

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016/ 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**Plan de Cuidados Estandarizado en el anciano con
delirium: Un enfoque preventivo**

Standardized Care Plan in the elderly with delirium: A
preventive approach

Autora: Paula Rodríguez González

Director: Pablo Jorge Samitier

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS	8
3. METODOLOGÍA	9
4. DESARROLLO	11
4.1 Valoración	11
4.2 Diagnóstico, Planificación y ejecución	13
4.3 Evaluación	18
5. CONCLUSIONES.....	19
6. BIBLIOGRAFÍA.....	20
7. ANEXOS.....	23

RESUMEN

Introducción: El delirium constituye una complicación frecuente y perjudicial entre los ancianos, siendo además un síntoma psicogeriátrico de emergencia médica. A pesar de ello, es un síndrome infradiagnosticado e infratratado.

La prevención primaria es la estrategia más efectiva para reducir su incidencia y complicaciones, en torno a un 30-40% de los episodios pueden prevenirse mediante medidas no farmacológicas.

Dado que el delirium es prevenible y su manejo es multidisciplinario y complejo, enfermería juega un papel fundamental en la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz.

Objetivo: Destacar la importancia de la prevención del delirium en el anciano hospitalizado y facilitar su manejo en caso de que éste se presente.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante los meses de Febrero a Mayo del año 2017. Para ello, se han consultado distintas bases de datos científicas, así como libros de la Universidad de Zaragoza y páginas web. Con la información obtenida a través de éstas, el uso de la taxonomía NANDA, NOC, NIC y el modelo conceptual de Marjory Gordon se ha desarrollado el Plan de Cuidados Estandarizado (PCE).

Gracias a los conocimientos adquiridos durante esta búsqueda bibliográfica se ha diseñado también un algoritmo de actuación, cuyo fin es facilitar la prevención del delirium.

Conclusiones: Es necesario aplicar estrategias de prevención del delirium debido a su elevada incidencia y complicaciones en el anciano. La elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado y el diseño de un algoritmo de actuación, son herramientas útiles para el profesional de enfermería tanto en la prevención del delirium, como en el manejo de los problemas derivados de éste síndrome una vez que aparece.

Palabras clave: Delirium, anciano, prevención, enfermería, plan de cuidados.

ABSTRACT

Introduction: Delirium is a frequent and harmful complication among the elderly, being also a psychogeriatric symptom of medical emergency. Despite this, it is an underdiagnosed and under-treated syndrome.

Prevention is the most effective strategy to reduce the incidence and complications, around 30-40% of delirium episodes can be prevented by non-pharmacological measures.

Since delirium is preventable and it's management is multidisciplinary and complicated, nursing plays a fundamental role in the prevention, diagnosis and early treatment.

Objective: To emphasize the importance of the prevention of delirium in hospitalized elderly and facilitate their management if it appears.

Methodology: A bibliographic search has been carried out during the months of February to May of the year 2017. To this end, different scientific databases have been consulted, as well as books from the University of Zaragoza and web pages. With the information obtained through these, the use of NANDA, NIC, NOC taxonomy and the conceptual model of Marjory Gordon has developed the Standardized Care Plan.

Thanks to the knowledge acquired during this bibliographic search an algorithm of action has also been designed, whose purpose is to facilitate the prevention of delirium.

Conclusions: It is necessary to apply strategies of prevention of delirium due to its high incidence and complications in the elderly. The development of a standardized care plan and design an algorithm action, are useful tools for nursing professionals both in preventing delirium, as in handling the problems arising from this syndrome once it appears.

Key words: Delirium, elderly, prevention, nursing, care plan.

1. INTRODUCCIÓN

El delirium, también llamado Síndrome Confusional Agudo (SCA), constituye una complicación frecuente y perjudicial entre los ancianos, siendo además un síntoma psicogeriátrico de emergencia médica¹.

De acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales V (DSM-V), se define como un Trastorno Neurocognitivo (TNC)² que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y la presencia de alteraciones cognoscitivas o perceptivas, de aparición brusca (horas o días) y con carácter fluctuante²⁻⁴. Es frecuente que tenga lugar en periodos vespertinos del día y por la noche, en los que hay menos estímulos de orientación².

