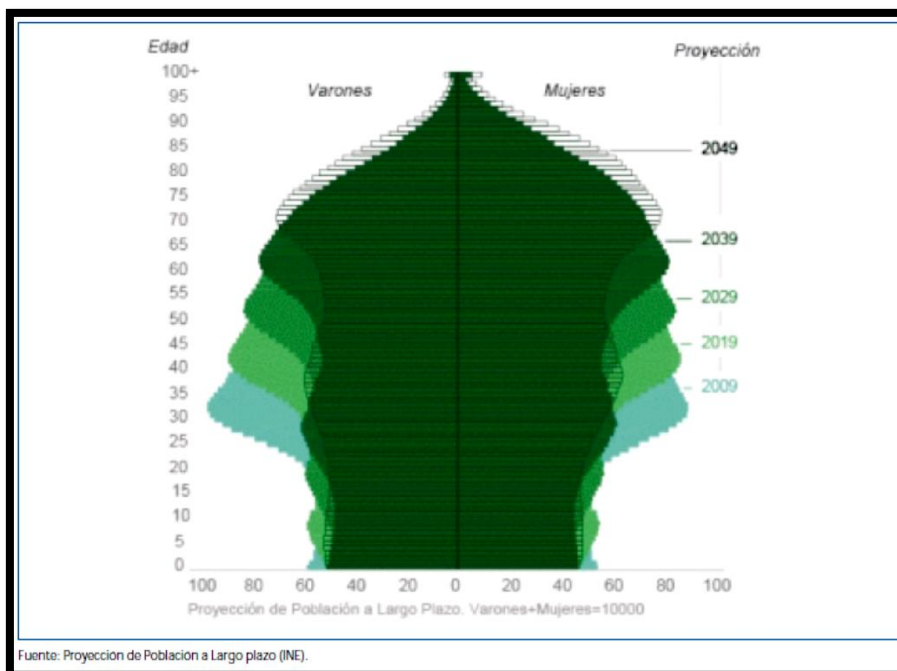
Carrasco M, Accatino-Scagliotti L, Calderón J, Villarroel L, Marín PP, González M. Impacto del delirium en pacientes de edad avanzada hospitalizados: un estudio prospectivo de cohortes. Revista médica de Chile 2012;140(7):847-852.

ANEXO III: Confusion Assessment Method (CAM).

| TABLA 1 <i>Confusion Assessment Method (CAM) para el diagnóstico del delirio*</i> |
|---|
| <p>1. Comienzo agudo y curso fluctuante</p> <p>Información obtenida, normalmente, de los familiares y/o cuidadores del enfermo a través de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente?</p> <p>¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando periodos normales con estados de confusión de severidad variable?</p> |
| <p>2. Desatención</p> <p>¿Tuvo el paciente dificultad para mantener el estado de atención, estando, por ejemplo, distraído o perdiendo en algún momento el hilo de lo que estaba diciendo?</p> |
| <p>3. Pensamiento desorganizado</p> <p>¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes, o mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras o, inexplicablemente, cambió de tema de conversación?</p> |
| <p>4. Alteración de conciencia</p> <p>Observando al paciente, se considera</p> <p>Normal. Estado de alerta.</p> <p>Estados anormales. Vigilante: hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales; somnoliento: fácilmente despertable; estuporoso: difícil de despertar; comatoso: imposible de despertar</p> <p>*El diagnóstico de síndrome confusional agudo (SCA) o delirio requiere la presencia de las características 1 y 2 más la de las características 3 y/o 4.</p> |

Sánchez-García M, Morales EA, Molina AB. Protocolo diagnóstico del delirio y del síndrome confusional agudo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 2011;10(76):5174-5177.

ANEXO IV: Pirámides de población en España.



Observatorio de personas mayores. Estudio longitudinal Envejecer en España: el proyecto ELES. 2011. <http://www.imsersomayores.csic.es>