

TRABAJO FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DIRIGIDA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA EL PROCESO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN FRENTE AL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

Curso 2015-2016

Convocatoria junio 2016

**Autor: Amaia Goicoa Fernandez
Director: Julio Oteiza Olaso**

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Guía de práctica clínica dirigida a profesionales de enfermería para el proceso de prevención y atención frente al síndrome confusional agudo en pacientes ancianos hospitalizados.

DIRECTOR ACADÉMICO

D. Julio Oteiza Olaso.

Médico especialista en medicina interna.

Médico Adjunto del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra.

TITULACIÓN

Grado en Enfermería.

DEPARTAMENTO

Departamento de Ciencias de la Salud.

FACULTAD

Facultad de Ciencias de la Salud.

UNIVERSIDAD

Universidad Pública de Navarra.

CURSO ACADÉMICO

2015-2016.

CONVOCATORIA DE DEFENSA

Miércoles, 15 de junio de 2016.

RESUMEN

El proceso de envejecimiento demográfico, consecuencia de una reestructuración de la pirámide poblacional, ha derivado en un aumento del número de ingresos hospitalarios relacionados con personas de avanzada edad. Así, en este tipo de pacientes el síndrome confusional agudo cobra especial relevancia debido a su alta incidencia y a la magnitud de las consecuencias negativas que desencadena. Es por ello por lo que los profesionales de la salud deben interiorizar tanto conocimientos como habilidades para fomentar un buen manejo preventivo del síndrome, detección precoz y un adecuado procedimiento terapéutico. Para ello, en el siguiente proyecto queda desarrollada una fundamentación teórica basada en una revisión bibliográfica previamente realizada y una valoración de los conocimientos y protocolos de actuación de los profesionales de enfermería de la Segunda General del Complejo Hospitalario de Navarra, para la posterior realización de una guía de práctica clínica que sirva como orientación y apoyo en el ejercicio laboral rutinario de los profesionales de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Delirium, síndrome confusional agudo, prevención, enfermería, guía.

ABSTRACT

The population ageing process, which is a consequence of the downsizing population pyramid, has caused an increase in the number of advanced age people who are being hospitalised. Among this kind of patient, the acute confusional state is of great importance due to the large amount of cases and to the huge negative impacts that it triggers. It is therefore important for health professionals to have both skills and knowledge on this syndrome to enable early detection and provide suitable therapeutic care.

The following project shows a theoretical basis drawn from a literature review and an evaluation of one of the Complejo Hospitalario de Navarra's nurse's team knowledge and action protocols to manage this syndrome. Therefore, a clinical practice guideline has been created to serve as guidance and support for the nurses in their ordinary working routine.

KEY WORDS: Delirium, acute confusional state, prevention, nursing, guide.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
Principal	2
Secundarios.....	2
METODOLOGÍA.....	3
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	3
ENCUESTA PARA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO .	4
CUESTIONARIO SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO	4
PLANIFICACIÓN	6
CRONOGRAMA TRABAJO FIN DE GRADO.	6
RESULTADO.....	8
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.....	8
DEFINICIÓN.....	8
PROCESO FISIOPATOLÓGICO.....	9
CAUSAS PREDISPONENTES Y PRECIPITANTES	10
MANIFESTACIONES Y CURSO CLÍNICO	12
COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO	14
DIAGNÓSTICO.....	15
DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN	18
TRATAMIENTO.....	22
RESULTADO DE LA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A PACIENTES CON SCA	25
DISCUSIÓN	29
GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO	31
CONCLUSIÓN	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS.....	40

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la sociedad mundial ha experimentado una revolución demográfica, debido al aumento de esperanza de vida y disminución de la tasa de natalidad, lo cual ha provocado una reestructuración de la pirámide poblacional, donde la población anciana ha ido cobrando cada vez mayor peso⁷.

De esta manera, queda evidenciado un envejecimiento de la población, siendo cada vez mayor el número de personas que alcanzan edades por encima de los 60 años, relacionado con un aumento de la esperanza de vida. Y es que la esperanza de vida de la población española se encuentra entre las más altas de la Unión Europea, alcanzando los 85.6 años en mujeres y 80.1 años en hombres.

Así, según los datos recogidos en el Instituto Nacional de Estadística actualizados en 2015, el 18.4 % del total de población española corresponde a personas mayores de 65 años, a la vez que continúa aumentando el crecimiento del patrón de personas mayores de 80 años, alcanzando un 5.8% de la población estatal. Por otro lado, la Comunidad Foral de Navarra supera el porcentaje estatal de personas mayores a 65 años, situándose por encima de la media española, con un 18.9% de la población total.

De esta manera, con el transcurso de los años se prevé un incremento de estos valores, pues según la proyección del INE, en 2061 la población mayor de 65 años alcanzaría un 38.7% de la población total, mientras que la población anciana mayor a 80 años llegaría al 21.1%²⁴.

Así, la situación demográfica de la sociedad actual, caracterizada por un aumento evidente de la población anciana, ha derivado en un incremento del número de ingresos en centros hospitalarios de pacientes mayores a 65 años, alcanzando en el año 2013 el 42.5% de los ingresos totales²⁵.

Con todo esto, teniendo en cuenta la trascendencia de este grupo poblacional en el ámbito hospitalario, la siguiente propuesta de trabajo se centra en el síndrome confusional agudo, también conocido como delirium, al ser considerado el segundo síndrome psiquiátrico más frecuente dentro del ámbito hospitalario. Y es que su incidencia se ve incrementada de manera considerable en la vejez, ya que se trata de un problema geriátrico que afecta al 20-50% de los ancianos hospitalizados por enfermedad aguda²⁴.

Así, se trata de un síndrome que evidencia una urgencia médica, debido a que empeora el pronóstico del paciente, elevando el riesgo de demencia y/o mortalidad. Además, se asocia con un claro aumento de la estancia y coste hospitalario y posterior necesidad de institucionalización debido al alto nivel de consecuencias negativas que repercuten en la evolución, pronóstico y abordaje del paciente²⁵.

Por ello, es esencial que los profesionales sanitarios implicados en el cuidado de estos pacientes tengan actitudes y habilidades para promover un buen manejo del síndrome, basado en una prevención y detección precoz.

Al tratarse de un síndrome infradiagnosticado y de alta prevalencia, queda reflejado el rango de mejora y necesidad de actuación sobre el síndrome, por lo que mi propuesta de trabajo se basa en la elaboración de una guía de actuación dirigida a profesionales de enfermería, basada en la prevención y detección precoz del síndrome.

OBJETIVOS

Principal

- ❖ Diseñar una guía de práctica clínica sobre el síndrome confusional agudo dirigida a profesionales de enfermería.

Secundarios

- ❖ Realizar una revisión bibliográfica actual y crítica sobre el síndrome confusional agudo
- ❖ Realizar un estudio sobre conocimientos y protocolos de actuación en relación al síndrome confusional a través de un cuestionario dirigido a profesionales de enfermería de la Segunda General del Hospital Virgen del Camino de Pamplona, Navarra.

METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La metodología del proyecto se centra por un lado en una revisión bibliográfica basada en documentos científicos revisados mediante una búsqueda amplia y sistemática, con lo que se pretende proporcionar una base informativa para la posterior realización de una guía de actuación de enfermería dirigida a la atención y prevención del síndrome confusional agudo.

De esta manera, se propone la recolección de documentos de rigor científico de procedencia definida y de calidad, basados en una información objetiva y relevante para el desarrollo del proyecto.

Para dicha búsqueda se ha accedido a bases de datos bibliográficas como Scielo, Dialnet y Google Academic. En la primera, Scientific Electronic Library Online, escogiendo como palabras clave el “síndrome confusional” y “delirium” y añadiendo filtros de idioma español, se han encontrado 36 referencias relacionadas de las cuales se ha hecho una selección de 6 documentos. De igual manera, mediante las palabras “contención mecánica” y aplicando filtros de idioma español se procede a la selección de un documento añadido.

Por otro lado, en relación a la revisión bibliográfica en la base de datos Dialnet, mediante la combinación de palabras clave como “síndrome confusional agudo”, “protocolo” y “tratamiento farmacológico”, aplicando nuevamente el filtro de idioma español, quedan expuestos un total de 33 artículos de los cuales, tras la revisión de los mismos, se han seleccionado un total de 4 documentos.

En referente a la búsqueda bibliográfica en la base Google Academic, mediante el uso de palabras clave como “hospitalización y envejecimiento” “síndrome confusional”, “delirium”, “protocolo paciente agitado” y “tipos delirium” y aplicando filtros de idioma español y fechas de publicación de actualidad posteriores al 2010, se han seleccionado un total de 11 documentos.

Finalmente, queda ampliada esta búsqueda bibliográfica en el servicio bibliotecario de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra (UPNA), donde se ha efectuado la búsqueda bibliográfica a través de palabras clave como “geriatría”, “síndrome” y “enfermería”, aplicando criterios de búsqueda bibliográfica de actualidad, con lo que se ha accedido a un total de 5 libros de los cuales se ha realizado una selección de tres.

ENCUESTA PARA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Por otro lado, se propone la elaboración de un estudio sobre los conocimientos y protocolos de actuación seguidos en la planta quirúrgica (2G) del Hospital Virgen del Camino de Pamplona, Navarra.

Para la selección de la planta, se han tenido en cuenta una combinación de características existentes que predisponen la aparición del síndrome. Por ello, la encuesta queda ubicada en la Segunda General del Hospital Virgen del Camino, donde los pacientes hospitalizados son pacientes posquirúrgicos o pendientes para una intervención. Además, la especialidad de la planta está relacionada con pacientes con una elevada media de edad, que también predispone al desarrollo del síndrome.

Así, serán facilitadas tanto encuestas impresas como encuestas vía online, para promover una cumplimentación en la que participen la mayor cantidad de enfermeros posibles, siendo un total de 25 profesionales de enfermería habituales en la planta.

De esta manera, para la formulación de la encuesta se ha empleado un programa informático llamado Survey Monkey, donde se ha realizado una encuesta online, divulgada a través de un link que se ha facilitado a la plantilla de enfermería para promover una sencilla y rápida cumplimentación de la misma. Por otro lado, también se han entregado encuestas impresas por petición propia de algunos profesionales.

CUESTIONARIO SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

1. ¿Cómo considera su conocimiento sobre el síndrome confusional agudo?
 - a) Insuficiente.
 - b) Escaso.
 - c) Bueno.
 - d) Muy bueno.

2. ¿Cree que se trata de un síndrome infradiagnosticado?
 - a) Sí.
 - b) No.

3. ¿Qué porcentaje de ancianos hospitalizados cree que sufren este síndrome?
 - a) 0-20%.
 - b) 20-40%.
 - c) 40-60%.
 - d) >60%.

4. ¿Conoce la existencia del síndrome confusional agudo hipoactivo?
 - a) Sí.
 - b) Sí, aunque creo que creo que pasa desapercibido.
 - c) No.

5. ¿Cree que se llevan a cabo las medidas necesarias para la prevención del síndrome confusional agudo?
 - a) Sí.
 - b) No.

6. Si cree que no, seleccione la razón prioritaria por la que no se emplean unas medidas preventivas no farmacológicas suficientes.
 - a) Falta de formación (contenidos escasos durante la carrera).
 - b) Escasez de personal.
 - c) Falta de tiempo.
 - d) Recursos materiales insuficientes.

7. ¿Qué hace cuando un paciente con delirium no responde a la medicación pautada?
 - a) Llamo al médico para que aumente la pauta farmacológica.
 - b) Llamo al médico y posteriormente busco los posibles factores ambientales que puedan estar influyendo en el agravamiento del síndrome.
 - c) Valoro la posibilidad de aplicar una contención mecánica.
 - d) Busco posibles factores ambientales que puedan influir en el agravamiento del síndrome y actuó sobre ellos, esperando la remisión del mismo.

8. ¿Se ha visto alguna vez sin recursos para la resolución de este tipo de síndrome?
 - a) Sí, en muchas ocasiones.
 - b) Sí, aunque en casos puntuales.
 - c) No, siempre he resuelto el caso sin ninguna complicación.

9. ¿Considera el papel de enfermería esencial en la atención a pacientes que han desarrollado el síndrome?
 - a) Sí, aunque la actuación del médico y la prescripción de fármacos son imprescindibles para la prevención y resolución del síndrome.
 - b) Sí, en la mayoría de las ocasiones podríamos prevenirlo y tratarlo mediante medidas no farmacológicas de manera autónoma sin la actuación de los médicos.

- c) No, los profesionales médicos son los que cobran un papel esencial, mientras que enfermería adopta un papel de carácter colaborativo.

10. ¿Consideraría facilitadora la creación de una guía de actuación de enfermería para pacientes que desarrollen un SCA?

- a) Sí.
b) No.

PLANIFICACIÓN

Así, se propone la elaboración de una guía de actuación de enfermería sobre el síndrome confusional agudo como propuesta orientativa en ejercicios de prevención y detección precoz frente a este proceso. Esta guía estará dirigida a profesiones de enfermería y se basará en la revisión bibliográfica y encuesta previamente realizadas.