Es el segundo síndrome psiquiátrico más prevalente después de los trastornos depresivos en la esfera hospitalaria y su incidencia aumenta con la edad, situándose entre el 6 % y 56% en pacientes mayores de 65 años durante el periodo de hospitalización^{5,6}. Está presente en el 10-30% de los pacientes mayores que llegan a los servicios de urgencias. Aparece en el 15-53% de los mayores durante el periodo postoperatorio, en el 60% de los que residen en centros de recuperación funcional o residencias y hasta en el 70-87% de aquellos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos⁶.

La fisiopatología es poco conocida, entre todas las hipótesis propuestas la más relevante es la de la "Neurotransmisión"; el déficit de la función colinérgica y un exceso de la actividad dopamínérgica, son las alteraciones neuroquímicas más frecuentes involucradas en la patogenia del delirium^{6,7}.

Su etiología es multifactorial, resulta de la interacción de un estado neurobiológico previo vulnerable y uno o múltiples agentes desencadenantes o precipitantes. Habitualmente es la consecuencia de una enfermedad aguda, un efecto farmacológico o alguna complicación^{4,6,8}.

Clínicamente son característicos los trastornos del ciclo sueño-vigilia (sомнolencia diurna e insomnio de noche), se altera la memoria a corto plazo y el pensamiento suele ser incoherente y desorganizado. Son frecuentes las alteraciones de la percepción y en casos más graves puede haber alucinaciones⁵⁻⁸.

En base a la alteración del nivel de conciencia y actividad psicomotriz el delirium se clasifica en hiperactivo, hipoactivo y mixto (Anexo 1)⁷. El hipoactivo es el más frecuente e infradiagnosticado a causa de su presentación clínica ^{1,6}.

Por otra parte, Lipowski describió el Delirium Subsindrómico (DSS), que se caracteriza por la presencia de síntomas de delirium pero sin llegar a completar todos los criterios diagnósticos. La hipoprosexia es una característica constante y esencial del DSS, pero hasta el momento no existen criterios diagnósticos reconocidos oficialmente⁹.

A pesar de su elevada incidencia, cerca de la mitad de los episodios de delirium no llegan a diagnosticarse¹⁰. Los criterios diagnósticos actuales se derivan del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV (DSM-IV) (Anexo 2) y, aunque el diagnóstico es básicamente clínico (basado en anamnesis y exploración), para ayudar a confirmarlos existen una serie de instrumentos⁵. El Confusion Assessment Method (CAM) es el mejor instrumento diagnóstico, con una sensibilidad del 94-100% y una especificidad del 90-95% (Anexo 3)^{6, 10, 11}.

Es importante el diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con un cuadro sindrómico semejante al delirium como la demencia, la depresión o cualquier otra enfermedad neurológica y/o psiquiátrica (Anexo 4)^{3,5}.

Su presencia en el anciano se asocia a una elevada morbilidad y a una mayor mortalidad (entre un 9-34%). Es además un predictor de institucionalización y rehospitalización e implica un incremento de los días de estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios asociados⁴. Su evolución es variable, bien hacia la curación o bien puede provocar la muerte. Si el tratamiento ha sido precoz y eficaz puede constituir un estado transitorio que se resuelve en un intervalo de 3 a 7 días, dependiendo de las características del paciente⁷.

La prevención primaria es la estrategia más efectiva a la hora de abordar en sus inicios al delirium porque una vez que aparece, las medidas de intervención son menos eficientes y eficaces⁵.

En torno a un 30-40% de los episodios pueden prevenirse mediante medidas no farmacológicas (Anexo 5) ^{3,7,11}. Medidas como la orientación en realidad, adecuada hidratación y nutrición, higiene de sueño, movilización precoz, ayudas visuales y auditivas, adecuación física ambiental y limitación de restricciones físicas producen beneficios en la evolución del cuadro ¹¹⁻¹⁵.

Una vez se ha instaurado el delirium, el tratamiento inicial se basa en identificar la causa que lo ha precipitado y actuar sobre ella. En los casos más graves se recurre al tratamiento farmacológico, siendo de elección los antipsicóticos ^{14, 16-18}.

Para el sistema sanitario es un problema importante de salud pública¹, dado su relevante impacto negativo a nivel bio-psico-social en la integridad del paciente y su entorno, unido a las repercusiones económicas socio-sanitarias que genera ¹⁹⁻²¹. Pese a ello, el personal sanitario muchas veces no le concede la debida importancia, quedando éste sin diagnosticar; existiendo la falsa creencia de que esta situación es inherente a las características del paciente y no se puede evitar ¹⁴.

