



FACULTAD DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE COMPOSTELA

TRABAJO DE FÍN DE GRADO
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL
ADULTO MAYOR

TUTOR, MANUEL GANDOY CREGO

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
GRADUADA**

POR BEATRIZ CAPEÁNS TUBÍO

Febrero 2022

Santiago de Compostela

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Grao en Enfermería

**O Proxecto de Fin de Grao titulado: S, foi
realizado por o/a abaixo asinante.**

Santiago de Compostela, 10 de febrero de 2022

O/a alumno/a, Beatriz Capeáns Tubío

GANDROY
CREGO
MANUEL

Vº Bº

O/A titor/a

Firmado
digitalmente por
GANDROY CREGO
MANUEL -
Fecha: 2022.02.10
20:40:48 +01'00'

Fdo.:



AGRADECIMIENTOS

Ha sido larga la espera.

Con idas y venidas y muchas vueltas pongo fin a un ciclo que ha sido vital para mi desarrollo personal y profesional.

Mediante agradecimientos, me gustaría exaltar la labor de acompañamiento de todas aquellas personas que se han cruzado en el camino escuchándome decir “no puedo”. No ha sido fácil, pero las cosas que merecen la pena, a veces se hacen esperar.

En primer lugar, quiero resaltar el papel de mi familia. El paso del tiempo me ha permitido madurar la idea de “tú vales para esto”, el tiempo te situará y pronto abrazarás y entenderás lo importante que es ponerle esfuerzo, coraje y pasión a las cosas en cada momento- gracias.

A todos y cada uno de mis profesores y compañeros de profesión. A la persona que me ha tutorizado, Manuel Gandoy por su paciencia. Os habéis convertido en un gran espejo. A mis amigos, que me han facilitado palabras muy sabias y de gran ayuda. Y por último a mi pareja, que como él dice “la vida te empuja, así que adelante”.

ABREVIATURAS: **SCA:** Síndrome Confusional Agudo

GER: Geriatría

SCA: Síndrome Confusional Agudo

DSM-V: Manual de Diagnóstico Estadísticos de los
Trastornos Psiquiátricos

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades

ACH: Acetilcolina

CAM: Confussion Assesment Method

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
2. OBJETIVOS	7
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
3.1. CONCEPTO	8
3.2. CONSIDERACIONES HISTÓRICAS	8
3.3. EPIDEMIOLOGÍA	9
3.4. ETIOLOGÍA	9
3.5. FISIOPATOLOGÍA	10
3.6. DIAGNÓSTICO	11
3.7. INTERVENCIONES	12
4. MATERIAL Y MÉTODOS	15
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	18
6. CONCLUSIONES	20
7. BIBLIOGRAFÍA	21
8. ANEXOS	23

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

SCA (Síndrome Confusional Agudo) o *Delirium*: es uno de los *síndromes cognitivos* que más afecta al paciente anciano frágil. El envejecimiento poblacional, ha conducido a que la atención hospitalaria moderna concentre cada vez mayor cantidad de adultos mayores portadoras de diversas condiciones crónicas, que requieren de una atención integral y especializada.

Esta entidad constituye una emergencia médica que no se trata adecuadamente. Las cifras epidemiológicas nos alertan de haberse convertido en una problemática entre los clínicos, por su dimensión multicausal y de abordaje terapéutico tardío.

El SCA se entiende por un trastorno neuropsiquiátrico que cursa con una alteración transitoria del estado mental, caracterizado por una serie de manifestaciones clínicas, principalmente a nivel de la conciencia y la atención. De aparición aguda (en horas y días) y de curso fluctuante, con alternancia de intervalos lúcidos diurnos y empeoramiento nocturno. Además, pueden verse afectadas otras áreas como la del lenguaje, el pensamiento, la memoria, la percepción, el ciclo sueño-vigilia o la orientación. Suele ser la manifestación de una alteración orgánica subyacente, aunque en la mayoría de los casos su origen es multifactorial. (1)

Un ejemplo que nos puede ayudar a situarnos es “el curso de una infección de orina”, “secundario a fractura de cadera”, comportándose como una manifestación atípica, un síntoma, que nos obliga a buscar la causa de la enfermedad base desencadenante.