CRONOGRAMA TRABAJO FIN DE GRADO.

PROCESO	MES										
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
Primera reunión											
Segunda reunión											
Exámenes Ci para San											
1ª recopilación bibliográfica											
Realización estructura proyecto											
Entrega estructura del proyecto											
Formulación encuesta											
Periodo cumplimentación de la encuesta											
Búsqueda bibliográfica profunda											
Recopilación y análisis resultados encuesta											

PROCESO	MES										
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
Realización y entrega de propuesta de anteproyecto											
Redacción documento provisional											
Corrección y entrega del documento final											
Preparación documentos de apoyo para presentación											
Preparación presentación del TFG											
Defensa del TFG											

Así, durante la primera reunión programada para octubre (14/10/15), se prevé el recibimiento de instrucciones sobre las bases de realización del procedimiento del TFG y formulación de primeras aproximaciones temáticas. Por otro lado, en la segunda reunión establecida en noviembre (17/11/15), quedarán expuestas las propuestas desarrolladas favoreciendo la selección temática definitiva y de esta manera, se comenzará con una orientación básica del tema para su posterior desarrollo.

Del mismo modo, durante el mes de diciembre se comenzará con una primera recopilación bibliográfica que favorezca la realización y establecimiento de la estructura del proyecto que se presentará antes del mes de enero. Posteriormente, hasta el plazo del 29 de febrero de 2016 se propone la realización de una búsqueda bibliográfica profunda y final, seleccionando los documentos definitivos que posteriormente se emplearán para el proyecto. Con todo esto, antes del mes de abril se plantea la presentación del anteproyecto para la valoración del mismo y establecimiento de propuestas de mejora. Finalmente durante el mes de mayo se prevé la entrega del documento final.

Del mismo modo, la realización de los exámenes Ci para San queda establecida antes del mes de diciembre y se plantea también la realización de una encuesta dirigida a profesionales de enfermería que será presentada en enero (25/01/2016), donde se valorará y se realizarán las modificaciones oportunas, quedando definido como periodo de cumplimentación de la encuesta el mes de febrero. Así, en la primera semana de marzo se prevé realizar una recopilación y análisis de los datos recogidos, elaborando gráficos ilustrativos de los resultados.

RESULTADO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEFINICIÓN

El síndrome confusional agudo (SCA) o delirium, se considera un síndrome cerebral orgánico de origen multifactorial de curso brusco y fluctuante, que se caracteriza por la presencia de un conjunto de alteraciones cognitivas como alteración de la atención, conciencia, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y periodos de sueño-vigilia en un grado de intensidad variable. Se trata de una alteración que se desarrolla en un tiempo breve, con un comienzo agudo o subagudo, de carácter reversible y transitorio, manteniendo un curso clínico con fluctuaciones diurnas y exacerbación nocturna².

Así, el delirio y estados confusionales son procesos mentales frecuentes entre la población general, sufriendo un incremento muy significativo en la población anciana hospitalizada. Se trata de síndromes infradiagnosticados que deben ser considerados una urgencia médica ya que son causa de numerosas e importantes consecuencias negativas si carecen de una atención precoz y de calidad³.

De esta manera, la clasificación de los tipos de delirium se distribuye de acuerdo con el nivel de actividad psicomotora, diferenciando dentro del mismo las siguientes formas clínicas:

- **HIPERACTIVO:** Se trata de un proceso caracterizado por un incremento de la actividad psicomotora, con sintomatología de agresividad, confusión, alucinaciones e ideas delirantes. En este tipo de síndrome confusional los pacientes presentan un estado de “hiperalerta” e hiperactividad, siendo pacientes de actitud inquieta e irritable. Debido a sus características clínicas, se considera un síndrome de identificación sencilla y pasa menos desapercibido.
- **HIPOACTIVO:** Se manifiesta a través de una disminución de la actividad psicomotora y un menor grado de vigilancia que varía desde una reducción de la interacción espontánea con el entorno hasta un estado de letargo y/o estupor. Debido a estas características, se trata de la forma de más difícil detección, pues con frecuencia pasa desapercibida. Los pacientes que padecen este subtipo del síndrome se encuentran de manera frecuente con una actitud letárgica, apática, somnolienta, con periodos de disminución de conciencia y estados de confusión y desorientación.
- **MIXTO:** Caracterizado por una combinación de los dos anteriores, presentándose fluctuaciones durante el desarrollo del síndrome de forma impredecible.

Estudios realizados afirman que la forma clínica más frecuente es el delirium mixto seguido del hipoactivo. Por otro lado, el delirium hiperactivo está relacionado con un índice de mayor supervivencia y menor estancia hospitalaria debido a su facilidad de identificación y tratamiento precoz¹¹.

PROCESO FISIOPATOLÓGICO

La fisiopatología de este síndrome es hoy en día un objeto a estudiar debido a la heterogeneidad del síndrome y a las complejas características de las personas que lo padecen. Y es que son numerosos los estudios que han intentado localizar un lugar en el sistema nervioso central donde se producen los cambios funcionales relacionados con este proceso.

Así, el delirium es considerado un trastorno funcional cerebral secundario a múltiples y diferentes causas orgánicas que derivan en una sintomatología común. De esta manera, teniendo en cuenta la fisiología del envejecimiento, queda evidenciada la razón de una mayor prevalencia de este síndrome en personas ancianas durante el padecimiento de procesos agudos.

En relación a lo anterior, durante el envejecimiento el organismo pierde flujo sanguíneo cerebral y neuronas y existe una concentración variable de neurotransmisores. Así, se ha demostrado la relación entre una disminución de flujo sanguíneo cerebral y nivel de neuronas con el delirium, por lo que los ancianos se convierten en una población con mayor predisposición para padecer este síndrome. Del mismo modo, se han realizado teorías relacionadas con los neurotransmisores, procesos inflamatorios y privación de oxígeno¹².

Hipótesis de los neurotransmisores

Habitualmente el síndrome confusional agudo se ha asociado a anomalías neuroanatómicas, en la mayoría de los casos consecuencia de una alteración de los principales neurotransmisores. De esta manera, existe relación entre la presencia de una disminución de función colinérgica y aumento de la dopaminérgica y gabaérgica con el estado confusional.

Así, la acetilcolina es un neurotransmisor que actúa en el mantenimiento del nivel de conciencia, apreciándose durante el envejecimiento una disminución de niveles de acetilcolina y receptores muscarínicos, por lo que existe un mayor riesgo de padecer alteraciones en el nivel de conciencia. Además, existe la evidencia de que los pacientes con mayor carga anticolinérgica medicamentosa tienen un riesgo mayor de padecer delirium¹².

En referente a las alteraciones del sistema dopaminérgico, el exceso dopaminérgico también puede contribuir al delirium, posiblemente debido a su influencia reguladora sobre la liberación de acetilcolina.

Finalmente, en lo que a la serotonina respecta, su síntesis y liberación depende del triptófano, el cual compite con aminoácidos neutros, fundamentalmente la fenilalanina. De esta manera, la fenilalanina puede favorecer a la aparición del síndrome por su efecto negativo sobre la entrada del triptófano o por su actividad metabólica frente a sustancias neurotóxicas. De este modo, niveles altos de fenilalanina, bajos de triptófano y un cociente bajo de triptófano/fenilalanina está directamente asociado con este síndrome lo cual expone el interrogante del rol de la dieta en la aparición de esta patología¹⁶.

Hipótesis inflamatoria

Según esta teoría, las citoquinas, interleuquinas (IL 1, 2, 6), factor de necrosis tumoral (TNF- α), proteína C reactiva e interferon pueden contribuir al desarrollo del delirium. Así, las citoquinas ejercen una acción estimulante sobre el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, provocando un aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y, por consiguiente, alteración de la neurotransmisión¹⁵.

Hipótesis de privación del oxígeno

Una disminución del metabolismo oxidativo cerebral puede causar una disfunción cognitiva, ya que la hipoxia cerebral podría provocar una disminución en la producción de acetilcolina³.

CAUSAS PREDISPONENTES Y PRECIPITANTES

En referente a la etiología de este síndrome, es de gran trascendencia reconocer el delirium de manera temprana, ya que en muchas ocasiones está relacionado a una causa médica, lo que lo convierte en un síndrome potencialmente reversible. Así, dentro de la etiología de este síndrome, se debe hacer una división entre factores predisponentes, características basales del paciente que expresan la vulnerabilidad del mismo para padecer una patología concreta, y precipitantes, definidos como factores que colaboran y facilitan el desarrollo patológico⁴.

De esta manera, dentro de los factores predisponentes, la edad avanzada y demencia preexistente son considerados los factores más trascendentes, pese a existir una etiología multifactorial. En referente a la edad avanzada, se trata de un factor de riesgo no modificable, ubicándose el máximo de incidencia del síndrome en personas de entre 75-85 años. Y es que durante el envejecimiento el organismo se expone a modificaciones que alteran la capacidad para adaptarse a cambios tanto internos como externos, produciéndose una pérdida de capacidad cognitiva y física y una alteración en el metabolismo farmacológico¹³. Por otro lado, la presencia de demencia es otro de los factores predisponentes más importantes, pues dos tercios de los casos de delirium padecen esta patología. Además, la gravedad y el tipo de demencia están directamente relacionados con el nivel de severidad del síndrome¹². Del mismo modo, la privación sensorial es considerada otra causa directa, ya que las alteraciones tanto auditivas como visuales distorsionan la percepción externa, favoreciendo a la aparición del delirium. Finalmente, entre los factores predisponentes más a tener en cuenta también se encuentra la polimedicación, pues la toma de 3 o más fármacos multiplica por 4 el riesgo de desarrollar este síndrome, en especial si se trata de benzodiazepinas y anticolinérgicos¹³.

En cuanto a los factores precipitantes, los más frecuentes son considerados los procesos infecciosos, muchas veces enmascarados. Por otro lado, el dolor es otro factor predisponente a tener en cuenta, sobre todo en todo paciente que carece o presenta una capacidad reducida de expresión verbal, por lo que una buena pauta analgésica es imprescindible para evitar la aparición de este proceso. Del mismo modo, la presencia de

insuficiencia orgánica, sobre todo fallo renal o hepático, también pueden impulsar el desarrollo del síndrome, así como también lo hacen la presencia de hipoxia e hipercapnia¹². Finalmente, el aislamiento, cambios de ubicación, uso de catéteres, ruidos estridentes, iluminación inadecuada, toma inadecuada de constantes...también aumentan el riesgo de padecer delirium. Así, es importante señalar que la restricción física produce un alto estrés en el paciente anciano, existiendo estudios que aseguran que este se trata de un factor precipitante que multiplica por 4 la probabilidad de desarrollo del síndrome¹³.

Como se ha mencionado anteriormente, la etiología del delirium es en su gran mayoría de las veces de carácter multifactorial, lo cual implica que la prevención o el tratamiento de un factor aislado no garantizan la prevención o resolución del síndrome. De esta manera, han sido desarrolladas una serie de reglas de predicción clínica del delirium en el momento del ingreso, basadas en un análisis de los factores precipitantes. Una de las más conocidas en la actualidad es la predicción clínica de Inouye, que se centra en 4 de los factores predisponentes más frecuentes (pérdida de visión, enfermedad severa, deterioro cognitivo, deshidratación). Así, la ausencia de las anteriormente mencionadas supone un riesgo de desarrollo del síndrome bajo (3%), la presencia de 1-2 está relacionada con un riesgo moderado (16%) y de 3-4 con un riesgo alto (32%). Con todo esto, según queda explicado en el modelo multifactorial del delirium, la presencia de factores predisponentes convierten al paciente en una persona de alta vulnerabilidad, lo que supone que el delirium puede ser desarrollado con factores precipitantes de menor gravedad. Si se carece de factores predisponentes, en cambio, se requerirán factores precipitantes de mayor umbral de agresión para el desarrollo del síndrome¹².

FACTORES PREDISPONENTES

<ul style="list-style-type: none"> - Características demográficas: Edad avanzada (65 años o más), género masculino. - Estado psico-cognitivo: Demencia, deterioro cognitivo. - Fármacos: Polimedicación, tratamiento con múltiples psicofármacos o anticolinérgicos. - Abuso de alcohol. - Historia previa de delirium. - Trastornos del ánimo: Depresión, ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comorbilidad: Pluripatología, enfermedades graves, enfermedad crónica renal ó hepática, ACV previos, enfermedades neurológicas , fractura o trauma, VIH positivo... - Estado funcional: Déficit funcional, dependencia, síndrome de inmovilidad, historia de caídas, fragilidad física. - Deprivación sensorial: Déficits visuales y/o auditivos. - Trastornos en la ingesta: Deshidratación, desnutrición.
--	--

Tabla 1: Zuria Alonso Ganuza Z., González Torres M.A., Gaviria M., El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012, 32 (114), p. 247-259.