Dado que el delirium es prevenible y su manejo es multidisciplinario y complejo, enfermería juega un papel fundamental en la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz por la estrecha relación continuada e integral con el paciente y la familia. Estudios destacan la importancia de la valoración de enfermería en la detección precoz del delirium ⁵.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Destacar la importancia de la prevención del delirium en el anciano hospitalizado y facilitar su manejo en caso de que éste se presente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar al profesional de enfermería herramientas que faciliten la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz del delirium.
- Identificar a través de la literatura actividades preventivas del delirium intrahospitalario que sirvan como modelo a los profesionales de enfermería.
- Identificar los instrumentos pertinentes que permitan la detección del delirium intrahospitalario, así como los principales problemas que deben abordar los profesionales de enfermería cuando éste aparece.

3. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica durante los meses de Febrero a Mayo del año 2017, en las bases de datos Pubmed, SciELO, Science Direct y Dialnet donde se han utilizado distintas palabras clave junto con el operador booleano “AND”.

La búsqueda bibliográfica se ha restringido a artículos científicos en español e inglés, con un límite de 10 años de antigüedad de los documentos, priorizando los que permitían el acceso a texto completo. De los artículos revisados, se han utilizado aquellos que más relación tenían con los objetivos del trabajo, tal y como queda reflejado en la tabla 1.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE/MESH	ARTÍCULOS OBTENIDOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Pubmed	“Delirium” AND “prevention” AND “older”	286	9	3
SciElo	“Delirium” AND “enfermería”	14	8	6
Science Direct	“Delirium” AND “anciano hospitalizado”	110	7	5
Dialnet	“Delirium” AND “ancianos”	35	6	4

Tabla 1

Por otra parte, se ha recopilado información de libros disponibles en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza (tabla 2) y se ha consultado la página web Junta de Andalucía.

LIBROS CONSULTADOS
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) ²
Tratado de Geriatría para Residentes ³
NANDA ²² / NOC ²³ / NIC ²⁴
Síndrome Confusional Agudo. Atención diagnóstica y terapéutica ¹⁴

Tabla 2

Se ha realizado un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) dirigido a profesionales de enfermería que trabajan en hospitales, proponiendo el modelo de los once patrones funcionales de Marjory Gordon como marco conceptual para la valoración del anciano y utilizando un lenguaje estandarizado mediante el uso de la taxonomía NANDA²², así como la clasificación de resultados de enfermería NOC²³ y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC²⁴.

Para completar la valoración se han utilizado las siguientes escalas validadas (Anexo 6): Escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage, escala de Norton, Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo²⁵ y como escala de detección del delirium, el CAM⁶.

Los problemas más comunes en el anciano con delirium se han identificado a través de la literatura revisada al tratarse de un PCE.

Dado que no se ha puesto en práctica el plan de cuidados, no se han podido llevar a cabo las etapas de ejecución ni evaluación. Por ello, en la etapa de planificación se proponen intervenciones y actividades que procedería aplicar al cuidado de estos pacientes de forma generalizada y se plantea la utilización de la taxonomía NOC para establecer objetivos que permitan la posterior evaluación de las intervenciones sugeridas.

El objeto de este PCE es resaltar la importancia de la prevención precoz del delirium en el anciano hospitalizado, reseñando sus nefastas complicaciones en forma de Diagnósticos Enfermeros, así como proporcionar a enfermería unas directrices de actuación frente a ancianos que padecen este gran síndrome geriátrico, debido a la dificultad que supone para los profesionales el abordaje de estas necesidades.

Como herramienta complementaria al plan de cuidados, se ha diseñado un algoritmo de actuación (Anexo 7) a través de los conocimientos adquiridos durante la búsqueda bibliográfica, que procedería aplicar en aquellos ancianos en los que el delirium aún no se ha instaurado y cuyo fin es facilitar al profesional de enfermería la prevención del mismo.

4. DESARROLLO

El Plan de Cuidados Estandarizado comprende las siguientes etapas del proceso enfermero:

4.1 VALORACIÓN

Se propone para la valoración el modelo de los once patrones funcionales de Marjory Gordon.

A través de este modelo se puede obtener la información necesaria de carácter físico, psíquico, social y del entorno más relevante del anciano de una manera ordenada, facilitando su análisis y cumpliendo todos los requisitos para una correcta Valoración Integral Geriátrica (VIG).

