



**Universidad
Europea** VALENCIA

Grado en **Enfermería**

Trabajo Fin de Grado

TÍTULO:

**INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS POR
PARTE DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL DELIRIO
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: SCOPING REVIEW.**

Presentado por: Carla Medina Cabrera.

Tutor: Manuel Lillo Crespo.

RESUMEN GENERAL:

Introducción: el delirio o SCA se define como un trastorno transitorio y reversible del estado mental. Es multifactorial y se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, además de afectar a la orientación, pensamiento, lenguaje, percepción y memoria. Presenta un comienzo brusco y fluctuante. Es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes en pacientes hospitalizados, sin embargo, se trata de una complicación infradiagnosticada, que implica graves consecuencias.

Objetivo: identificar qué intervenciones no farmacológicas se están llevando a cabo por parte de enfermería para prevenir el delirio en pacientes hospitalizados.

Material y métodos: se realizó una *Scoping Review* acerca de intervenciones no farmacológicas para la valoración y prevención del delirio en pacientes hospitalizados. Se consultó tanto en bases de datos de referencia (Medline, Elsevier, Scielo, Cochrane Library y PubMed) como en otras fuentes de literatura gris (Google o Google Scholar), utilizando un rango de 14 años. La búsqueda se realizó tanto en inglés como español y finalmente 11 publicaciones se consideraron relevantes para incluir en el trabajo.

Resultados: se seleccionaron 11 publicaciones que presentaron estrategias para la evaluación y prevención del delirio. La intervención para la evaluación más evidenciada fue la detección precoz, mediante las herramientas CAM-ICU e ICDSC; en cuanto a la prevención, la medida implementada fue la actuación frente a los factores de riesgo.

Conclusión: como herramientas para el diagnóstico del SCA destacan las escalas CAM-ICU e ICDSC. Las estrategias para su prevención que mejores resultados han obtenido son las medidas multicomponentes.

PALABRAS CLAVE:

Delirio, SCA, delirium, intervenciones de enfermería, prevención, intervenciones no farmacológicas, paciente hospitalizado, evaluación del delirio.

ABSTRACT:

Introduction: delirium or ACS is defined as transient and reversible mental state disorder. It is multifactorial and is characterized by an alteration in the level of consciousness and attention. It affects in addition to orientation, thinking, language, perception and memory. It has a sudden and fluctuating onset. It is one of the most common neurological disorders in hospitalized patients. However, it is an underdiagnosed complication, which implies serious consequences.

Objective: identify what non-pharmacological interventions are being carried out by nursing to prevent delirium in hospitalized patients.

Material and methods: a Scoping Review was carried out on non-pharmacological interventions for the assessment and prevention of delirium in hospitalized patients. Both reference databases (Medline, Elsevier, Scielo, Cochrane Library and PubMed) and other gray literature sources (Google or Google Scholar), were consulted, using a range of 14 years. The search was carried out in both English and Spanish, and finally 11 publications were considered relevant to be included in the work.

Results: 11 publications were selected which presented strategies for the evaluation and prevention of delirium. The most evidenced intervention for evaluation was early detection using the CAM-ICU and ICDSC tools; regarding prevention, the implemented measure was action against risk factors.

Conclusion: as tools for the diagnosis of ACS, the CAM-ICU and ICDSC scales stand out. The prevention strategies that have obtained the best results are multicomponent measures.

KEYWORDS:

Delirium, ACS, delirium, nursing interventions, prevention, non-pharmacological interventions, hospitalized patient, delirium evaluation.

LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- SCA: Síndrome confusional agudo
- AC: Antes de Cristo
- DC: Después de Cristo
- DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) - 3.
- DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) - 4.
- DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) - 5.
- CIE: Clasificación internacional de enfermedades
- DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud
- MeSH: Medical Subjects Heading
- n: Total de la búsqueda
- CAM: *Confusion Assessment Method*
- CAM-ICU: *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*
- ICDSC: *Intensive Care Delirium Screening Checklist*
- Nu-DESC: *Nursing Delirium Screening Scale*
- PRE-DELIRIC: *Prediction of delirium in icu patients*
- E-PRE-DELIRIC: *Early prediction of delirium in icu patients*
- APACHE II: *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation 2*
- HELP: *Hospital Elder Life Program*
- UCI: Unidad de cuidados intensivos
- RR: Riesgo relativo
- SEGG: Sociedad española de geriatría y gerontología
- HTA: Hipertensión arterial
- DM: Diabetes mellitus

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN:.....	1
2.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL PROYECTO:	6
2.1	OBJETIVOS:	6
2.1.1	Objetivo general:.....	6
2.1.2	Objetivos específicos:.....	6
2.2	HIPÓTESIS:	6
3.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
3.1	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	7
3.1.1	Criterios de inclusión:.....	7
3.1.2	Criterios de exclusión:.....	7
3.2	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:	8
3.3	PROCESO DE SELECCIÓN Y EXTRACCIÓN DE DATOS:.....	9
4.	RESULTADOS	10
4.1	Búsqueda en bases de datos científicas:.....	10
4.1.1	Intervenciones enfermeras para la evaluación y diagnóstico del delirio:	11
4.1.2	Intervenciones de enfermería no farmacológicas para la prevención del delirio:	12
4.2	Búsqueda de literatura gris:	14
5.	DISCUSIÓN.....	18
6.	CONCLUSIÓN:.....	22
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	23

1. INTRODUCCIÓN:

El delirio o síndrome confusional agudo (SCA) se define como un trastorno transitorio y reversible del estado mental. Puede estar desencadenado por una única causa, aunque en la mayoría de veces es multifactorial puesto que se debe a la interacción entre factores predisponentes y precipitantes. Está caracterizado por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, además de afectar a la orientación, pensamiento, lenguaje, percepción y memoria, con más frecuencia a la memoria reciente. Tiene un comienzo brusco y tiende a fluctuar a lo largo del día^{1,2,3}.