FACTORES PRECIPITANTES

<ul style="list-style-type: none">- Prescripción de 3 o > Fármacos: Sedantes/ hipnóticos, narcóticos, Benzodiacepinas, anticolinérgicos, anticonvulsionantes, analgésicos, AINEs, polimedicación, privación de drogas, fármacos o alcohol.- Enfermedades neurológicas primarias: ACV, hemorragia intracraneal, meningitis o encefalitis .- Cirugía: Ortopédica, cardíaca, cirugía no cardíaca (complicaciones postoperatorias, pérdida hemática).- Trastornos del sueño.	<ul style="list-style-type: none">- Patología intercurrente: Infecciones, retención de orina, fecaloma, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base, enfermedades agudas severas, fiebre o hipotermia, anemia, hipoxia, dolor, desnutrición, alteraciones metabólicas.- Ambientales: Ingreso en UCI, inmovilidad, contención física, restricciones físicas, sondaje vesical, múltiples procedimientos, estrés emocional, uso de catéteres, hiperestimulación ambiental.
--	--

Tabla 2: Zuria Alonso Ganuza Z., González Torres M.A., Gaviria M., El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012, 32 (114), p. 247-259.

MANIFESTACIONES Y CURSO CLÍNICO

El síndrome confusional agudo se considera un proceso de carácter reversible y de corta duración basado en la presencia de alteraciones de curso agudo o subagudo de conciencia, atención y deterioro de otros dominios cognitivos. Así, una de las características principales de este proceso es su tendencia a mantener un curso clínico fluctuante, alternando periodos lúcidos y sintomáticos y agravándose su intensidad durante la noche y primeras horas de la mañana³.

Por una parte, la orientación temporoespacial es una forma efectiva para el personal sanitario de evaluar el estado cognitivo de un paciente. Generalmente, la desorientación comienza siendo temporal, seguida de un deterioro de la percepción espacial, pudiendo llegar a perder la capacidad de reconocer a personas, aunque rara vez se pierde la orientación personal. De esta manera, mediante la valoración de la orientación no se explora únicamente una función cognitiva concreta, pues en ella intervienen la atención, nivel de conciencia y memoria¹².

En relación al nivel de conciencia, el paciente con delirium padece una alteración de conciencia que varía desde estados de hiperalerta a un estado de estupor o coma de forma variable a lo largo del día.

Por otro lado, existe un déficit de atención, muchas veces considerado la principal disfunción neurológica de este síndrome, manifestado por la incapacidad de dirigir, focalizar, sostener o cambiar la atención. De esta manera, los pacientes se distraen con gran facilidad ante estímulos externos irrelevantes, teniendo dificultad para mantener una conversación y seguir ordenes, adoptando un discurso reiterativo, monótono e

inapropiado¹⁴. Así, se observa la presencia de un lenguaje empobrecido, con dificultad para encontrar palabras y con presencia de parafrasis, basado en conversaciones irrelevantes, pudiendo desembocar en un estado de mutismo. A pesar de todo, en el SCA el lenguaje hablado se ve menos afectado que el escrito, pues éste se altera de manera precoz, considerándose un signo específico del delirium a la hora de diferenciarlo con enfermedades psiquiátricas.

Finalmente, también son evidentes las alteraciones en la capacidad de almacenar, retener y recordar información, viéndose claramente afectada la memoria reciente, aunque generalmente la memoria remota se mantiene intacta.

Por otro lado, muy frecuentemente se da una inversión del ciclo sueño-vigilia, con tendencia a padecer periodos de somnolencia diurna e insomnio nocturno¹². Así, el sueño es breve y fragmentado y en muchas ocasiones, ante la exacerbación nocturna de la sintomatología de este síndrome, las pesadillas y sueños interrumpidos provocan despertares con experiencias alucinatorias. De esta manera, existe una alta incidencia de alteración de la percepción, basada en falsos reconocimientos de personas y/o lugares, ilusiones perceptivas y en casos avanzados incluso alucinaciones¹¹. Así, todo proceso participe en el pensamiento se ve alterado en este síndrome, promoviendo el desarrollo de un pensamiento confuso, irrelevante, e incoherente, alternando y entremezclando conceptos abstractos con conceptos concretos. En referente a estas alteraciones perceptivas, habitan a ser visuales y/o auditivas, aunque también pueden ser táctiles u olfativas y son entendidas como interpretaciones erróneas de percepciones internas/externas. Estas pueden ser simples o tan complejas hasta considerarse pensamientos delirantes, donde existe una ausencia del objeto que se percibe. Así, tienen tendencia de aparición nocturna o cuando el paciente cierra los ojos y casi siempre son simples, de corta duración y poco estructuradas, variando desde simples figuras geométricas hasta personas y escenas completamente formadas¹².

Por otro lado, existe con frecuencia una perturbación en la regulación de los estados de ánimo, considerándose los síntomas más específicos estados de enfado, rabia y temor injustificado. También pueden aparecer actitudes de apatía, depresión, ansiedad, irritabilidad, llanto, angustia y euforia, alternándose estos estados de forma fluctuante y repentina a lo largo del día¹¹. De esta manera, en muchas ocasiones este tipo de síntomas son los únicos que nos pueden aproximar a la detección precoz del delirium en ancianos con una alta vulnerabilidad ya conocida para el desarrollo del síndrome¹².

Del mismo modo, también se dan alteraciones somáticas, como mioclonias o movimientos involuntarios, incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, diarrea, náuseas y vómitos, alteración del control de la tensión arterial, taquicardia, bradicardia, sudoración y distasia (alteración de la bipedestación).

Así, como ya se ha mencionado anteriormente, el SCA se considera un síndrome de inicio agudo y curso fluctuante, pudiendo estar precedido por unos síntomas prodrómicos, que pueden llegar a durar horas o días, seguido de una fase de estado confusional o delirium que puede alcanzar una duración de días o semanas, para finalmente resolverse en un plazo de semanas o meses. Además, la duración de este proceso se ve aumentada en ancianos con enfermedades graves de base o con presencia de deterioro cognitivo previo¹².

COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO

Ante la ausencia de una atención precoz y de calidad el síndrome confusional agudo no siempre evoluciona a un estado de resolución del proceso, pues existen ocasiones en las que el delirium puede derivar en un estado de coma y muerte. De esta manera, en referente a las complicaciones y pronóstico del síndrome, es de gran relevancia propiciar un diagnóstico y tratamiento temprano del mismo, ya que la ausencia de atención se asocia a una evolución y pronóstico negativa. Así, se trata de un síndrome altamente relacionado con un índice de morbimortalidad posterior elevado en ausencia de una atención sanitaria adecuada, pudiendo aparecer complicaciones a corto, medio o largo plazo¹⁶.

Por lo tanto, el desconocimiento del cuadro y un manejo incorrecto del mismo pueden provocar una cascada iatrogénica basada en el aumento de restricciones físicas y prescripción medicamentosa que aumente el nivel de toxicidad farmacológica, produciendo una repercusión dramática que dificulte el retorno a la situación basal del paciente¹³.

Por un lado, dentro de las consecuencias a corto plazo se encuentran un aumento de índice de caídas y autolesiones, desconexión de catéteres u otros dispositivos, dehiscencia de suturas, incontinencia urinaria y/o fecal, sedación excesiva y desarrollo de úlceras por presión. En referente al síndrome confusional agudo de carácter hiperactivo o mixto, el estado de agitación que lo caracteriza supone un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones de autolesión y/o traumatismos¹¹, pues en estas condiciones la probabilidad de que se produzcan accidentes, arrancamientos de dispositivos, caídas... aumenta considerablemente. Por otro lado, teniendo en cuenta el SCA hipoactivo, el reducido nivel de actividad que mantiene el paciente favorece a la aparición de infecciones urinarias y respiratorias, incontinencia urinaria/fecal, úlceras por presión y trombosis secundarias a una disminución de la movilidad¹⁵. Así, según un estudio realizado en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral, el 41% de los pacientes con SCA desarrollaron UPP (frente a un 17% en ausencia del síndrome), el 80% desarrolló incontinencia urinaria (frente a un 50%) y el 32% padeció infección nosocomial (frente a un 17%). Con ello, se observa el aumento de incidencia de este tipo de complicaciones en pacientes en estados confusionales⁶.

A pesar de todo, aunque es un síndrome asociado a una elevada mortalidad, el pronóstico y evolución del mismo se considera bueno si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz, pudiendo lograr la reversión del mismo en un plazo de 3-7 días y reduciendo de este modo el riesgo de toda complicación relacionada al síndrome¹.

Por otro lado, entre las complicaciones a largo plazo se encuentran un incremento del índice de mortalidad con la aparición de enfermedades secundarias al mismo, entre ellas el deterioro cognitivo irreversible. Existe también la probabilidad de una prolongación del tiempo del ingreso hospitalario, lo que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades nosocomiales, incrementando de esta manera el coste sanitario. Igualmente puede existir un deterioro funcional que afecte directamente a la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, tanto durante el padecimiento del proceso como después, ampliando el riesgo de posterior necesidad de institucionalización o re-hospitalización¹.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del síndrome confusional agudo se considera una urgencia médica, por lo que se recomienda realizar una evaluación al ingreso a todo paciente anciano hospitalizado para determinar su situación cognitiva basal, de modo que se puedan identificar variaciones de la misma, siendo más fácil así la detección del desarrollo del delirium⁵. En este contexto, los profesionales de enfermería resultan imprescindibles en el diagnóstico precoz del proceso, por lo que deben estar capacitados para realizar una valoración del mismo y así avisar al facultativo ante alteraciones relevantes asociadas al síndrome. De esta manera, el diagnóstico del delirium consta de tres apartados; identificación del cuadro, diagnóstico diferencial y búsqueda de la etiología del mismo¹.

Para la identificación del cuadro existen diferentes herramientas, como pueden ser el CAC-A (Clinical Assessment of Confusion), CRS (Confusion Rating Scale), NEECHAM (Confusion Scale), ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist), CAM (Confusional Assessment Method), DSI (Delirium Symptom Interview)...¹. De esta manera, aunque se disponen de muchos recursos o herramientas para la detección del síndrome, los criterios clínicos más frecuentemente empleados quedan recogidos en la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV DSM- IV-TR), considerándose el CAM (Confusional Assessment Method)⁴, la herramienta diagnóstica más frecuentemente utilizada.

Dentro de dicho manual (DSM-IV-TR), existen cuatro criterios básicos para el diagnóstico del delirium:

- A) Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad de reconocimiento del entorno y de centrar, mantener y dirigir la atención.
- B) Cambios cognitivos (alteración de la memoria, trastorno del lenguaje, desorientación) o presencia de alteraciones perceptivas en ausencia de una demencia preexistente, establecida o en evolución.
- C) Trastorno de inicio agudo y curso fluctuante.
- D) Evidencia de causa etiológica del síndrome demostrada a través de la historia clínica, exploración física y pruebas de laboratorio².

De esta manera, en 1990 Inouye crea un instrumento diagnóstico basado en el DSM, plasmando los criterios del mismo en el CAM (Confusional Assessment Method), tratándose de una entrevista estructurada donde se centran los síntomas clínicos más evidentes del delirium¹⁶. Así, actualmente el CAM se considera una escala sencilla y de rápida aplicación (5 minutos), existiendo estudios recientes que la exponen como el instrumento de mayor utilidad en la detección del delirium, pues ha demostrado tener una sensibilidad del 86% y especificidad del 93%¹⁸. Del mismo modo, existe también una validación del CAM para la población hispana (CAM-S), con una sensibilidad muy parecida al anteriormente mencionado, permitiendo de esta manera un diagnóstico sencillo y rápido a profesionales no especialistas¹⁶.

CAM (Confusional Assessment Method)

A) Comienzo agudo y curso fluctuante:

¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente?

¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?

B) Desatención:

¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención? Por ejemplo, ¿estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que estaba diciendo?

C) Pensamiento desorganizado

¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes, mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras o cambió de tema de conversación inexplicablemente?

D) Alteración de conciencia

Estados anormales:

Vigilante (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales).

Somnoliento (despertar fácil).

Estuporoso (difícil de despertar).

Coma (imposible de despertar).

Tabla 3: Martínez Fuentes, G., Delirium: respuestas pendientes, Sección de Geriátrica, Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2008, 19: p. 130-138.

Así, para la sospecha del delirium es necesaria la presencia de los dos primeros criterios más uno de los dos últimos o ambos (A+B+ C y/o D) ¹².

De esta manera, una vez habiendo certificado la sospecha de delirium, es importante realizar un diagnóstico diferencial con cuadros similares a este síndrome, pues el delirium en pacientes de avanzada edad es diagnosticado frecuentemente de manera errónea,

confundido con otras entidades clínicas como la demencia, depresión y trastornos psicóticos¹⁴. Así, en la siguiente tabla quedan reflejadas una serie de características clínicas específicas y diferenciales de cada proceso, para facilitar un diagnóstico certero.