Para recabar la información necesaria para su realización se debe llevar a cabo un proceso sistematizado que comprende la exploración física general y neurológica del paciente, la entrevista por parte de los profesionales de enfermería de forma metódica y organizada tanto con el anciano como con la familia y la realización de exámenes complementarios.

Aunque pueden verse afectados distintos patrones y debe adaptarse el PCE a cada paciente, los principales patrones alterados se muestran en la tabla 3.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS	CAUSA
Patrón 1: Percepción-manejo de la salud	<ul style="list-style-type: none">- Deterioro cognitivo
	<ul style="list-style-type: none">- Estado emocional
	<ul style="list-style-type: none">- Fármacos (hipnóticos, tranquilizantes)
Patrón 4: Actividad-Ejercicio	<ul style="list-style-type: none">- Encamamiento
	<ul style="list-style-type: none">- Elementos que favorecen la inmovilidad (sondas, catéteres, sujetaciones)
	<ul style="list-style-type: none">- Deterioro cognitivo
Patrón 5: Sueño-descanso	<ul style="list-style-type: none">- Trastornos del ciclo sueño-vigilia (somnolencia diurna e insomnio de noche)
Patrón 6: Cognitivo-Perceptual	<ul style="list-style-type: none">- Deterioro de la memoria
	<ul style="list-style-type: none">- Desorientación
	<ul style="list-style-type: none">- Alteración del lenguaje
	<ul style="list-style-type: none">- Pensamiento desorganizado y alteraciones perceptivas

Tabla 3

También es frecuente una alteración en los patrones **Nutricional-Metabólico** y **Eliminación** debido a la reducción de la conciencia y confusión mental.

Para completar la VIG, es fundamental el uso de herramientas estandarizadas para mejorar la documentación de los comportamientos, el estado de la cognición y los cambios en la capacidad funcional del paciente. Se han utilizado las siguientes escalas de valoración:

- **Índice de Barthel** para valorar la autonomía del anciano en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
El delirium puede afectar la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.
- **Escala de Norton** para medir el riesgo de Ulceras Por Presión (UPP).
Constituyen una complicación frecuente debido al encamamiento prolongado y al deterioro cognitivo.
- **Escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage** y **Mini Examen Cognoscitivo (MEC)** para el estudio de la esfera cognitiva y afectiva. El delirio, la demencia y la depresión presentan cierta superposición de las características clínicas y pueden coexistir en personas mayores. La depresión por su sintomatología simula un delirium hipoactivo, dificultando la detección del SCA. Además muchos antidepresivos tienen efecto anticolinérgico que pueden agravar el delirium.
- **Escala CAM** para la detección del delirium. Es el mejor instrumento diagnóstico y el más utilizado, es sencilla y eficaz; además puede ser usada por el profesional de enfermería.

4.2 DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN:

A continuación se presentan los Diagnósticos de Enfermería más comunes en el anciano con delirium, adquiridos de la taxonomía NANDA, cada uno relacionado con los resultados esperados NOC y las intervenciones NIC, junto con las actividades correspondientes. Sobre ellos se planificará y ejecutará la actuación de enfermería, individualizándolos en cada paciente según sus necesidades.

(00096) DEPRIVACIÓN DE SUEÑO r/c asincronía circadiana mantenida m/p confusión aguda, agitación, somnolencia diurna, alucinaciones.

Definición: Períodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).

- **Resultados NOC**

(0004) Sueño

Indicadores de resultados:

- (000401) Horas de sueño
- (000403) Patrón del sueño

- **Intervenciones NIC**

(1850) Mejorar el sueño

Actividades:

- Observar/Registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia según corresponda.

(00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c deterioro cognitivo m/p dificultad para girarse, limitación de la amplitud de movimientos, inestabilidad postural, enlentecimiento del movimiento.

Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.

- **Resultados NOC**

(0208) Movilidad

Indicadores:

- (020809) Coordinación
- (020802) Mantenimiento de la posición corporal
- (020806) Ambulación
- (020814) Se mueve con facilidad

- **Intervenciones NIC**

(0740) Cuidados del paciente encamado

Actividades:

- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Cambiar de posición al paciente según lo indique el estado de la piel.
- Monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama.

(0221) Terapia de ejercicios: ambulación

Actividades:

- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Ayudar al paciente en el traslado cuando sea necesario.
- Aplicar/Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, muletas, o silla de ruedas), para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
- Animar al paciente a que esté levantado según le apetezca, si es apropiado.