Existen pocos estudios y datos epidemiológicos a nivel de AP, relacionados principalmente con el régimen institucional y la hospitalización. Las cifras de incidencia y prevalencia son muy variables, dependen de varios factores como de la población a estudiar y/o tipo de régimen asistencial, método diagnóstico y de las comorbilidades que puedan surgir y el proceso de cuidados, entre otros.

Este comportamiento ensombrece el pronóstico y retrasa el tratamiento. Tiene un importante efecto sobre la salud individual, incrementándose las tasas de morbimortalidad, la estancia hospitalaria y, por tanto, los costos sanitarios.

Palabras clave: Delirium. Síndrome Confusional Agudo. Adulto mayor.

ABSTRACT

Through the following literature review we will define one of the main geriatric clinical syndromes in people over 65 years of age. Delirium or Acute Confusional Syndrome (ACS).

ACS (Acute Confusional Syndrome) or Delirium: is one of the cognitive syndromes that most affects the vulnerable elderly patient. The ageing of the population has led to modern hospital care concentrating an increasing number of older adults with various chronic conditions that require comprehensive and specialised care.

This entity constitutes a medical emergency that is not adequately treated. Epidemiological figures alert us to the fact that it has become a problem among clinicians, due to its complex multi-causal dimension and delayed therapeutic approach.

It is understood as a neuropsychiatric disorder with a transient alteration of the mental state, characterised by a series of clinical manifestations, mainly at the level of consciousness and attention. It has an acute onset (within hours and days) and a fluctuating course, with alternating lucid intervals during the day and worsening at night. In addition, language, thinking, memory, perception, the sleep-wake cycle or orientation may be affected. It is usually the manifestation of an underlying organic disorder, although in most cases its origin is multifactorial. (1)

An example that can help us to situate ourselves is "the course of a urinary tract infection" or "secondary to hip fracture", behaving as an atypical manifestation, a symptom, or which itself forces us to look for the cause of the underlying triggering disease.

There are few studies and epidemiological data at the PC level, being mainly related to the institutional regime and hospitalisation. Incidence and prevalence figures are highly variable, depending on various factors such as the population to be studied and/or type of care regime, diagnostic method and the comorbidities that may arise and the care process, among others.

This behaviour clouds prognosis and delays treatment, has a significant effect on individual health, increasing morbidity and mortality rates and healthcare costs. Therefore, it also suggests an increase in hospital stay and institutionalisation to maintain their care.

Keywords: Delirium. Acute Confusional Syndrome. Older Adult.

2. OBJETIVOS

Objetivo primario: comprensión conceptual del delirium mediante una revisión de la evidencia científica relacionada con las características más importantes en estudio.

Objetivo secundario: detección y mejora a la hora de su abordaje y tratamiento.

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1. DEFINICIÓN

Por delirium se entiende a un trastorno agudo y fluctuante de la atención y la cognición que se presenta por lo general en el paciente frágil. Presenta uno o más factores de riesgo “predisponentes” y/o “precipitantes”; puede también ser secundario a una patología médica aguda o a un uso de fármacos y/o un evento quirúrgico-anestésico electivo o de emergencia. Es un cuadro reversible donde su mecanismo fisiopatológico no está bien definido y posiblemente varíe según la etiología. (2)

3.2. CONSIDERACIONES HISTÓRICAS

Delirio viene del latín delirium que a su vez viene de la palabra latina, “de”: <alejado de> y “lira”: <surco> que significa, “alejarse del surco en el campo”. Fue acuñado por el escritor romano Celsus. Los que no podían trazar un surco de manera correcta "deliraban".(3)

A lo largo de la historia, el delirium se ha conocido por diversos nombres: falla cerebral aguda, síndrome cerebral orgánico agudo, síndrome confusional o psicosis postquirúrgica entre otros.