CARACTERÍSTICAS	DELIRIUM	DEMENCIA	DEPRESIÓN	PSICOSIS
Inicio	Agudo	Insidioso	Variable	Variable
Curso	Fluctuante	Progresivo	Variable	Estable
Duración	Corta	Crónica	Variable, recurrente	Variable, recurrente
Conciencia	Afectada	Normal	Normal	Normal
Atención	Alterada	Respetada inicialmente	Alterada	Alterada
Cognición	Alterada	Alterada	Variable	Normal
Alucinaciones	Frecuentes (visuales)	Infrecuente	Rara	Frecuentes (auditivas)
Ideas delirantes	Poco sistematizadas	Generalmente ausente	Ocasionalmente paranoide	Sostenidas, sistematizadas
Orientación	Alterada	Alterada	Intacta	Generalmente normal
Memoria inmediata	Alterada	Alterada	Intacta	Generalmente normal
Actividad psicomotriz	Aumentada, disminuida, mixta	Normal	Retardada	Variable
Movimientos involuntarios	Presente	Ausente	Ausente	ausente
Lenguaje	Incoherente	Afasia, perseverancia	Normal	normal

Tabla 4: Millán Calenti, J.C., Gerontología y Geriátrica: Valoración e intervención, España, Editorial Médica Panamericana, 2010, p. 373-392.

De esta forma, una vez establecido el diagnóstico clínico de delirium debe instaurarse un diagnóstico etiológico, comenzando un proceso de estudio de las causas de este síndrome. Por ello, en primer lugar debe llevarse a cabo una anamnesis y cumplimentación de la historia clínica adecuada desarrollando una valoración clínica inicial del paciente que aporte información orientativa hacia la causalidad del estado confusional. Así, es fundamental la realización de una anamnesis detallada con la colaboración de familiares y/o cuidadores del paciente, evaluando y registrando el estado cognitivo previo del paciente, antecedentes medicoquirúrgicos y psiquiátricos, patologías concomitantes, episodios previos de delirio, exposición a sustancias tóxicas, farmacología

habitual y presencia de cambios recientes medicamentosos. De esta manera, se prestará especial atención a la presencia de factores precipitantes y predisponentes del delirium anteriormente descritos⁵.

Posteriormente, es necesaria la realización de una exploración física del paciente, mediante la toma de constantes (P/A, FC, T^a, SatO₂, FR, glucemia), auscultación pulmonar y cardíaca, exploración neurológica exhaustiva, exploración abdominal y valoración del estado de las extremidades, para una primera aproximación etiológica⁴.

Finalmente, en muchas ocasiones será necesaria la realización de una serie de pruebas complementarias con el objetivo de detectar factores precipitantes tanto intracraneales como extracraneales. En un primer lugar se propone la realización de una analítica sanguínea que incluya hemograma, coagulación y bioquímica básica con glucemia, determinación de iones, función hepática, renal y tiroidea. También se recomienda la solicitud de análisis de orina (sedimento y urocultivo), electrocardiograma y radiografía torácica. Posteriormente, si es necesario continuar con el proceso de detección etiológica del síndrome, se proponen la realización de una nueva analítica sanguínea que incluya la determinación de vit B12 y ácido fólico, gasometría arterial y hemocultivo².

Finalmente, las pruebas de neuroimagen deben valorarse en casos con sospecha de focalidad neurológica, como en pacientes con antecedentes de TCE, sospecha de sangrado intracraneal y fiebre por posible infección del SNC. Entre ellas se encuentran la punción lumbar, para descartar infecciones de focalidad neurológica, electroencefalograma, pudiéndose emplear para la detección de presencia de crisis comiciales, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear y TAC craneal⁵.

DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN

No farmacológico

En referente a una prevención y detección precoz es importante señalar que diversos estudios avalan la eficacia de un ejercicio preventivo por parte de profesionales de enfermería para el manejo del delirium¹, ya que en torno al 30-40% de los episodios de delirium pueden ser evitados aplicando las medidas no farmacológicas adecuadas²². Así, prevenir este síndrome consiste en mantener un equilibrio homeostático cerebral adecuado, mientras se limitan factores precipitantes que puedan favorecer el desarrollo de este proceso en el anciano hospitalizado. De esta manera, este procedimiento de atención preventiva se centra en un ejercicio de prevención primaria, como medida eficaz y económica, ya que una vez iniciado este síndrome las medidas preventivas resultan menos eficaces.

En un primer momento, si el paciente es derivado de urgencias debe promoverse el ingreso con la mayor brevedad posible, de manera que se eviten el estrés, aglomeraciones y sobreestimulación sensorial que supone la estancia en ese servicio. Por otro lado, resulta fundamental realizar una valoración exhaustiva del estado mental del paciente al ingreso, para poder detectar oscilaciones del estado cognitivo basal durante la hospitalización y al alta. Así, se recomienda la realización de una entrevista tanto al paciente como al familiar/cuidador principal, donde se lleve a cabo una valoración global

del paciente, desarrollando un ejercicio de identificación de factores predisponentes y precipitantes para el desarrollo del delirium con la ayuda de la escala de cribaje CAM¹.

Al ingreso, resulta también importante dialogar con el paciente para favorecer un estado de orientación temporoespacial óptimo, de manera que comprenda la razón del ingreso y conozca los recursos de su entorno. De esta forma, es fundamental aportar información sobre el motivo de ingreso, estado de salud actual y pronóstico y posteriormente informar sobre la distribución de los recursos de la habitación asignada (uso de las luces, baño, dispositivos de llamada del personal, teléfonos...). Además, es importante aclarar las características de la unidad, desarrollando aspectos administrativos del servicio como horarios de visitas, comidas, atención profesional...²⁰. Del mismo modo, como ejercicio orientativo se recomienda que durante el ingreso el paciente tenga visibles objetos como relojes y calendarios para fomentar una correcta ubicación temporoespacial, añadiendo al mismo tiempo actividades orientativas de la mano de los profesionales de la unidad y acompañantes del paciente (recordar diariamente la fecha, hacer referencia a festividades próximas, comentar noticias familiares de la actualidad...).

En referente al entorno, es imprescindible evitar un estado de sobreestimulación, sin alcanzar un entorno carente de estímulos, pues el aislamiento y la soledad se consideran factores precipitantes para el desarrollo del síndrome. Por ello, en caso de que el paciente anciano no tenga acompañante, se recomienda el contacto con un asistente social para fomentar la búsqueda de un cuidador temporal. De no ser posible, se propone designar una habitación compartida cerca del control de enfermería, para una mayor vigilancia y control del paciente. Del mismo modo, debe propiciarse un entorno accesible para el paciente (evitando barreras arquitectónicas, facilitando el acceso al baño o ayuda profesional temprana, acceso al timbre de llamada...), de manera que el paciente sea lo más independiente posible durante el ingreso¹⁷. E igualmente, resulta beneficioso permitir que el paciente tenga objetos personales o familiares no peligrosos en la habitación (fotos, radio, bata, camisión almohadas...) como elementos orientativos para el ejercicio preventivo del delirium¹³.

En la misma línea, es importante mencionar que se debe adecuar un entorno seguro, aplicando un protocolo de prevención de caídas con el uso de barandillas, colocación de objetos en lugares accesibles, suelos antideslizantes, uso de bastones, andadores, zapato cerrado..., retirando objetos que no sean de utilidad de manera que se facilite un entorno adaptado para la prevención de riesgos¹. De igual manera, la actuación de enfermería frente a pacientes con déficit sensoriales es fundamental a la hora de prevenir este síndrome y al mismo tiempo evitar riesgos. Por ello, se debe facilitar el uso de gafas, audífonos y prótesis dentales, facilitando de esta manera una buena adaptación al nuevo entorno y disminución de factores predisponentes para el desarrollo de este proceso¹³.

Asimismo, la luz de la habitación cobra un gran papel en la prevención del desarrollo del síndrome, aconsejándose luz natural diurna (abriendo ventanas y cortinas diariamente) y débil iluminación durante la noche, evitando un entorno de oscuridad total. Del mismo modo, es igualmente importante minimizar el ruido ambiental, siendo precavidos con las visitas hospitalarias (se aconseja un máximo de dos personas), controlando el volumen de dispositivos como televisor, radio... y evitando conversaciones en un tono de voz elevado¹. Asimismo, se aconseja informar tanto a pacientes como familiares de la

presencia de posibles ruidos producidos por dispositivos como bombas de infusión, alarmas de monitores, ventilador... para que sean conocedores del origen de los sonidos.

Además, en referente al entorno, es importante que el paciente se encuentre en un estado confortable, por lo que debe asegurarse una temperatura ambiente adecuada (21-24Cº) y comodidad en la cama con sábanas lisas sin pliegues y carentes de sistemas que interfieran en un descanso placentero²⁰. Y es que el descanso nocturno es imprescindible para una adecuada prevención del SCA, evitando el sueño diurno y aplicando medidas no farmacológicas eficaces para favorecer un buen descanso durante la noche. Por ello, se recomienda la administración de bebidas templadas o infusiones relajantes previas al descanso nocturno. Igualmente se aconseja preguntar sobre la calidad del descanso del paciente, señalando siempre que resulta de gran importancia que el paciente se encuentre acompañado durante las horas nocturnas⁹.

Finalmente, es imprescindible evitar cambios de habitación o reubicaciones a otras unidades en pacientes con factores predisponentes considerables, haciendo especial mención a la contraindicación de juntar a dos pacientes de estas características en la misma habitación. Del mismo modo, se recomienda tratar de mantener un personal sanitario estable en el proceso de atención de este tipo de paciente, para promover una atención especializada y cercana.

En relación a este proceso de atención de enfermería, los profesionales deben tratar de agrupar las intervenciones programadas y optimizar una realización temprana de las mismas para mayor tranquilidad del paciente, evitando este tipo de intervenciones en horario nocturno¹. De esta manera, se aconseja dirigirse al paciente presentándose con nombre y categoría laboral, familiarizando el trato y proporcionando información de todas las actividades y procedimientos que se van a realizar²⁰. Para ello debe desarrollarse una comunicación tanto verbal como no verbal adecuada, basada en un tono suave, claro y conciso, evitando en todo momento actitudes hostiles, infantilismos o actitudes de excesiva familiaridad¹³. La información aportada deberá ser objetiva y comprensible, adaptada al nivel cultural y características del paciente, asegurándose de que la información ha sido comprendida, repitiendo el contenido siempre que sea necesario. Por otro lado, debe ponerse en práctica ejercicios de escucha activa y contacto visual con el paciente, evitando comportarse en la habitación como si el paciente no estuviera⁹.

En referente a la actuación familiar o del cuidador principal, es importante mencionar que un contacto continuo y estrecho con enfermería ejerce un papel primordial en la prevención de este síndrome. Por ello, resulta fundamental implicar a la familia en la atención del síndrome, de manera que debe realizarse un ejercicio de instrucción y educación sobre el mismo, para que los familiares sean conocedores de las características del cuadro y posibles técnicas preventivas a realizar. Para ello, existe la posibilidad de entregar hojas de recomendaciones con una información pertinente y clara a los cuidadores del paciente. Un área muy importante dentro de este ejercicio de estimulación es la estimulación cognitiva, donde debe fomentarse la realización de actividades de desarrollo cognitivo como pasatiempos, ejercicios de adivinanzas, lectura... al menos tres veces al día. Por otro lado, se recomienda que el paciente se encuentre siempre acompañado, incluso en traslados a las diferentes pruebas diagnósticas y terapéuticas a las que son sometidos, evitando siempre el exceso de visitas. Finalmente,

es importante que los acompañantes del paciente sean capaces de identificar la aparición de delirium, conociendo los síntomas prodrómicos de alerta para promover una detección precoz¹.

Así, tanto la familia como el profesional sanitario cobra un papel fundamental en promover un estado de máxima autonomía del paciente, con el objetivo de estimular actividades de autocuidado y movilización temprana, logrando de esta manera que el paciente se mantenga lo más activo posible durante el ingreso¹³. Para ello, se recomienda la realización de una valoración de capacidad funcional al ingreso, para detectar y valorar las oscilaciones de la misma durante el periodo de hospitalización¹. En relación a lo mencionado, es imprescindible evitar todo tipo de restricción física y en caso de necesidad de aplicación, realizar el proceso de forma segura y con una vigilancia constante. Del mismo modo, todo tipo de dispositivo que favorezca a una restricción de movimiento del paciente (catéteres, sondas, drenajes...) debe ser retirado con la mayor brevedad posible, pues favorece directamente al desarrollo del síndrome.

Por otro lado, la presencia del dolor también cobra un gran papel en el desarrollo del SCA, por lo que se aconseja una actuación temprana, promoviendo un proceso de identificación etiológica del mismo y un tratamiento con la mayor brevedad posible¹. Del mismo modo, es importante promover un buen estado nutricional en todo paciente hospitalizado, para prevenir estados de desnutrición o deshidratación. Para ello, se recomienda la realización de un control nutricional y balance hídrico diario, prestando especial atención a la aparición de sintomatología de alteraciones hidroelectrolíticas, depleción de volumen y/o desnutrición¹.