(00128) CONFUSIÓN AGUDA r/c delirio m/p fluctuación en el conocimiento, fluctuación del nivel de conciencia, fluctuación en la actividad psicomotora, alucinaciones, agitación creciente.

Definición: Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

- **Resultados NOC**

(0916) Nivel de delirio

Indicadores:

- (091601) Desorientación temporal
- (091602) Desorientación espacial
- (091609) Dificultad para mantener la atención
- (091613) Alteración del nivel de conciencia
- (091620) Alucinaciones
- (091616) Agitación

- **Intervenciones NIC**

(6440) Manejo del delirio

Actividades:

- Identificar y documentar el subtipo motor del delirio.
- Monitorizar el estado neurológico de forma continua.
- Fomentar las visitas de allegados según corresponda.
- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, excreción, hidratación e higiene personal.

(6510) Manejo de las alucinaciones

Actividades:

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.
- Asignar los mismos cuidadores diariamente.
- Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones.

(4820) Orientación de la realidad

Actividades:

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados.
- Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la estimulación sensorial (gafas, audioprótesis y dentaduras postizas).
- Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación de color del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada.

(00131) DETERIORO DE LA MEMORIA r/c trastornos neurológicos m/p incapacidad para recordar acontecimientos, incapacidad para aprender nueva información, incapacidad para retener nueva información.

Definición: Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

- **Resultados NOC**

(0908) Memoria

Indicadores:

- (090801) Recuerda información inmediata de forma precisa
- (090803) Recuerda información reciente de forma precisa

- **Intervenciones NIC**

(4760) Entrenamiento de la memoria

Actividades:

- Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.
- Proporcionar oportunidades para la concentración, como el juego de emparejar cartas.
- Controlar cambios de la memoria con el entrenamiento.

(00155) RIESGO DE CAÍDAS r/c disminución del estado mental, insomnio, dificultades auditivas, deterioro de la movilidad física.

Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

- **Resultados NOC:**

(1912) Caídas

Indicadores:

- (191202) Caídas caminando
- (191204) Caídas de la cama

- **Intervenciones NIC:**

(6490) Prevención de caídas

Actividades:

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.

(00138) RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS r/c deterioro cognitivo.

Definición: Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.

- **Resultados NOC**

(1401) Autocontrol de la agresión

Indicadores:

- (140109) Controla los impulsos
- (140103) Se abstiene de golpear a los demás

- **Intervenciones NIC:**

(4640) Ayuda para el control del enfado

Actividades:

- Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente.
- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que de seguridad.
- Controlar el potencial de agresión inadecuada del paciente e intervenir antes de que se manifieste.
- Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar los objetos potencialmente hirientes).

4.3 EVALUACIÓN

La evaluación debe ser diaria y se llevará a cabo tras haber realizado las actividades correspondientes a los diagnósticos encontrados, a través de los indicadores de resultados NOC planteados en la planificación. Además, se pueden utilizar los instrumentos propuestos en la fase de valoración como elementos que identifiquen cambios positivos o negativos en la evolución de los ancianos a los que se les aplique este plan.

5. CONCLUSIONES

El delirium tiene una alta incidencia en los ancianos hospitalizados, con graves repercusiones en morbilidad, mortalidad y costes socio-económicos, lo que hace que sea clave la aplicación de estrategias de prevención. La prevención primaria constituye la mejor medida a la hora de abordar en sus inicios al delirium, ya que una vez que aparece las medidas de intervención son menos eficientes y eficaces.

El delirium es un síndrome geriátrico infradiagnosticado, infratratado y un gran desconocido para muchos profesionales de enfermería. La elaboración de un PCE y el diseño de un algoritmo de actuación, son herramientas útiles para estos profesionales, tanto en la prevención del delirium como en el manejo de los problemas derivados de éste síndrome una vez que aparece.

La evidencia disponible solo asegura la eficacia de la prevención del delirium mediante medidas no farmacológicas. Medidas como la orientación en realidad, adecuada hidratación y nutrición, higiene de sueño, movilización precoz, ayudas visuales y auditivas, adecuación física ambiental y limitación de restricciones físicas producen beneficios en la evolución del cuadro.