Existen descripciones de su primer relato desde la Antigüedad, aportados por Hipócrates y Celso (450 AC y 81 DC) al referirse a la presencia de una alteración mental acompañada de fiebre. Posteriormente, esta entidad psiquiátrica ha sido conceptualizada de forma sistemática a partir de investigaciones fenomenológicas hasta su reciente incorporación en 1980 a la clasificación de enfermedades psiquiátricas, integrada en el manual DSM-III. En la actualidad han aparecido mínimas modificaciones reflejadas en versiones más recientes de dicho manual, como es el DSM-V, estableciéndose como etiqueta diagnóstica; y en el CIE-10 (clasificación internacional de las enfermedades). Esta entidad se sitúa en la frontera entre la psiquiatría y el resto de especialidades médicas y su investigación clínica se remonta sólo a los últimos 30 años. (2)

3.3. EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras que describen la prevalencia e incidencia varían según estudios epidemiológicos realizados, debido a las particularidades de la población estudiada y/o el nivel asistencial, de la enfermedad médica que padece y de la variedad de factores asociados.

La incidencia del delirium aumenta con la edad, siendo más prevalente en la octava década de la vida (13,6%) y en sexo femenino. Se puede dar en cualquier nivel asistencial como hemos mencionado anteriormente. Sin embargo, aproximadamente, entre un 10% y un 20% de los ingresos hospitalarios se deben a la presencia de delirium; entre un 10% y un 30% se desarrollan en la misma hospitalización, variando los datos según el diagnóstico de ingreso. Se trata del segundo síndrome psiquiátrico más prevalente en este ámbito después de los trastornos depresivos. (4).

En estas dos últimas décadas, se han hecho estudios sobre la prevalencia del delirium por diversos autores.

Como hemos mencionado anteriormente, las cifras de prevalencia varían según el diagnóstico de ingreso. Lo podemos contrastar con estudios de investigación realizados . En el año 2001, en una muestra de 126 personas mayores de 65 años con fractura de fémur separados en dos grupos aleatorios, fueron admitidas de urgencia para ser intervenidas. Uno de los grupos sirvió de control, no se estableció un protocolo de prevención de delirium y las cifras de prevalencia fueron de un 50%. Mientras el otro fue seguido por una unidad de geriatría y bajo protocolo; en este caso la prevalencia se estableció en 32% de los casos. (5)

3.4. ETIOLOGÍA

En la última clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría se diferencian cuatro subtipos de *delirium* según su etiología: a) debido a una enfermedad médica; b) inducido por sustancias; c) debido a múltiples etiologías, y d) no especificado, sin etiología de base. En cualquier caso, el estudio de los posibles factores causales del *delirium* determinará la naturaleza

de la intervención terapéutica, que ha de tener en cuenta los diversos hallazgos clínico-biológicos. (7)

Su etiología tiene una naturaleza multifactorial. Puede partir de una enfermedad de base orgánica, ya mencionada anteriormente, y estar implicados una serie de factores de riesgo. Clásicamente están divididos en “factores predisponentes” (no modificables, como la edad, el sexo, la hospitalización o el deterioro cognitivo previo) y en “factores precipitantes” (modificables o desencadenantes, como las sujeciones físicas, la desnutrición o deshidratación, las infecciones o ciertos medicamentos). La combinación de estos dos factores aumenta la predisposición.

De la prontitud del diagnóstico y tratamiento depende el pronóstico. Anexo 1. (4), (6)

3.5. FISIOPATOLOGÍA

Se ha especulado sobre el origen de este síndrome, y existen numerosas teorías que intentan explicarlo, destacando las siguientes:

-Teoría del desequilibrio y alteración en la neurotransmisión cerebral: se produce un envejecimiento cerebral, con cambios morfológicos y fisiológicos en el cerebro, que disminuyen la reserva funcional del adulto mayor. Esto afecta a unas áreas concretas encargadas de mantener el nivel de conciencia y atención. (8) A este nivel podemos determinar una alteración de la neurotransmisión. En ella se encuentran implicados diversos neurotransmisores como la acetilcolina, serotonina, dopamina, y GABA entre otros, los cuales por defecto o por exceso justificarán los síntomas. Un déficit de Ach, justifica una disfunción cognitiva; mientras que un aumento de la serotonina es causa de sintomatología psicótica. Hay determinados fármacos que se pueden utilizar para el tratamiento de la sintomatología. El haloperidol, bloquea los receptores de dopamina reduciendo así las alucinaciones e ilusiones propias del delirium, mientras que los anticolinérgicos son fármacos relacionados con la causa del delirium.