De esta manera, resultan imprescindibles actuaciones preventivas asociadas a posibles complicaciones médicas, por lo que se recomienda la medición de constantes vitales por turno, para identificar signos de hipovolemia, infecciones nosocomiales, hipoxia, hipoglucemias, hiperglucemias... Además, hay que prestar especial atención al funcionamiento vesical e intestinal, promoviendo medidas de protección de estreñimiento e incontinencia vesical. Igualmente, es necesario llevar un riguroso control de alteraciones tegumentarias, aplicando el protocolo de prevención, seguimiento, y/o tratamiento de úlceras por presión. Así, es importante promover un correcto estado postural del paciente, tanto para evitar atragantamientos como para dificultar el desarrollo de UPP²².

Farmacológica

En la actualidad existe controversia en relación al uso farmacológico preventivo para el síndrome confusional agudo y no existe un fármaco profiláctico recomendado en la comunidad científica.

A pesar de ello, el conocimiento del déficit colinérgico en la fisiopatología del SCA, nos indica la probabilidad de que una intervención preventiva en los niveles de acetilcolina del paciente anciano hospitalizado podría considerarse un mecanismo farmacológico preventivo¹⁶. De esta manera, diversos estudios han demostrado que el uso de los IACE (Inhibidores de la acetilcolinesterasa), favorecen una tendencia profiláctica positiva en el proceso preventivo del síndrome. A pesar de ello, dicha tendencia es de carácter muy lento, debido a que estos fármacos acostumbran a ser mal tolerados por los pacientes, por

lo que su administración debe ser lenta. Por ello, la eficacia de estos medicamentos se ve reducida en relación al proceso preventivo del síndrome²¹.

En referente a los fármacos neurolépticos, quedan descritos estudios en los que se ha demostrado que bajas dosis de haloperidol reducen la severidad y duración del síndrome, minimizando así la estancia hospitalaria del paciente con el abaratamiento de los gastos que esto conlleva. A pesar de todo, el uso profiláctico del haloperidol no ha evidenciado una reducción de incidencia del SCA²². Por otro lado, fármacos como la risperidona y olanzapina han demostrado una disminución de la incidencia del delirium. A pesar de todo, en casos de uso de olanzapina como mecanismo profiláctico, el delirium ha sido de carácter más severo y de mayor duración, por lo que no se aconseja el uso profiláctico de estos fármacos.

Finalmente, conociendo la relación del dolor con el desarrollo del delirium, es imprescindible aplicar las medidas preventivas pertinentes. De esta manera, el uso de opioides debe estar controlado, administrándose en una cantidad exacta donde se logre un manejo óptimo del dolor sin aumentar efectos adversos que favorezcan el desarrollo del síndrome.

Con todo esto, hasta que no exista mayor evidencia científica se desaconseja el uso farmacológico de carácter preventivo¹⁸.

TRATAMIENTO

Para el tratamiento del delirium debemos aplicar todas las medidas preventivas anteriormente expuestas, ampliándolo con nuevas estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas. Por ello, para realizar un abordaje efectivo frente al delirium se requiere el mantenimiento de las medidas preventivas, añadiéndole un tratamiento etiológico de causas subyacentes y tratamiento farmacológico para el control de la sintomatología del delirium²¹.

Tratamiento no farmacológico

En el paciente anciano hospitalizado se recomienda la valoración e intervención en los siguientes 10 dominios para una adecuada identificación y tratamiento de la enfermedad etiológica: oxígeno, líquido/electrolitos, dolor, función intestinal y vesical, nutrición, movilización precoz, estímulos medioambientales, prevención de complicaciones postquirúrgicas, tratamiento sintomático del delirium y disminución de fármacos con efecto negativo en el SNC²².

De esta manera, teniendo en cuenta las actividades preventivas anteriormente mencionadas, son especialmente importantes el mantenimiento de un adecuado estado nutricional e hidratación, manteniéndose o recuperando un estado de equilibrio hidroelectrolítico óptimo. Es importante decir que existe la evidencia científica de que muchos ancianos hospitalizados presentan déficit de la vitamina B12, por lo que es aconsejable la prescripción de suplementos en pacientes ancianos con carencia nutricional. Por otro lado, cobra gran importancia el conservar un adecuado tránsito intestinal y urinario, evitando o solucionando situaciones de impactación fecal, estreñimiento o retención urinaria. Además, otros aspectos a valorar diariamente son la

presencia de dolor, donde la analgesia cobra un gran papel en el proceso resolutivo del síndrome, y la calidad del sueño, por lo que debe asegurarse un descanso óptimo.

Igualmente, la movilización temprana es una medida tanto preventiva como terapéutica imprescindible en el abordaje del delirium, siempre y cuando sea un proceso que se realice con precaución, aportando las medidas de seguridad necesarias. Asimismo, la reducción de dispositivos como sondas, catéteres, drenajes...y al mismo tiempo disminución de procesos invasivos ayuda a la resolución de dicho estado confusional¹⁹. En relación a este concepto, es de gran importancia mencionar que es aconsejable evitar medidas restrictivas o de sujeción mecánica, ya que además de que aumenta el riesgo de fracturas, lesiones y mortalidad, se considera un factor que provoca un empeoramiento del pronóstico del síndrome, por lo que solo se aconseja su aplicación en situaciones de difícil control. Concretamente en situaciones que exista riesgo de autolesión y/o caída, para prevenir lesiones a otras personas (familiar/cuidador, personal sanitario, otros pacientes...), para evitar el riesgo de arrancamiento de dispositivos como catéteres, sondas... y con el objetivo de evitar cualquier tipo de fuga que ponga en riesgo la vida del paciente. Generalmente será un profesional de enfermería, gracias a su proximidad con el paciente, quien haga una primera valoración de la necesidad de aplicación de esta medida, teniendo en cuenta las indicaciones anteriormente mencionadas, tras lo cual deberá avisar al facultativo responsable del paciente, quién determinará una decisión final sobre el uso de la medida. En caso de aplicar la contención se recomienda un mínimo de cuatro personas durante el procedimiento, aunque estudios defienden un número óptimo de 5 participantes. Así, tras su empleo toda inmovilización debe ponerse en conocimiento de un juzgado en un periodo máximo de 24 horas y es imprescindible realizar valoraciones periódicas y frecuentes para detectar y realizar medidas que disminuyan sus complicaciones. Dentro de estas complicaciones se encuentran la asfixia, isquemia en extremidades, lesiones neurológicas secundarias a una compresión del plexo braquial, magulladuras y/o laceraciones, aumento de úlceras por presión, deterioro cognitivo, incremento de incidencia de incontinencia urinaria e intestinal y aumento de la tasa de mortalidad. Es por esto último por lo que el empleo de esta medida debe evitarse siempre que exista la posibilidad de abordaje con otras medidas terapéuticas²³.

Finalmente, para una adecuada identificación y tratamiento de enfermedades médicas subyacentes, es imprescindible una primera valoración hemodinámica, mediante la medición de constantes vitales, para detectar estados febriles que sugieran infecciones (urinaria, respiratoria...) que muestren la necesidad de una posterior prescripción de antibioterapia, estados de hipoxia (oxigenoterapia) e hipoperfusión (reposición de líquidos) entre otras⁸.

Tratamiento farmacológico

En relación a la propia sintomatología del delirium, existen tres síntomas principales que puedan requerir de tratamiento farmacológico (psicosis, agitación e insomnio), donde los neurolépticos se consideran el tratamiento de elección. Estos últimos se clasifican en típicos y atípicos³.

El neuroléptico típico de primera elección es el haloperidol, por presentar un menor nivel de efectos anticolinérgicos, el cual se encuentra disponible para administración oral, intramuscular y endovenosa²¹. Este fármaco es empleado en dosis bajas, que se incrementan paulatinamente según las necesidades y tolerancia del paciente, con una

supervisión continua de respuesta ante el tratamiento y retirando el fármaco cuando resulta ineficaz o ante la aparición de efectos secundarios¹². Así, se administra en dosis orales de 2.5-5mg que pueden repetirse cada 30 minutos hasta un máximo de 100mg/día. Es importante mencionar que en ancianos se aconseja la reducción de esta dosis hasta un tercio¹⁰. Si existe agitación grave, puede administrarse 5mg IM o 0.25-0.5mg IV repetidos cada 30 minutos hasta un máximo de 30mg/día, supervisando siempre los efectos adversos⁴.

A pesar de todo, la administración de dosis altas de este fármaco se encuentra contraindicada, pues está muy relacionada con una alta aparición de efectos secundarios²¹. Por ello, los antipsicóticos atípicos son fármacos de primera elección en pacientes que precisan altas dosis de haloperidol. Entre ellos se encuentran fármacos como la risperidona/Risperdal (0.5-2mg/día V.O.), olanzapina/Ziprexa (10mg V.O. /I.M que puede repetirse a las dos horas hasta un máximo de 30mg/día), ziprasidona/Zeldox (40mg V.O c/12h, 10-20mg IM que puede repetirse c/20h con un máximo de 40mg/día) y quetiapina (12.5-25mg c/12h)¹⁰. Así, dosis bajas de olanzapina y quetiapina se consideran eficaces para una disminución de las alteraciones conductuales y sintomatología psicótica del síndrome, siendo normalmente bien toleradas.

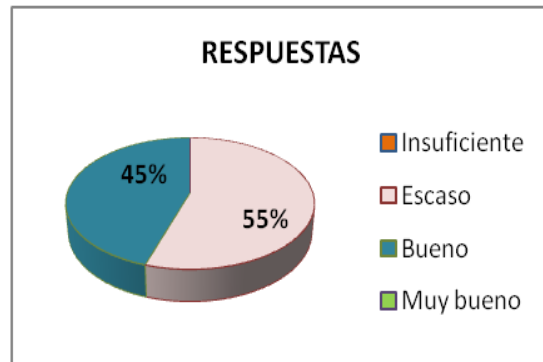
Por otro lado, las benzodicepinas también son empleadas en el tratamiento farmacológico del síndrome. Es importante mencionar que el tratamiento único con este tipo de fármacos se encuentra contraindicado por el alto riesgo de sedación y exacerbación del cuadro confusional, por lo que actualmente se prescriben como tratamiento coadyuvante de los neurolepticos. Entre ellos, la asociación más recomendada es la combinación de lorazepam y haloperidol, ya que el lorazepam disminuye la necesidad de haloperidol y por consiguiente sus efectos adversos¹³.

Finalmente, para una correcta prescripción de medicación frente al SCA, resulta fundamental seguir unos principios básicos donde se aconseja la realización de un hemograma, ECG y evaluación de función hepática para la prescripción del fármaco. Además, se aconseja empezar con un tercio de la dosis recomendada y ajustarla según la aparición de efectos secundarios respuesta y clínica del paciente. El fármaco deberá emplearse durante el menor tiempo posible, mientras se realizan revisiones periódicas para valorar su eficacia y la posibilidad de reducir la dosis establecida¹².

RESULTADO DE LA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A PACIENTES CON SCA

1. ¿Cómo considera su conocimiento sobre el síndrome confusional agudo?

OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Insuficiente	0	0,00%
Escaso	11	55,00%
Bueno	9	45,00%
Muy bueno	0	0,00%
TOTAL	20	100,00%



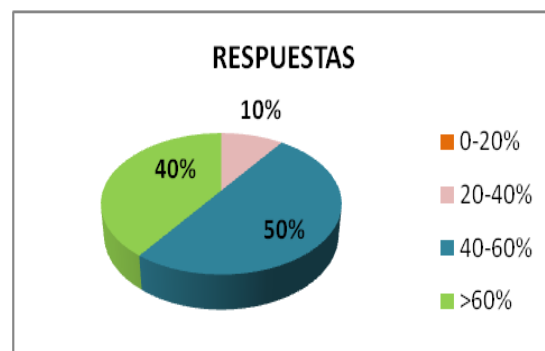
2. ¿Cree que se trata de un síndrome infradiagnosticado?

OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Sí	20	100,00%
No	0	0,00%
TOTAL	20	100,00%



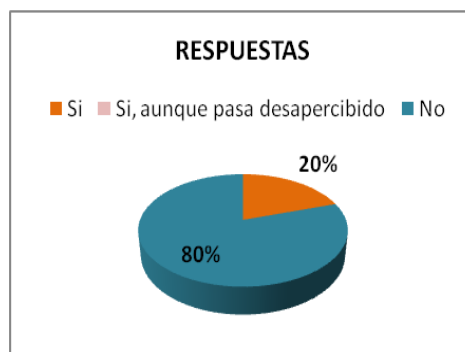
3. ¿Qué porcentaje de ancianos hospitalizados cree que sufren este síndrome?

OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
0-20%	0	0,00%
20-40%	2	10,00%
40-60%	10	50,00%
>60%	8	40,00%
TOTAL	20	100,00%



4. ¿Conoce la existencia del síndrome confusional agudo hipoactivo?

OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Sí	4	20,00%
Sí, aunque pasa desapercibido	0	0,00%
No	16	80,00%
TOTAL	20	100,00%



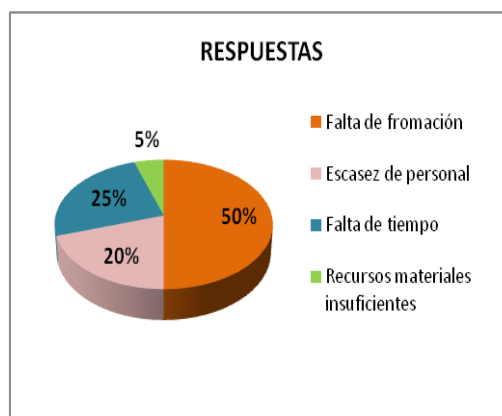
5. ¿Cree que se llevan a cabo las medidas necesarias para la prevención del síndrome confusional agudo?

OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Sí	0	0,00%
No	20	100,00%
TOTAL	20	100,00%

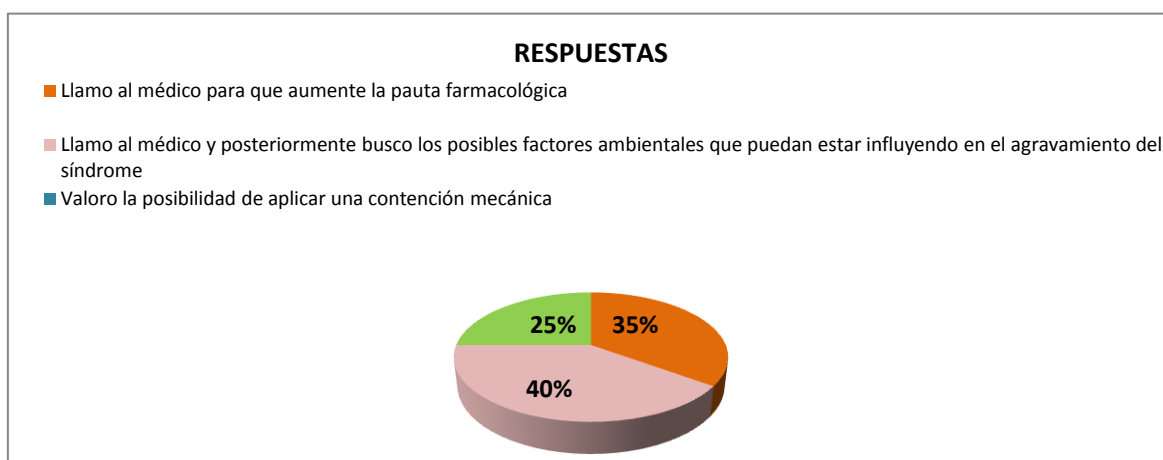


6. Si cree que no, seleccione la razón prioritaria por la que no se emplean unas medidas preventivas no farmacológicas suficientes.

OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Falta de formación	10	50,00%
Escasez de personal	4	20,00%
Falta de tiempo	5	25,00%
Recursos materiales insuficientes	1	5,00%
TOTAL	20	100,00%



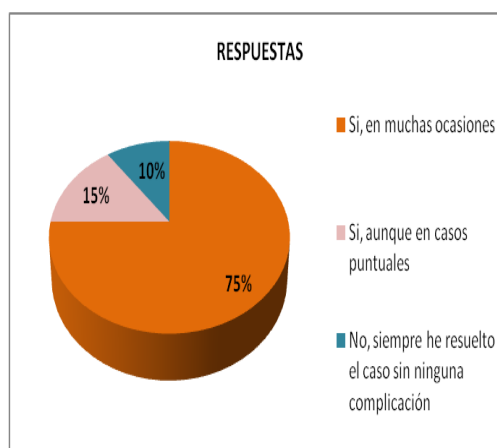
7. ¿Qué hace cuando un paciente con delirium no responde a la medicación pautaada?



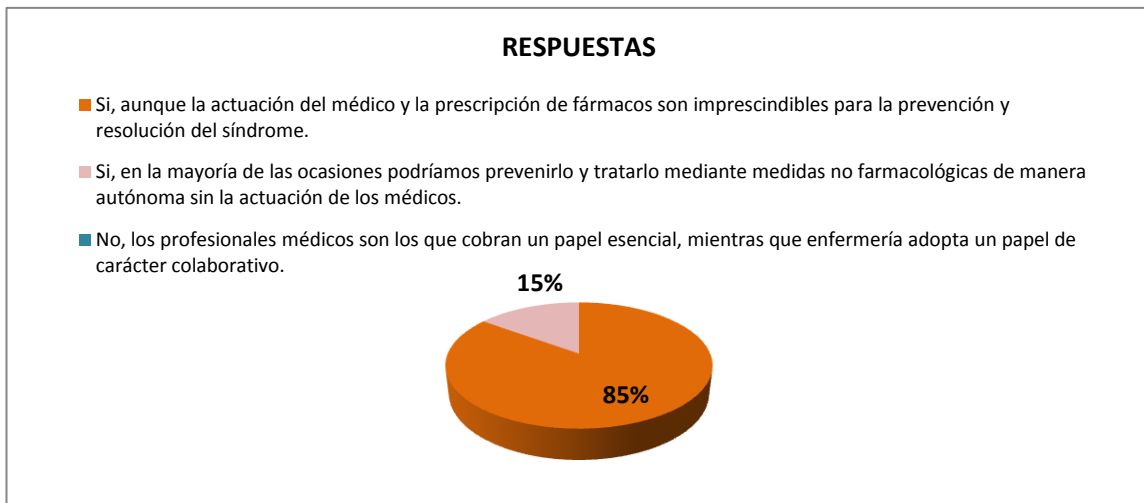
OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Llamo al médico para que aumente la pauta farmacológica	7	35,00%
Llamo al médico y posteriormente busco los posibles factores ambientales que puedan estar influyendo en el agravamiento del síndrome	8	40,00%
Valoro la posibilidad de aplicar una contención mecánica	0	0,00%
Busco posibles factores ambientales que puedan influir en el agravamiento del síndrome y actuó sobre ellos, esperando la remisión del mismo	5	25,00%
TOTAL	20	100,00%

8. ¿Se ha visto alguna vez sin recursos para la resolución de este tipo de síndrome?

OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Sí, en muchas ocasiones	15	75,00%
Sí, aunque en casos puntuales	3	15,00%
No, siempre he resuelto el caso sin ninguna complicación	2	10,00%
TOTAL	20	100,00%



9. ¿Considera el papel de enfermería esencial en la atención a pacientes que han desarrollado el síndrome?



OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Sí, aunque la actuación del médico y la prescripción de fármacos son imprescindibles para la prevención y resolución del síndrome.	17	85,00%
Sí, en la mayoría de las ocasiones podríamos prevenirlo y tratarlo mediante medidas no farmacológicas de manera autónoma sin la actuación de los médicos.	3	15,00%
No, los profesionales médicos son los que cobran un papel esencial, mientras que enfermería adopta un papel de carácter colaborativo.	0	0,00%
TOTAL	20	100,00%

10. ¿Consideraría facilitadora la creación de una guía de actuación de enfermería para pacientes que desarrollen un SCA?

OPCIONES	RESPUESTAS	PORCENTAJES
Sí	20	100,00%
No	0	0,00%
TOTAL	20	100,00%



DISCUSIÓN

Como se ha podido comprobar, el síndrome confusional agudo es un proceso muy frecuente en la comunidad anciana, que afecta alrededor del 20-50% de los pacientes de avanzada edad hospitalizados. Evidentemente, este es un porcentaje de clara relevancia por su magnitud y posteriores consecuencias que alteran el proceso de recuperación del paciente, por lo que el personal sanitario debe desarrollar los conocimientos y habilidades necesarios para proporcionar una adecuada atención del síndrome.

Para ello, durante el análisis bibliográfico se ha podido comprobar que no existe una ausencia de bibliografía o de investigaciones en referente a esta temática. Al contrario, existen numerosas fuentes y bases de datos repletas de documentos informativos actuales en diversos idiomas sobre el síndrome, lo cual contrasta con unos conocimientos y capacidad de manejo de este proceso escasa por parte de los profesionales según la encuesta anteriormente realizada.

A pesar de todo, es cierto que hay una reducida evidencia científica en relación a la profilaxis farmacológica del síndrome, lo cual demuestra la importancia del desarrollo y buen manejo de las medidas no farmacológicas en la atención preventiva de este proceso. De esta manera, queda expuesta la relevancia de la actuación de los profesionales de enfermería en la fase preventiva, quienes toman un papel primordial, por lo que resulta imprescindible propiciar una formación adecuada que les capacite para el desarrollo de una buena atención preventiva. Y es que como bien ha sido mencionado anteriormente, en torno al 30-40% de los episodios de delirium pueden ser evitados a través de un buen ejercicio preventivo, logrando hacer frente de esta manera a complicaciones desencadenadas por el desarrollo del síndrome que afectan de manera negativa al pronóstico del paciente.

De igual manera, durante la revisión bibliográfica queda destacada la importancia de conocer la situación basal del paciente para favorecer una identificación precoz y certera de variaciones conductuales. Para ello, es importante aplicar herramientas como el CAM y escalas de capacidad funcional y cognitiva que resulten orientativas en la detección de cambios.

Asimismo, la falta de tiempo y escasez de personal son dos factores que suponen un impedimento para el buen manejo de este tipo de proceso, que dificultan una buena y completa aplicación de las medidas no farmacológicas anteriormente desarrolladas. Es por esto por lo que se destaca la relevancia de la implicación familiar o de los cuidadores de los pacientes en el proceso preventivo, trasladando una serie de medidas farmacológicas sencillas de aplicar a este grupo de personas y reduciendo de esta manera la sobrecarga de actividades preventivas al equipo de enfermería. Por ello se ha desarrollado una guía de recomendaciones dirigida a familiares y/o cuidadores de los pacientes, donde se les instruye en una serie de medidas preventivas fácilmente aplicables y muy beneficiosas en el proceso de atención del paciente anciano hospitalizado (ANEXO 1).

Por otro lado, en referente a los resultados obtenidos en el estudio realizado, se ha procedido a la selección de una planta donde la prevalencia del síndrome es alta. Por ello, esta encuesta queda establecida en una planta quirúrgica que abarca a pacientes con una edad media elevada: la planta quirúrgica de traumatología del Hospital Virgen del Camino de Navarra. Así, dentro del equipo de enfermería de esta planta, han sido 20 los profesionales de enfermería los que han participado en este estudio.

En referente a la interpretación de los profesionales de su propio conocimiento sobre el SCA, el 55% lo ha considerado escaso, mientras que el otro 45% lo ha calificado como bueno. El hecho de que en una planta de estas características más de la mitad de los profesionales de enfermería consideren tener un conocimiento escaso, refleja nuevamente la necesidad de formación y capacitación de los mismos en referente a esta temática. Además, el 80% de los participantes afirman desconocer la existencia del síndrome confusional hipoactivo, lo cual evidencia en mayor grado la ausencia de formación y conocimientos en referente a los estados confusionales.

Por otro lado, todos los encuestados coinciden en que este síndrome se encuentra claramente infradiagnosticado, aunque varían las interpretaciones de incidencia del mismo. Así, el 10% de los participantes lo asocian a una incidencia del 20-40%, el 50% a una incidencia del 40-60% y el 40% restante lo relacionan con una incidencia mayor al 60%. De esta manera, queda reflejada la alta percepción general de la incidencia del síndrome, probablemente relacionada con una percepción subjetiva personal y poco real.

En referente a la actuación preventiva de enfermería frente a este tipo de proceso, el 100% de los encuestados admite que en la planta no se llevan a cabo las medidas preventivas necesarias para evitar la aparición del síndrome, lo cual un mayoritario 50% relaciona con una falta de formación asociada a una carencia de contenidos durante la carrera. Por otro lado, un 25% lo vincula a la falta de tiempo, un 20% a la escasez del personal y únicamente un 5% lo relaciona con recursos materiales insuficientes. En referente a estos datos, queda evidenciada la necesidad de formación en el proceso de atención de enfermería frente a este síndrome, lo cual facilita una intervención posible y eficaz que mejore la atención a este tipo de pacientes. Por el contrario, resulta más complejo incidir tanto en la falta de tiempo como en la escasez de recursos personales, que abarca hasta un 45% de los encuestados. Finalmente, queda demostrada la percepción general de que la ausencia de recursos materiales no es un factor limitante principal a la hora de prevenir este tipo de síndrome.

En relación a la actuación del equipo de enfermería una vez habiéndose desarrollado el síndrome, se aprecia diversidad en el proceso de atención de los profesionales. Así, únicamente el 25% de los encuestados admiten buscar y corregir los posibles factores precipitantes del síndrome antes de llamar al médico. Por otro lado, un 40% reconoce llamar en primer lugar al médico y después valorar los posibles factores desencadenantes del síndrome y, finalmente, un 35% afirma llamar únicamente al médico para favorecer un aumento de pauta farmacológica. Teniendo en cuenta estos resultados, se observa una tendencia mayoritaria de dependencia hacia los médicos a la hora de atender a estos pacientes. Y es que, hasta un 85% de los encuestados considera que aunque la actuación de enfermería en la atención a pacientes con SCA es esencial, la participación del médico y prescripción farmacológica es imprescindible, mientras que únicamente un 15% cree que en la mayoría de las ocasiones enfermería podría prevenir y tratar el síndrome de

manera autónoma mediante medidas no farmacológicas. También es importante destacar que, según los resultados de la encuesta, nadie valoraría la posibilidad de aplicación de una contención mecánica sin haber actuado frente a los factores desencadenantes y haber llamado al médico con anterioridad.