Tanto el delirium como los problemas que se derivan del mismo se pueden detectar en el contexto de una correcta Valoración Integral Geriátrica y con el apoyo de los instrumentos que se proponen en el apartado de valoración de este plan. La escala CAM, constituye el mejor instrumento diagnóstico y además puede ser utilizada por el profesional de enfermería.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Carrera Castro C. Delirium postoperatorio en cirugía general, el fantasma de nuestros abuelos. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 [citado 23 Feb 2017]; 13(33):407-423. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100021&lang=pt
2. Jeste DV, Blazer DG, Petersen RC, Ganguli M, Blacker D, Faison W, et al. Trastornos neurocognitivos. En: *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5^a ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 591-643.
3. Antón Jiménez M, Giner Santeodoro A, Villalba Lancho E. Delírium o Síndrome Confusional Agudo. En: *Tratado de geriatría para residentes*. España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); 2007. p. 189-98.
4. Perello Campaner C. Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2010 [citado 27 Feb 2017]; 45(5):285-90. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-del-riesgo-delirium-pacientes-S0211139X10000879>
5. Carrera Castro C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera: Recomendaciones generales. *Enferm Glob* [Internet]. 2012 [citado 10 Mar 2017]; 11(3):356-78. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300020&lang=pt
6. Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado JM. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009; 1(4):209-221.
7. Alonso Gánuza Z, González-Torres M A, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2012 [citado 10 Mar 2017]; 32(114):247-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-5735201200020003&lang=pt

8. Martínez Velilla N, Petidier-Torregrosa R, Casas-Herrero A. Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2012; 138(2):78-84.
9. Domínguez Beloso FJ, Soto Loza A. Delírium (I): Aspectos histórico-conceptuales, nosología, epidemiología, etiopatogenia y clínica. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2012 [citado 16 Mar 2017]; 16(1):1-27. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/50/04/29/50042945211016133213227965700707176296>
10. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009; 5:210-20.
11. Restrepo Bernal D, Niño García A, Ortiz Estévez D. Prevención del delirium. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 [citado 23 Mar 2017]; 45(1):37-45. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-prevencion-del-delirium-S0034745015001092>
12. López González M. Cuadro confusional agudo o delirium. *Enferm Integral*. 2010; 91: 37-40.
13. MacLullich AMJ, Beaglehole A, Hall RA, Meagher DJ. Delirium and long-term cognitive impairment. *International Review of Psychiatry*. 2009; 21(1):30-42.
14. Ostabal Artigas MI. Síndrome Confusional Agudo. Atención diagnóstica y terapéutica. Jaén: Formación Alcalá; 2015.
15. Quiroz T, Araya E, Fuentes P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. *Rev Chil Neuro-psiquiatr*. 2014; 52(4):288-97.
16. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014; 383: 911-22.
17. Duaso E, Formiga F, Rodríguez D. Tratamiento farmacológico del delirium. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43: 33-7.
18. Kalish VB, Gillham JE, Unwin BK. Delirium in older persons: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2014; 90(3):150-8.

19. González M, Carrasco M. Delirium: marcador de estado del paciente geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43(3):38-41.
20. 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. *Rev Med Chile*.2012; 140(7):847-52.
21. Tobar E, Abedrapo M, Godoy J, Romero P. Delirium postoperatorio. Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. *Rev Chil Cir*.2012; 64(3):297-305.
22. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
23. Johnson M, Maas, M, Moorhead S, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5^a Ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2013.
24. Bulechek GM, Butcher H, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones (NIC). 6^a ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2013.
25. Juntadeandalucia.es [Internet].España: Servicio Andaluz de Salud; [actualizado 19 Jun 2015; citado 5 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/default.asp>

7. ANEXOS

Anexo 1: Características de los subtipos de delirium⁷.

	Hiperactivo	Hipoactivo
Tipo	Hiperalerta, agitado	Hipoalerta, letargia
Síntomas	Alucinaciones, delirios, agitación psicomotriz.	Somnoliento, decaído, bradipsíquico
Causas	Síndromes de abstinencia, uso de esteroides	Encefalopatías metabólicas, intoxicación por benzodiacepinas, deshidratación
Fisiopatología	Metabolismo cerebral elevado o normal. EEG normal o rápido. Disminución de la actividad gabaérgica.	Disminución del metabolismo cerebral. ECG: enlentecimiento difuso. Sobreestimulación de sistemas ácido gamma-aminobutírico (GABA)

Fuente⁷: Alonso Gauza Z, González-Torres M A, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2012 [citado 10 Mar 2017]; 32 (114): 247-259. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003&lang=pt

Anexo 2: Criterios diagnósticos del delirium ⁵.