-Teoría inflamatoria: una respuesta inflamatoria sistémica genera un aumento en la producción de citoquinas, las cuales pueden activar las células gliales y así generar una reacción inflamatoria. La presencia, entonces, de mediadores y citoquinas proinflamatorias a nivel

cerebral producirían una disfunción neuronal y sináptica, con la aparición de síntomas neuroconductuales y cognitivos de delirium. (9)

3.6. DIAGNÓSTICO

La presencia de delirium se establece por su clínica, utilizando también una serie de herramientas diagnósticas.

Como todo proceso diagnóstico se recurrirá a la Anamnesis o revisión de la historia clínica, con el fin de identificar factores predisponentes y precipitantes; acompañado de una exploración física y neurológica. Es importante la colaboración del entorno para complementar la información. A esto se le añade la utilización de escalas de valoración, que ayudan a complementar el diagnóstico del delirium entre las que destacan: Apache II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), mide la severidad de una Enfermedad aguda mediante datos clínicos; índice de comorbilidad de Charlson, determina el grado de comorbilidad de los pacientes y Barthel, estudia la capacidad de los pacientes en realizar 10 actividades básicas.

Como herramienta diagnóstica específica se utiliza el CAM (Confussion Assesment Method). Presenta una sensibilidad del 93% y una especificidad del 89%. Se recomienda pasar varias veces al día debido a su curso fluctuante y a sus intervalos de lucidez; no obstante, ante un resultado negativo, la sospecha clínica se antepone a toda herramienta diagnóstica utilizada. Ver Anexo 3. (9), (16)

Un examen de laboratorio y una revisión de la medicación representan también pruebas complementarias básicas, permitiendo hacer una valoración etiológica.

Junto a estas herramientas se utiliza el manual de criterios diagnósticos DSM-V. Este manual establece una serie de premisas que deben coincidir con los signos y síntomas del propio síndrome (9). Se observa lo siguiente:

1. Cambio en las funciones *cognoscitivas*, (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje)

2. La alteración se presenta en un *corto periodo de tiempo* (habitualmente en horas o días) y tiende a *fluctuar* a lo largo del día.
3. Demostración a través de la historia, de la exploración física y las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Por tanto, se ha sugerido que la presencia de alteración de la conciencia y la atención, con pensamiento desorganizado, inicio agudo y curso fluctuante, favorecen un mejor diagnóstico.

Clínicamente distinguimos tres subtipos de delirium:

1. SCA hiperactivo. Cursa con un aumento de la actividad psicomotora, con agitación y en ocasiones agresividad, conducta desorganizada, alucinaciones e ideas delirantes.
2. SCA hipoactivo. El más frecuente y menos diagnosticado por la atipicidad de sus síntomas. Se caracteriza por un enlentecimiento psicomotor, presentando apatía, letargia, y bradipsiquia.
3. SCA mixto. Presenta características de los anteriores y es el más prevalente.

3.7. INTERVENCIONES

1. La prevención debe ser nuestra primera línea de actuación, y está constituida esencialmente por medidas no farmacológicas. Recae en el personal de enfermería debido a la capacidad de predecir, identificar y actuar ante las primeras manifestaciones relacionadas, como para tratar la fase activa del trastorno cognitivo que hemos venido a presentar. Para ello es necesario la elaboración de protocolos de intervención que aborden los principales factores de riesgo.

Como resultado favorable se ha comprobado la reducción de forma significativa de la incidencia y duración de cuadro clínico (11), (15). Anexo 2

2. Es fundamental identificar y tratar la causa subyacente. En muchas ocasiones facilitaría una resolución completa del cuadro de delirium.
3. Control de síntomas. Cuando el soporte familiar y las medidas medioambientales son insuficientes para controlar la sintomatología del delirium, se ha de recurrir a las medidas

farmacológicas para tratar fundamentalmente episodios psicóticos y el insomnio. En psicogeriatría se recomienda utilizar antipsicóticos atípicos a dosis bajas como primera línea de elección, con menos efectos secundarios, y que puedan interferir en la presencia de las diferentes patologías que pueda presentar el anciano.