Otro de los aspectos importantes a valorar es la percepción personal de los profesionales a la hora de propiciar una atención adecuada a este tipo de pacientes, donde un 75% de los encuestados admiten haberse visto sin medios (conocimiento, habilidades, tiempo...) para el afrontamiento del proceso en muchas ocasiones, lo cual claramente se ve vinculado a una escasez de formación para la atención de este tipo de síndrome. En el lado opuesto, un 10% afirman haber resuelto este tipo de situación sin ninguna complicación, mientras que el 15% restante reconoce haberse visto sin mecanismos de afrontamiento, aunque solamente en casos puntuales.

Finalmente, el 100% de los encuestados considera facilitadora la creación de una guía práctica de enfermería para la atención de pacientes con predisposición al desarrollo del SCA, lo cual respalda la creación de la guía de práctica clínica de atención de enfermería propuesta.

GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) O DELIRIUM

Definición: Síndrome cerebral orgánico de origen multifactorial, manifestado a través de un conjunto de alteraciones cognitivas (atención, conciencia, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y periodos de sueño-vigilia).

Curso: Inicio agudo y curso fluctuante (fluctuaciones diurnas y exacerbación nocturna).

Tipos:

- **Hiperactivo:** Aumento de la actividad psicomotora, presentando un estado de hiperalerta (agresividad, confusión, ideas delirantes).
- **Hipoactivo:** Disminución de actividad psicomotora y estado de hipoalerta (actitud letárgica, estuporosa, apática, somnolienta, disminución de conciencia).
- **Mixto:** Combinación de los anteriores (fluctuaciones impredecibles).

Causas: Etiología multifactorial.

PREDISPONENTES	PRECIPITANTES
<ul style="list-style-type: none"> - Edad avanzada - Demencia preexistente - Deprivación sensorial - Polimedicación - Comorbilidad - Trastornos de la ingesta - Deterioro funcional 	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso infeccioso - Dolor - Insuficiencia renal/hepática - Hipoxia/ hipercapnia - Alteraciones ambientales: ruido, iluminación inadecuada, aislamiento... - Restricción física - Cirugía

Manifestaciones clínicas:

- Deterioro de la orientación temporoespacial.
 - Atención: Incapacidad de dirigir, focalizar, sostener o cambiar la atención.
 - Conciencia: Variaciones desde estados de hiperalerta a estupor o coma a lo largo del día.
 - Memoria: alteraciones en la capacidad de almacenar, retener y recordar información. Generalmente afectada la memoria reciente.
- Lenguaje verbal empobrecido y afectación del lenguaje escrito.
- Inversión ciclo sueño-vigilia: somnolencia diurna e insomnio nocturno.
- Alteraciones perceptivas: alucinaciones/ideas delirantes (visuales y/o auditivas).
- Trastornos del ánimo (enfado, rabia, temor injustificado).
- Mioclonias.
- Otras: Incontinencia urinaria/fecal, estreñimiento/diarrea, náuseas y vómitos, sudoración, alteraciones en el control de la T/A, taquicardia/bradicardia, distasia.

Diagnóstico:

Identificación del cuadro

CAM (Confusional Assessment Method)
<p>A) Comienzo agudo y curso fluctuante</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 períodos normales con estados de confusión de severidad variable?</p>
<p>B) Desatención</p> <p>¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención? Por ejemplo, ¿estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que estaba diciendo?</p>
<p>C) Pensamiento desorganizado</p> <p>¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes, mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras o cambió de tema de conversación inexplicablemente?</p>
<p>D) Alteración de conciencia</p> <p>Estados anormales:</p> <p>Vigilante (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales).</p> <p>Somnoliento (despertar fácil).</p> <p>Estuporoso (difícil de despertar).</p> <p>Coma (imposible de despertar).</p>

Para sospecha del delirium: A + B + (C y/o D)

Diagnóstico diferencial

CARACTERÍSTICAS	DELIRIUM	DEMENCIA	DEPRESIÓN	PSICOSIS
Inicio	Agudo	Progresivo	Variable	Variable
Curso	Fluctuante	Progresivo	Variable	Estable
Conciencia	Afectada	Normal	Normal	Normal
Atención	Deterioro grave	Deterioro parcial	Alterada	Alterada
Memoria inmediata	Alterada	Alterada	Intacta	Generalmente normal
Orientación	Alterada	Alterada	Normal	Generalmente normal
Alucinaciones e ideas delirantes	Visuales	No frecuente	Rara	Auditivas

Búsqueda etiológica

Exploración física:

- Toma de constantes (P/A, FC, SatO₂, T^o, FR, glucemia capilar).
- Exploración abdominal (Descartar globo vesical).
- Valoración de extremidades (búsqueda de edemas, úlceras).

Prevención

No farmacológica

Promover el ingreso del paciente con la mayor brevedad posible.

Al ingreso:

- Explicar la razón de ingreso y distribución de los recursos de la habitación (luces, baño, timbres...).
- Aclarar características de la unidad (horarios y máximo de visitas, distribución de comidas...).
- Realizar una valoración integral del estado mental para detectar posibles oscilaciones.

Entorno:

- Evitar tanto sobreestimulación como un entorno carente de estímulos (aislamiento). Se recomienda que el paciente se encuentre acompañado, sobre todo en horario nocturno. Máximo dos visitas por paciente.
- Visibilizar en la habitación objetos como relojes y calendarios.
- Propiciar un entorno seguro.

- Permitir que el paciente traiga objetos personales (camisón, almohada...) como elementos orientativos.
- Facilitar uso de gafas, audífonos y prótesis dentales.
- Favorecer una iluminación con luz natural diurna y débil iluminación nocturna (evitar oscuridad total).
- Minimizar el ruido ambiental.
- Asegurar una temperatura ambiental adecuada (21-24C°).
- Evitar cambios de habitación/reubicaciones a otras unidades. No juntar a 2 pacientes con predisposición hacia el SCA en una habitación.

Descanso:

- Favorecer comodidad evitando pliegues de la sábana o dispositivos que interfieran en el descanso.
- Recomendar administración de bebidas templadas o infusiones relajantes antes de dormir.
- Preguntar sobre la calidad del descanso a diario.
- Programar las intervenciones de enfermería en horario diurno. En caso de no ser posible agrupar al máximo las intervenciones planificadas.

Comunicación:

- Presentarse con nombre y categoría laboral.
- Informar de toda actividad que se va a realizar.
- Tono suave y claro y mensaje adaptado a las capacidades del paciente. Evitar infantilismos y actitudes de excesiva familiaridad. No comportarse como si el paciente no estuviera.

Implicación familiar:

- Entregar y explicar hoja de recomendaciones (ANEXO 1).
- Favorecer ejercicios de estimulación cognitiva 3 veces al día (Pasatiempos, lectura...).
- Implicar en la realización de actividades orientativas (recordar fecha, festividades próximas, noticias...).
- Implicar en el fomento de movilización temprana y mantenimiento de autonomía del paciente.

Retirar con la mayor brevedad posible toda restricción física (catéteres, drenajes, sondas...).

Favorecer una actuación temprana en el manejo del dolor.

Realizar actuaciones preventivas asociadas a posibles complicaciones médicas: Valoración periódica de constantes vitales, estado nutricional y de hidratación, valoración de función vesical e intestinal y control de alteraciones tegumentarias (UPP).

Farmacológica:

No existe evidencia científica de su utilidad.

Tratamiento

No farmacológico

Mantenimiento e intensificación de las medidas preventivas anteriormente expuestas

- Mantenimiento y/o recuperación del estado nutricional/hidratación (reposición de líquidos en caso de deshidratación).
- Aplicación de oxigenoterapia en pacientes con hipoxia.
- Favorecer un buen estado del tracto intestinal y vesical, evitando situaciones de impactación fecal, estreñimiento o retención urinaria (administración de enemas, sondaje vesical).
- Reducir dispositivos (sondas, catéteres, drenajes). Evitar contención mecánica a excepción de situaciones de difícil control.

Farmacológico etiológico

- Administración de analgesia para el dolor.
- Administración de tratamiento del proceso etiológico.

Farmacológico sintomatología delirium

1)Neurolépticos típicos		2)Neurolépticos atípicos
Haloperidol: Neuroléptico de primera elección En ancianos se recomienda 1/3 de la dosis. (Supervisar Efectos adversos)		Cuando se precisan <u>dosis altas</u> : <ul style="list-style-type: none">• Risperidona,• Olanzapina,• Zipraxidona,• Quetiapina
Oral	IM/IV	3)Benzodiacepinas
2.5-5mg con posibilidad de repetición c/30mins hasta un máximo de 100mg/día	Si agitación grave: 5mg IM o 0.25-0.5mg IV con posibilidad de repetición c/30mins hasta un máximo de 30mg/día.	Como <u>tratamiento coadyuvante</u> de los neurolépticos. La asociación más recomendada es la combinación de lorazepam y haloperidol .

CONCLUSIÓN

- Existe una gran variedad de bases de datos repletas de documentos de actualidad tanto de investigación como informativos sobre el SCA, lo cual contrasta con una evidente carencia de conocimientos y habilidades en el manejo de este proceso por parte de los profesionales de enfermería.
- Tras la realización de la encuesta a los profesionales de enfermería de la Segunda General del hospital Virgen del Camino de Pamplona, queda demostrada la ausencia de aplicación de medidas no farmacológicas frente al SCA durante el periodo de ingreso de los pacientes.
- Teniendo en cuenta la sobrecarga de medidas no farmacológicas que deben llevar a cabo los profesionales de enfermería en el proceso preventivo del síndrome, resulta imprescindible impulsar una adecuada educación a familiares/cuidadores de los pacientes con el objetivo de promover su implicación en este proceso mediante la delegación de una serie de actividades sencillas pero efectivas.
- Se ha detectado una carencia de evidencia científica en relación a la prevención y tratamiento farmacológico del síndrome, lo que demuestra la importancia del papel de los profesionales de enfermería y su actuación preventiva basada en la aplicación de medidas no farmacológicas frente a este proceso.
- La falta de formación, escasez de conocimientos y ausencia de aplicación de medidas preventivas frente al síndrome demuestran la necesidad y utilidad de la elaboración de una guía de actuación de enfermería en el proceso de atención a pacientes con riesgo de desarrollar SCA.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Carrera, C., Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales, Enfermería Global, Julio 2012, Nº 27, pp. 356-378. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/revision4.pdf>
- 2) Romero, Á., Amores, L., Alonso, E., Olascoaga, F., Fernández, E., Guía de práctica clínica para la atención al adulto mayor hospitalizado con delirium, Medisur [revista en Internet], Agosto 2015, 13 (3), pp. 458-466. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n3/ms17313.pdf>
- 3) Alonso, Z., González, M.A., Gaviria, M., El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012, 32 (114), pp. 247-259. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n114/03.pdf>
- 4) San Román, M.D., Roca, J., Síndrome confusional agudo, Jano, marzo 2008, Nº 1684, pp. 31-34. Disponible en:
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1684/31/00310034-LR.pdf>
- 5) Sánchez, M.E., Agüera, E., Blanco, A., Protocolo diagnóstico del delirio y del síndrome confusional agudo, Protocolos de práctica asistencial, ResearchGate, Abril 2011, 10 (76), pp. 5174-5177. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/251563656_Protocolo_diagnostico_de_l_delirio_y_del_sindrome_confusional_agudo
- 6) Vera, M.E., Quintana, P., Niveyro, M.C., Altamirano, R., Síndrome confusional agudo en pacientes internados en terapia intensiva en el hospital geriátrico "Juana Francisca Cabral", Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, Agosto 2011, Nº 208, pp. 6-10. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista208/3_208.pdf
- 7) Martínez, A., Atención al paciente frágil: síndrome confusional agudo, Màster Oficial de Lideratge i Gestió d'Infermeria, Universitat de Barcelona, 2012. Disponible en:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/28909/1/aten_paciente.pdf
- 8) Crespo, F., Castellón, R., Cárdenas, A.S., Saavedra de la Cruz, A., Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas, Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 2014, 11(2). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2014/hph142g.pdf>