<p>A. Alteración de la conciencia (p. ej. Disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.</p> <p>B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.</p> <p>C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.</p> <p>D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, debido a consumo de medicamentos o a intoxicación por alguna sustancia; síndrome de abstinencia; etiologías múltiples; no especificado.</p>	<p>A +B y/ó C y/ó D =</p> <p>Delirium</p>
--	---

Fuente⁵: Carrera Castro C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera: Recomendaciones generales. Enferm Glob [Internet].2012 [citado 10 Mar 2017]; 11(3):356-378. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300020&lang=pt

Anexo 3: Confusion Assessment Method (CAM)⁶.

El diagnóstico de delirium por el CAM requiere la presencia de la 1 y la 2 más alguna de las otras dos (3 y/o 4)

1. Inicio agudo y curso fluctuante

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

¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?

¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?

2. Inatención

Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:

¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué está hablando)

3. Desorganización del pensamiento

Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:

¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

4. Alteración del nivel de conciencia

Viene indicado por responder de forma afirmativa a otra posibilidad diferente a un estado de "alerta normal" en la siguiente cuestión:

¿Qué nivel de conciencia presenta el paciente?

1. Alerta (normal)
2. Vigilante (hiperalerta)
3. Letárgico (inhibido, somnoliento)
4. Estuporoso (difícil despertarlo)
5. Comatoso (no se despierta)

Fuente⁶: Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado JM. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. Psicogeriatría. 2009; 1(4):209-221.

Anexo 4: Diagnóstico diferencial entre delirium demencia y psicosis³.

	DELIRIUM	DEMENCIA	PSICOSIS
Comienzo	Súbito	Gradual	Súbito
Curso	Fluctuante con exacerbaciones nocturnas	Progresivo	Estable
Conciencia	Disminuida	Normal	Normal
Atención	Afectada globalmente	Normal, salvo en crisis severas	Normal
Cognición	Alterado globalmente	Alterado globalmente	Normal
Percepción	Alucinaciones sobre todo visuales	Alucinaciones raras	Alucinaciones sobre todo auditivas
Delirios	Poco sistematizados y fluctuantes	Ausentes	Sistematizados
Orientación	Disminuida	Disminución gradual	Buena
Actividad psicomotriz	Retardada agitada o mixta	Normal	Normal

Fuente³: Antón Jiménez M, Giner Santeodoro A, Villalba Lancho E. Delírium o Síndrome Confusional Agudo. En: Tratado de geriatría para residentes. España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); 2007. p. 189-98.

Anexo 5: Intervenciones no farmacológicas para la prevención del delirium¹¹.

Tipo	Intervención
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ambiente seguro, evitar caídas - Evitar traslado del paciente a otras áreas de hospitalización - Proveer espacios iluminados naturalmente en el día y oscuros en la noche - Ambiente tranquilo, sin ruidos - Uso de calendarios y relojes de fácil lectura y comprensión - Evitar uso de restricción mecánica - No interrumpir sueño nocturno con procedimientos de enfermería
Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar medicamentos diariamente, retirar los que no sean necesarios - Sustituir, disminuir o suspender medicamentos anticolinérgicos - Retiro precoz de sondas y catéteres - Estimular deambulación o, en su defecto, preferir sentado en vez de acostado - Estimular ingesta de líquidos - Evitar y tratar constipación - Evaluar por hipoxia y optimizar saturación de oxígeno - Controlar el dolor - Buscar y tratar infecciones precozmente - Considerar manejo farmacológico para insomnio si las medidas ambientales no lo controlan
Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar frecuentemente: fecha, lugar, diagnóstico - Explicar de manera sencilla todo lo que se haga - Estimular cognitivamente: juegos de mesa, manualidades, rompecabezas, crucigramas, sopa de letras - Estimular y permitir acompañamiento por familia y amigos

Fuente¹¹: Restrepo Bernal D, Niño García A, Ortiz Estévez D. Prevención del delirium. Rev Colomb Psiquiatr [Internet].2016 [citado 23 Mar 2017]; 45(1):37-45. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-prevencion-del-delirium-S0034745015001092>

Anexo 6: Escalas de Valoración.

Índice de Barthel²⁵.

Descripción:

Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

Características de recogida: Puede realizarse autoadministrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.

Tiempo estimado de administración: 5 minutos.

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa -

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Valoración:

La valoración se realiza según la puntuación de una escala de **0 a 100** (dependencia absoluta e independencia, respectivamente) siendo 90 la puntuación máxima si va en silla de ruedas.