Como hemos mencionado anteriormente, los cuidados de enfermería son fundamentales para los pacientes con delirium. Pueden variar dependiendo del grado asistencial en donde se encuentre el paciente. Siempre deben compartir un objetivo en común: evitar en todo lo posible medidas e intervenciones terapéuticas que puedan empeorar el grado de confort del enfermo.

Se debe recurrir siempre que se pueda a la vía oral, reduciendo al mínimo el tiempo de sueroterapia, mal tolerada por el paciente con delirium, por riesgo de arrancamiento. Así mismo, en estos pacientes no se recomienda el sondaje vesical, exceptuando en el caso de una retención urinaria.

Las acciones dirigidas a los factores de riesgo desencadenantes de esta alteración neurológica los agrupamos en las siguientes intervenciones:

1. Gestión del ambiente: el entorno en el que se ubique debe reunir unas características especiales o lo que es lo mismo mantener unas medidas ambientales. La iluminación es importante; se recomienda que la luz sea suave y no se deben mantener en completa oscuridad durante la noche. Es habitual que los síntomas se magnifiquen durante este momento del día. El espacio físico debe estar habilitado para aquellos que necesiten moverse, lo que evitaría el riesgo por inmovilidad tan habitual en este tipo de paciente. Colores relajantes y evitar obstáculos como excesiva decoración y espejos. Los ruidos tampoco deben estar presentes, se puede utilizar musicoterapia para bajar los niveles de ansiedad. Y utilizar diferentes espacios delimitados en su rutina diaria.

Es importante proveer de materiales familiares al paciente con delirium: fotos, recuerdos, notas... y realizar una adecuada valoración de los sentidos con la aplicación de las medidas correctoras oportunas.

Se recomienda establecer un personal de referencia para facilitar la comunicación con el paciente y el mismo cuidador principal. Para ello, los profesionales utilizan placas de identificación, conversación en tono suave y cálido, y se dirigen al paciente por su nombre.

La nutrición y la hidratación son imprescindibles ya que no hay manifestación en el paciente de esta necesidad, es conveniente adecuar la ingesta a sus características y gustos.

2. Monitorización del dolor y el sueño: es fundamental una higiene de sueño, levantarse y acostarse a la misma hora. Enfermería tiene a su disposición escalas, en este parámetro puede utilizar la escala EVA, permite registrar la percepción que tiene el paciente sobre su dolor.
3. La nutrición y la hidratación son imprescindibles ya que el paciente no demandará esta necesidad, es conveniente adecuar la ingesta a las características y gustos del paciente. (14)

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda Bibliográfica:

Los dos principales motores de búsqueda utilizados durante la investigación fueron Google Académico y Pubmed: se realizó una búsqueda bibliográfica inicial sobre el primer parámetro tratado en este trabajo –delirium– y, posteriormente, la ecuación de búsqueda con el segundo parámetro –adultos mayores:

Palabras clave:

1. «Delirium»: 35800 resultados.
2. «Delirium», «Adulto mayor»: 7330 resultados.

Primeramente se recurrió a Google Académico con el objetivo de adquirir una visión global del tema. A partir de ahí, se eligieron diversos artículos de forma sistemática con la obtención de una cantidad elevada de publicaciones. Los resultados principales encontrados fueron revisiones bibliográficas y algún que otro estudio realizado en los últimos años.

Las publicaciones aparecían derivadas en sitios web, alguna revista científica y virtual.

Criterios de elegibilidad:

La existencia de gran cantidad de bibliografía encontrada hizo necesaria delimitar la búsqueda. Se trabajó bajo criterios de elegibilidad de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Al comienzo se estableció un **intervalo de tiempo** específico de 12 años anteriores a la elaboración de este trabajo (2011-2022), el resultado de las búsquedas al respecto de esta materia fue escaso, tanto en calidad como en fuentes, como así constatan también los autores de los artículos consultados. Por consiguiente, el intervalo de tiempo incluido comienza a partir del año 2000.