- 9) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Cuidados de enfermería en la prevención del síndrome confusional agudo en el paciente anciano hospitalizado, Comunidad de Madrid, Marzo 2012, pp. 1-11. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DSindrome_Confusional_Agudo_PT-GEN-60.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310881535832&ssbinary=true
- 10) Rodríguez, B., Gato, A., Protocolo de evaluación clínica y tratamiento del paciente agitado, Medicine, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, 2007, 9(87), pp. 5631-5634. Disponible en:
<https://playarobayera.wikispaces.com/file/view/paciente+agitado.pdf>
- 11) Villalobos, J.A., García, T., Reyna, J.L., Montes de Oca, M.A., Causas de delirium en adultos mayores postoperados de cirugía cardíaca, Revista Mexicana de cardiología, Septiembre 2010, 21 (3) Julio, pp. 111-120. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2010/h103c.pdf>
- 12) Millán, J.C., Gerontología y Geriatria: Valoración e intervención, España, Editorial Médica Panamericana, 2010, pp. 373-392.
- 13) Guillén, F., Pérez Del Molino, J., Petidier, R., Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico, 2ª edición, España, Editorial Elsevier Masson, 2010, pp. 547-556.
- 14) Ortiz de Zárate, A., Alonso, I., Ubis, A., Ruiz de Azúa, M. A., Psicogeriatría, guías de cuidados de enfermería en salud mental, 3ª edición, España, Editorial Elsevier Masson, 2010, pp. 21-23.
- 15) Domínguez, F.J., Soto, A., Delirium (I): Aspectos histórico-conceptuales, nosología, epidemiología, etiopatogenia y clínica, Revista Psiquiatria.com., 2012, 16(1) Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/50/04/29/50042945211016133213227965700707176296>
- 16) Martínez, G., Delirium: respuestas pendientes, Sección de Geriatria, Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2008, 19:pp. 130-138. Disponible en:
<https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/delirium.pdf>
- 17) Carrillo, R., Medrano del Ángel, T., Delirium y disfunción cognitiva postoperatorios, Revista Mexicana de Anestesiología, Septiembre 2011, 34(3), pp. 211-219. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma113i.pdf>

- 18) Vega, E., Nazar, C., Rattalino, M., Pedemonte, J., Carrasco, M., Delirium postoperatorio: una consecuencia del envejecimiento poblacional, Revista Médica Chile, 2014, 142: pp. 481-493. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n4/art10.pdf>
- 19) Tiare, O., Esperanza, O., Patricio, G., Delirium: actualización en manejo no farmacológico, revista chilena de neuro-psiquiatría, 2014, 52(4) pp. 288-297. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v52n4/art07.pdf>
- 20) Gómez, L.O., Díaz, L., Cortés, F., Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos, Revista electrónica trimestral de enfermería, Enfermería global, Enero 2016, Nº 41, pp. 49-63. Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/210841/187841>
- 21) Duaso, E., Formiga, F., Rodríguez, D., Tratamiento farmacológico del delirium, Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2008, 43 (3), pp.33-37. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-tratamiento-farmacologico-del-delirium-90034525>
- 22) Martínez, N., Alonso, C., Ripa, C., Sánchez, R, Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano, Cirugía Española, Elsevier Doima, 2012, 90 (2), pp. 75-84. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90097421&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=36&ty=86&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v90n02a90097421pdf001.pdf
- 23) Fernandez, A., Zabala, J., Restricción física: revisión y reflexión ética, Gerokomos, 2014, 25 (2), pp. 63-67. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision2.pdf>
- 24) Abellán, A., Pujol, R., Un perfil de las personas mayores en España, 2016, indicadores estadísticos básicos, Informes envejecimiento en red, Madrid, enero 2016, nº 14. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- 25) Abellán, A., Rodríguez, R., Los hospitales envejecen, Informes envejecimiento en red, 1: diciembre 2014. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/Los-hospitales-envejecen.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A FAMILIARES PARA LA PREVENCIÓN DEL SINDROME CONFUSIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO.

Todo paciente anciano es susceptible de padecer estados de confusión mental durante su ingreso en el hospital. En ellos, el paciente experimenta cambios en la capacidad de atención, conciencia, percepción del entorno, pensamiento, memoria, emociones y alteraciones en el ciclo del sueño. Se trata de un síndrome frecuente y suele resolverse, pero implica un aumento de riesgos que dificultan el proceso de recuperación del paciente. Por ello, conviene indicar una serie de recomendaciones que pueden ayudar a prevenir esta complicación.

- Intente que el enfermo esté siempre acompañado sin exceder el máximo de visitas (2 personas). Es de especial importancia que el paciente esté acompañado durante la noche. En caso de no haber acompañante se recomienda el contrato de un cuidador temporal para el horario nocturno.
- Hable con el paciente sobre el motivo de ingreso, ubicación y fecha y procure facilitarle objetos orientativos como periódicos, relojes o calendarios. Se aconseja también hacer referencias a festividades próximas y eventos familiares.
- Lleve como elemento orientativo algún objeto personal del paciente a la habitación (fotos, bata, camisón, almohada...), siempre manteniendo el orden y retirando objetos que no tengan utilidad.
- Si el paciente usa habitualmente gafas, audífono y/o prótesis dental se aconseja su uso durante el día.
- Evite el exceso de ruido en la habitación.
- Colabore con la realización de ejercicios de estimulación mental adaptados a las capacidades del paciente (pasatiempos, adivinanzas, lectura...) al menos 3 veces al día.
- Para comunicarse con el paciente utilice un tono de voz adecuado con un lenguaje sencillo, evitando en todo momento comportarse como si el paciente no estuviera.
- Procure que el paciente no duerma durante el día para favorecer el descanso nocturno.
- Intente fomentar la capacidad de autocuidado del paciente y promueva la movilidad del enfermo, siempre teniendo en cuenta las recomendaciones médicas.
- **Ante cualquier duda consulte al personal de enfermería.**

- Preguntar sobre la calidad del descaso a diario.
- Programar las intervenciones de enfermería en horario diurno. En caso de no ser posible agrupar al máximo las intervenciones planificadas.

Comunicación:

- Presentarse con nombre y categoría laboral.
- Informar de toda actividad que se va a realizar.
- Tono suave y claro y mensaje adaptado a las capacidades del paciente. Evitar infantilismos y actitudes de excesiva familiaridad. **No comportarse como si el paciente no estuviera.**

Implicación familiar

- Entregar y explicar hoja de recomendaciones.
- Favorecer ejercicios de estimulación cognitiva 3 veces al día (Pasatiempos, lectura...).
- Implicar en la realización de actividades orientativas (recordar fecha, festividades próximas, noticias...).
- Implicar en el fomento de movilización temprana y mantenimiento de autonomía del paciente.

Retirar con la mayor brevedad posible toda restricción física (catéteres, drenajes, sondas...).

Favorecer una actuación temprana en el manejo del dolor.

Realizar actuaciones preventivas asociadas a posibles complicaciones médicas: Valoración periódica de constantes vitales, estado nutricional y de hidratación, valoración de función vesical e intestinal y control de alteraciones tegumentarias (UPP).

Prevención farmacológica:

No existe evidencia científica de su utilidad.

Tratamiento

No farmacológico

Mantenimiento e intensificación de las medidas preventivas anteriormente expuestas.

-Mantenimiento y/o recuperación del estado nutricional/hidratación (reposición de líquidos en caso de deshidratación).

-Aplicación de oxigenoterapia en pacientes con hipoxia.
-Favorecer un buen estado del tracto intestinal y vesical, evitando situaciones de impactación fecal, estreñimiento o retención urinaria (administración de enemas, sondaje vesical).

-Evitar contención mecánica a excepción de situaciones de difícil control.

Farmacológico: etiológico

-Administración de analgesia para el dolor.

-Administración de tratamiento del proceso etiológico

Farmacológico: sintomatología delirium

1)Neurolépticos típicos		2)Neurolépticos atípicos
<p>Haloperidol: Neuroléptico de primera elección En ancianos se recomienda 1/3 de la dosis. (Supervisar Efectos adversos)</p>		<p>Cuando se precisan <u>dosis altas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Risperidona, • Olanzapina, • Zipraxidona, • Quetiapina
Oral	IM/IV	3)Benzodiazepinas
<p>2.5-5mg con posibilidad de repetición c/30mins hasta un máximo de 100mg/día</p>	<p>Si agitación grave: 5mg IM o 0.25-0.5mg IV con posibilidad de repetición c/30mins hasta un máximo de 30mg/día.</p>	<p>Como <u>tratamiento coadyuvante</u> de los neurolépticos. La asociación más recomendada es la combinación de lorazepam y haloperidol.</p>

GUÍA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA PARA EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) O DELIRIUM

Definición:

Síndrome cerebral orgánico de origen multifactorial, manifestado a través de un conjunto de alteraciones cognitivas (atención, conciencia, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y periodos de sueño-vigilia).

Curso: Inicio agudo y curso fluctuante (fluctuaciones diurnas y exacerbación nocturna).

Tipos:

- **Hiperactivo:** Aumento de la actividad psicomotora presentando un estado de hiperalerta (agresividad, confusión, ideas delirantes).
- **Hipoactivo:** Disminución de actividad psicomotora y estado de hipoalerta (actitud letárgica, estuporosa, apática, somnolienta, disminución de conciencia).
- **Mixto:** Combinación de los anteriores (fluctuaciones impredecibles).

Causas: Etiología multifactorial

PREDISPONENTES	PRECIPITANTES
<ul style="list-style-type: none"> -Edad avanzada -Demencia preexistente -Deprivación sensorial -Polimedicación -Comorbilidad -Trastornos de la ingesta -Deterioro funcional 	<ul style="list-style-type: none"> -Proceso infeccioso -Dolor -Insuficiencia renal/hepática -Hipoxia/ hipercapnia -Alteraciones ambientales: ruido, iluminación inadecuada, aislamiento... -Restricción física - Cirugía

Manifestaciones clínicas:

Deterioro de la orientación temporoespacial

- **Atención:** Incapacidad de dirigir, focalizar, sostener o cambiar la atención.
- **Conciencia:** Variaciones desde estados de hiperalerta a estupor o coma a lo largo del día.
- **Memoria:** alteraciones en la capacidad de almacenar, retener y recordar información. Generalmente afectada la memoria reciente.

Lenguaje verbal empobrecido y afectación del lenguaje escrito.

Inversión ciclo sueño-vigilia: somnolencia diurna e insomnio nocturno.

Alteraciones perceptivas: alucinaciones/ideas delirantes (visuales y/o auditivas).

Trastornos del ánimo (enfado, rabia, temor injustificado)

Mioclonias (movimientos involuntarios).

Otras: Incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, diarrea, náuseas y vómitos, sudoración, alteraciones en el control de la T/A, taquicardia/bradicardia, distasia.

Diagnóstico:

Identificación del cuadro:

CAM (Confusional Assessment Method)

A) Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente?

¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?

2

B) Desatención

¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención? Por ejemplo, ¿estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que estaba diciendo?

C) Pensamiento desorganizado

¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes, mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras o cambió de tema de conversación inexplicablemente?

D) Alteración de conciencia

Estados anormales:

Vigilante (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales).

Somnoliento (despertar fácil).

Estuporoso (difícil de despertar).

Coma (imposible de despertar).

Para sospecha del delirium: A + B + (C y/o D).

Diagnóstico diferencial

Características	delirium	demencia	depresión	psicosis
Inicio	Agudo	Progresivo	variable	variable
Curso	Fluctúa	Progresivo	Variable	Estable
Conciencia	Afectada	Normal	Normal	Normal
Atención	Déficit grave	Déficit parcial	Alterada	Alterada
Memoria inmediata	Alterada	Alterada	Normal	Normal
Orientación	Alterada	Alterada	Normal	Generalmente normal
Alucinaciones y delirios	Visual	No frecuente	Rara	Auditiva

Búsqueda etiológica

Exploración física:

- Toma de constantes (P/A, FC, SatO₂, T^a, FR, glucemia capilar).
- Exploración abdominal (Descartar globo vesical).
- Valoración de extremidades (búsqueda de edemas, úlceras).

3

Prevención no farmacológica

Promover el ingreso del paciente con la mayor brevedad posible.

Al ingreso

- Explicar la razón de ingreso y distribución de los recursos de la habitación (luces, baño, timbres...).
- Aclarar características de la unidad (horarios y máximo de visitas, distribución de comidas...).
- Realizar una valoración integral del estado mental para detectar posibles oscilaciones.

Entorno:

- Evitar tanto sobreestimulación como un entorno carente de estímulos (aislamiento). Se recomienda que el paciente se encuentre acompañado, sobre todo en horario nocturno. Máximo dos visitas por paciente.
- Visibilizar en la habitación objetos como relojes y calendarios.
- Propiciar un entorno seguro.
- Permitir que el paciente traiga objetos personales (camisón, almohada...) como elementos orientativos.
- Facilitar uso de gafas, audífonos y prótesis dentales
- Favorecer una iluminación con luz natural diurna y débil iluminación nocturna (evitar oscuridad total).
- Minimizar el ruido ambiental.
- Asegurar una temperatura ambiental adecuada (21-24°C).
- Evitar cambios de habitación/reubicaciones a otras unidades. **No juntar a 2 pacientes con predisposición hacia el SCA en una habitación.**

Descanso

- Favorecer comodidad evitando pliegues de la sábana o dispositivos que interfieran en el descanso.

4