Escala de Riesgo de UPP-Norton²⁵.

ESCALA DE RIESGO DE UPP – NORTON-

Población diana: Población general hospitalizada y que vive en la comunidad. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** de 5 ítems (estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia) cuya puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala 1-20. Un total de 14 puntos o más bajo nos indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas (Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor).

Escala de Norton. Modificada por el grupo de trabajo del Insalud de Madrid

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

FECHA				
PUNTUACIÓN				

Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage²⁵.

Descripción:

- Concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano (detección) y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.
- Existen 2 versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems. La versión de 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo y rapidez (5-8 minutos).

Valoración:

En la versión breve se considera un resultado normal los valores de **0 a 5** puntos. Valores entre **6 y 9** son sugestivos de probable depresión y valores de **10 o más** de depresión establecida. Las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		

Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)²⁵.

Descripción:

El Mini Examen Cognoscitivo (MEC) es una traducción validada al español por Lobo et al del Minimental Test de Folstein (MMT). Se utiliza como herramienta de cribado del deterioro cognitivo y como ayuda al diagnóstico de demencias. Debe de realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.

Tiempo estimado de administración: 10 minutos.

Técnica de aplicación:

Instrucciones generales: Comenzar con una frase introductoria tal como "Si no le importa, querría preguntarle por su memoria. ¿Tiene algún problema con su memoria? .Nunca hacer juicios de valor sobre las preguntas tales como "le voy a hacer unas preguntas muy sencillas". No corregir nunca al sujeto.

ORIENTACIÓN TEMPORAL (Cada respuesta vale 1 punto)	
¿Sabe en qué año estamos? ¿En qué época del año? ¿En qué mes estamos? ¿Qué día de la semana es hoy? ¿Qué día del mes es hoy?	5
ORIENTACIÓN ESPACIAL. (Pueden sustituirse los lugares originales por los alternativos)	
¿Me puede decir en qué país estamos? ¿Sabe en qué provincia estamos? (o comunidad autónoma) ¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos? ¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital/Clinica/casa: nombre de la calle) ¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)	5
MEMORIA DE FIJACIÓN	
Repita estas tres palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA (Acuérdate de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato) (Repetirlas hasta cinco veces). Un punto por palabras.	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? 27 , 24, 21, 18, 15	5
MEMORIA DIFERIDA	
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? Peseta-Caballo-Manzana	3
NOMINACIÓN	
¿Qué es esto? (mostrar un bolígrafo) ¿Qué es esto? (mostrar un reloj)	2
REPETICIÓN	
Le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? "En un trigal había cinco perros"	1
COMPRENSIÓN	
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), doblelo por la mitad (pausa) y pongalo en la mesa (o en el suelo). Cogerlo con la mano derecha, doblarlo por la mitad, ponerlo en el suelo	3
LECTURA	
Por favor, Lea esto y haga lo que dice ahí: (CIERRE LOS OJOS)	1
ESCRITURA	
Por favor escriba una frase,... algo que tenga sentido	1
DIBUJO	
Por favor, copie este dibujo:	1
	

Estratificación para mayores de 65 años:

Puntuación	Grado de deterioro
Probablemente sin deterioro	≥24 (Máxima 35)
Probablemente con deterioro	≤23
moderada	18-23
grave	≤18

Fuente²⁵: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet]

Confusion Assessment Method (CAM)⁶.

El diagnóstico de delirium por el CAM requiere la presencia de la 1 y la 2 más alguna de las otras dos (3 y/o 4)

5. Inicio agudo y curso fluctuante

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

¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?

¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?

6. Inatención

Viene indicado por responder de forma afirmativa a las siguiente cuestión:

¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué está hablando)

7. Desorganización del pensamiento

Viene indicado por responder de forma afirmativa a las siguiente cuestión:

¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

8. Alteración del nivel de conciencia

Viene indicado por responder de forma afirmativa a otra posibilidad diferente a un estado de "alerta normal" en la siguiente cuestión:

¿Qué nivel de conciencia presenta el paciente?

6. Alerta (normal)
7. Vigilante (hiperalerta)
8. Letárgico (inhibido, somnoliento)
9. Estuporoso (difícil despertarlo)
10. Comatoso (no se despierta)

Fuente⁶: Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado JM. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. Psicogeriatría. 2009; 1(4):209-221.

Anexo 7: Algoritmo de actuación.