Los resultados obtenidos en estas dos horquillas de tiempo manejadas fueron los siguientes:

- Últimos 12 años (2010-2021/22): 4690 resultados.
- Últimos 22 años (2000-2022): 6770 resultados

Para acotar más el foco del trabajo, el siguiente criterio de elección fue la **selección de revisiones bibliográficas** que tuviesen un título con las palabras clave y una estructura configurada por resumen, contenido a estudiar, discusión, resultados y conclusión. **El resultado total de revisiones bibliográficas encontradas fueron 82.**

El **rango de edad** también fue determinante. Se incluyó en la búsqueda a las **personas mayores que superasen los 65 años y como medio asistencial la institucionalización**: tener la condición de paciente hospitalizado o institucionalizado en centros de media o larga estancia, centros geriátricos, etc.

Criterios de exclusión:

1. Geográfico: se excluyeron todas las publicaciones no provenientes de Iberoamérica o Europa.
2. Lingüístico: todas las publicaciones que no estuviesen en español o en inglés.
3. Palabras clave negativas: «Unidad de Cuidados Intensivos» y «Cuidados Paliativos» y como etiología, «Alzheimer» y «Consumo de sustancias».

En esta primera criba, **desechamos 57 resultados de los 82 anteriormente incluidos** de los cuales en **2** se observaron diferencias en la epidemiología, en la prevalencia en cuanto al sexo.

- Mayor prevalencia de delirium en hombres: 2 resultados

Para concluir esta primera búsqueda, de 25 artículos filtrados 11 se introdujeron como bibliografía referenciada. Intervino en este momento de la búsqueda la lectura del resumen y las conclusiones, se valoró la calidad informativa de la publicación

En resumen, se hicieron tres búsquedas bibliográficas en las dos bases de datos utilizadas. La primera permitió adquirir una estructura en la introducción del trabajo. Las sucesivas proporcionaron una información más detallada, ayudando a complementar la información con nuevos artículos más actualizados.

La siguiente búsqueda se realizó en **pubmed**, con la utilización de las mismas palabras clave pero en inglés. Los filtros utilizados también fueron los mismos con el añadido de revisar otro

tipo de estudios y limitar el tiempo a 10 años, esta fase de la revisión sirvió para complementar la introducción buscando datos más específicos y contrastables.

5. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El síndrome confusional agudo es una entidad de gran relevancia, según lo concluido en esta revisión bibliográfica, siendo necesaria una atención precoz y un diagnóstico temprano. Los autores ven recomendable que cada centro, atendiendo a sus características, estructura organizativa y dotación personal, desarrolle protocolos de actuación para el diagnóstico precoz y tratamiento del delirium, pero sobre todo para su prevención. Estos protocolos deben revisarse periódicamente para valorar su efectividad y promover su optimización.

Se encuentran coincidencias en las herramientas a utilizar para el diagnóstico siendo, la anamnesis y la revisión de la historia clínica, la exploración física y neurológica, escalas de valoración (APACHE II, Charlson, y Barthel entre otras) y como herramienta específica, CAM; así como también exámenes de laboratorio y revisiones de medicación, que nos ayudarán en su detección. (4,), (5).

Son necesarios más trabajos de investigación y guías de práctica clínica que mejoren el conocimiento y las habilidades en el manejo de los pacientes con delirium. El manejo del delirium puede convertirse en un buen indicador del estado de salud del paciente geriátrico, desde el punto de vista individual y asistencial. (14)

Es un síndrome que tras años de observación no ha evolucionado hacia una mejoría en la práctica clínica. Se hace referencia a una gran variedad de factores de riesgo, pero estos suelen estar mal localizados y por tanto no es tan evidente la forma de actuación. Gran número de prácticas, describen la responsabilidad de los profesionales sanitarios y, en concreto, de Enfermería, que radica en minimizar,, a través de la buena praxis, estos factores de riesgo evitables bajo criterios preventivos con medidas preferiblemente no farmacológicas, así como identificar y tratar la causa subyacente y el control de los síntomas. (7), (11), (15)

Es habitual encontrarnos con una aproximación global y poco específica en las intervenciones. Esto ocasiona entre los profesionales que se continúe tratando el síntoma, por la dificultad que entraña el diagnóstico como tal, más que la propia causa. El tratamiento suele ser inmediato, mediante la administración de farmacología y ciertas medidas secundarias que generen confort ambiental.

Como hemos mencionado anteriormente, es común no buscar la causa subyacente, como puede ser una infección de orina o respiratoria que cursa con un delirio de alguno de los subtipos ya nombrados. Por tanto, esta entidad requiere de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, ya que estamos ante un síndrome evitable en el tiempo con consecuencias que, si se alargan, se convierten de mal pronóstico.

Tras el análisis de la literatura se han encontrado diferencias de datos en cuanto a la epidemiología, especialmente en la prevalencia en cuanto sexo. Se revisó con detenimiento la frecuencia del delirium entre los hombres y las mujeres, donde varios de ellos dieron como resultado que las mujeres eran más propensas a padecer el síndrome a medida que aumentaba la edad.

En la actualidad no existen estudios que comparen resultados. Dato que difiere de un autor a otro. Y dado que el delirium es uno de los síndromes geriátricos más prevalente en el medio hospitalario y residencial, los autores determinan que sería interesante diseñar estudios transversales y prospectivos que profundicen en el análisis de la incidencia, sus factores de riesgo y en su manejo farmacológico y no farmacológico. (12), (13)

6. CONCLUSIONES

Observando los datos y la literatura estudiada, podemos llegar a la conclusión de que se trata de un tema de importante relevancia debido al número de casos que están apareciendo a cualquier nivel asistencial y en nuestro entorno más próximo, y por el impacto que genera tanto a nivel individual como sociosanitario.

Algunos estudios reflejan que se trata de un síndrome con una elevada prevalencia en unidades de hospitalización y centros institucionales, e infradiagnosticado, debido a las fluctuaciones de los propios síntomas. En muchas ocasiones pasan inadvertidos, y el mismo retraso en el diagnóstico y tratamiento ensombrece el pronóstico, aumentando así las cifras de morbilidad y mortalidad.

Teniendo en cuenta estos datos, en sociedades envejecidas como la nuestra, el SCA representa uno de los principales síndromes en este grupo etario, el adulto mayor. Por tanto, conviene proveer de métodos, instrumentos y herramientas al personal pertinente y al entorno más próximo con la posible problemática en común. Se trata de una entidad que genera un gran impacto entre los clínicos por su gran multicausalidad y comorbilidad que ha día de hoy tras años investigación continúa siendo de gran controversia.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. CRITICSL. Delirium o síndrome confusional agudo (AMF 2015) A propósito de un caso [Internet]. Amf-semfyc.com. 2015 [citado el 16 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1472
2. Alonso Ganuza Z, González-Torres MÁ, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2012 [citado el 24 de enero de 2022];32(114):247–59. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003
3. Tobar E, Alvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. Rev médica Clín Las Condes. 2020;31(1):28–35.
4. Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado JM. Síndrome confusional (delirium) en el anciano [Internet]. Viguera.com. 2009 [citado el 17 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104_209_221.pdf
5. Mingote A. Delirium. Diaz de Santos; 2005.
6. Vista de El delirium: una actualización para Internistas y Psiquiatras [Internet]. Org.py. [citado el 3 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/68/68>
7. González T M, de Pablo R J, Valdés M M. Delirium: la confusión de los clínicos. Rev Med Chil [Internet]. 2003 [citado el 3 de enero de 2022];131(9):1051–60. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900013
8. Blanco LB, Cruz ND, JI IV, de Lanzarote SPEC de SVA. Delirium: diagnóstico y tratamiento [Internet]. Semg.info. [citado el 17 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_67/pdf/491_496.pdf
9. Julio Torales, Iván Barrios, Luis Armoa. El delirium: una actualización para Internistas y Psiquiatras [Internet]. [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/68/68>

10. Viguera.com. [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en:

https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104_209_221.pdf

11. Quiroz O T, Araya O E, Fuentes G P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. Rev chil neuro-psiquiatr [Internet]. 2014 [citado el 17 de diciembre de 2021];52(4):288–97.

Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000400007

12. Gutiérrez Rodríguez J, Rodríguez Piñera M, Ortiz Cachero E, González Alonso A, Pérez Guillén P, Jiménez Muela FL, et al. Delirium in nursing homes. Prevalence and risk factors. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [citado el 10 de enero de 2022];48(4):177–9. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-delirium-centros-residenciales-personas-mayores--S0211139X1200248X>

13. Carrasco M, Accatino-Scagliotti L, Calderón J, Villarroel L, Marín PP, González M. Delirium in older medical inpatients: a one year follow up study. Rev Med Chil [Internet]. 2012 [citado el 15 de enero de 2022];140(7):847–52. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000700003&script=sci_arttext&tlng=e

14. Durán Alonso JC, Pageo Giménez M del M. Tratamiento no farmacológico del delirium. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2008 [citado el 19 de enero de 2022];43:25–32. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-tratamiento-no-farmacologico-del-delirium-X0211139X08345244>

15. Bento MSP-M, Marques RMD, Sousa PP. Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado - una revisión bibliográfica. Enferm glob [Internet]. 2018 [citado el 20 de enero de 2022];17(52):640–88. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400640

16- Estela Chávez-Delgado M, Virgen-Enciso M, Pérez-Guzmán J, Celis-De-La-Rosa A, Castro-Castañeda S. Delirium en ancianos hospitalizados. Detección mediante evaluación del estado confusional [Internet]. Redalyc.org. [citado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745528003.pdf>

ANEXO 1: Factores de riesgo del Delirium

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES PRECIPITANTES
<p>1.- Características demográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad avanzada: > 65 años -Mujer 	<p>1.- Patología intercurrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Presencia de infecciones: urinarias y respiratorias -Dolor mal controlado -Fracturas: fx de cadera -Cirugías previas -Enfermedades Endocrinas -Hipoxia -Desnutrición
<p>2.- Envejecimiento cerebral asociado a la edad y patología orgánica cerebral:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la reserva funcional cerebral -Múltiples comorbilidades médicas: demencia y cualquier trastornos neuropsiquiátrico:deterioro cognitivo, depresión o ansiedad 	<p>2.-Miscelánea:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Factores ambientales -Inmovilización -Uso de catéteres urinarios -Estreñimiento: fecaloma -Contención mecánica: restricción física
<p>3.- Hospitalización</p>	<p>3.- Trastorno del sueño</p>
<p>4.- Historia previa de delirium</p> <p>Comorbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades graves o terminales 	<p>4.- Fármacos: polifarmacia y cambios en la medicación</p> <p>Alteraciones metabólicas y desnutrición:</p>

<ul style="list-style-type: none">-Pluripatología-Fractura o trauma-Trastorno metabólico/iónicas-Historia de abuso del alcohol	postoperatorio y alteraciones hidroelectrolíticas
---	---

ANEXO 2: Intervenciones. Recomendaciones generales.

<u>ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS</u>	
1.- Desnutrición y deshidratación	Mantener una hidratación y nutrición adecuada
2.- Inmovilidad	Movilización precoz: Varias veces al día con uso de instrumentación si procede
3.- Estreñimiento, fecaloma	Mantener un buen tránsito intestinal Supervisión continua
4.- Insomnio o somnolencia	Mejorar la calidad de sueño Calidad ambiental: Iluminación, medidas de confort, horarios, ir restricción de despertares nocturnos, colaciones tibias
5.-Uso de agentes extraños externos: sondas vesicales, intravenosas, contenciones físicas	Evitar en el caso que no fuese urgente
6.- Déficit sensorial y auditivo	Proveer del uso de lentes y audífonos

ANEXO 3. Aplicación del método de evaluación de la confusión.

CAM (Confusion Assessment Method):

Responder con SÍ o NO.

1. Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?

Si la contestación es No, no seguir el cuestionario

2. Alteración de la atención

¿El paciente se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?

Si la contestación es No, no seguir el cuestionario

3. Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas?

4. Alteración del nivel de conciencia

¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente, (como capacidad de ser influido por el entorno)?

1-alerta,

2-vigilante,

3-letárgico,

4-estuporoso

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios (1,2) y por lo menos uno de los dos últimos (3,4).