Las cifras de prevalencia e incidencia del SCA son muy variables, varían en función de la edad, el paciente y el lugar de hospitalización. Sin embargo, sabemos que es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes en pacientes hospitalizados, preferentemente en el adulto mayor: entre el 20 y el 40% de los pacientes ancianos hospitalizados sufre un SCA en algún momento de su ingreso¹.

En general la incidencia del delirio está entre el 10-15%, mientras que la prevalencia llega a estar entre el 10-40%. Es muy común en unidades ortopédicas y quirúrgicas, afectando entre un 10-52% durante el postoperatorio. Podemos dividirlo en cirugía ortopédica, que afecta a un 28-61%, y cirugía de cadera, que afecta al 50%. Puede afectar hasta en un 25% a personas mayores de 70 años con cirugía abdominal mayor, sin embargo, en cirugía general, la prevalencia está entre 5-11%¹.

Aproximadamente la mortalidad hospitalaria de pacientes con SCA varía del 11 al 41%, y su mortalidad al año es de un 38%¹.

El desarrollo de un SCA durante el ingreso podría aumentar hasta siete días la estancia hospitalaria. El subtipo hiperactivo del SCA es el más frecuente y fácil de diagnosticar, pero entre un 32-66% de los síndromes confusionales agudos pasan desapercibidos por el médico, siendo éstos infradiagnosticados.¹

Dada la gravedad del trastorno es necesario identificar al paciente con SCA para poder tratarlo, por lo que: ¿es posible que, al aplicar las medidas adecuadas, se pueda prevenir el delirio?

El papel de enfermería es clave para participar en la disminución y/o resolución del SCA, ya que permanece junto al paciente las 24 horas del día y puede detectar en primera persona los cambios que se producen en él, o bien con ayuda de los familiares que, preocupados, avisan al personal de enfermería, al ver que su ser querido dice o hace cosas que no corresponden a su forma habitual de ser y actuar.

Puede considerarse común que un anciano parezca confuso, pero no se debe considerar como una condición normal. Por lo tanto, se deben investigar cuáles son las intervenciones adecuadas para poder prevenir este síndrome, ya que su presencia hace más difícil la evaluación del paciente, tanto a nivel funcional como cognitivo, impidiendo además al paciente tomar decisiones relacionadas con su salud.

El delirio y la demencia son trastornos diferentes pero, a veces, es difícil distinguirlos, ya que en ocasiones coinciden en un mismo paciente. Por ello, es esencial realizar un diagnóstico diferencial entre ambos.

La demencia se define como un conjunto de síntomas causados por una disfunción cerebral, el cual provoca un deterioro de la cognición y la emoción, alterando el funcionamiento social y laboral de la persona afectada. Según la causa podemos encontrar diferentes tipos de demencias⁴.

Sin embargo, los síntomas del delirio o SCA comienzan de forma repentina, en cuestión de horas o días. Tiene un curso fluctuante, además de caracterizarse por una alteración aguda de la atención. Pueden aparecer desorientación (temporal, espacial o personal), alucinaciones, ideas delirantes, déficits de memoria, o alteraciones del lenguaje⁴.

Dependiendo de la actividad psicomotriz y el nivel de alerta clasificaremos el delirio en:

- Hiperactivo: se da en un 15-25% de los pacientes. Se caracteriza por agitación, agresividad, inquietud, confusión, alucinaciones e ideas delirantes, siendo éste el más fácil de diagnosticar. Suele asociarse a abstinencia o intoxicación por tóxicos y al efecto anticolinérgico de algunos fármacos¹.
- Hipoactivo: aparece con más frecuencia en ancianos, en un 20-25% y se caracteriza por enlentecimiento psicomotor, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia y actitud apática. Al caracterizarse por síntomas de somnolencia e inactividad su diagnóstico es más complicado¹.
- Mixto: supone el 35-50%. El paciente fluctúa a lo largo del día con manifestaciones de ambos subtipos¹

La demencia y el delirio se pueden diferenciar en cuanto a la aparición y evolución de los síntomas. (Tabla 1)

	DEMENCIA	DELIRIO O SCA
Aparición de los síntomas	Progresiva (meses o años)	Repentina (horas o días)
Duración	Enfermedad neurodegenerativa	Desaparece progresivamente
Causa	Disfunción a nivel cerebral	Enfermedad médica, infección, consumo o abstinencia de drogas, etc.
Atención y concentración	Capacidad de atención alterada en etapas más avanzadas de la enfermedad	Capacidad de atención alterada de forma súbita
Lenguaje	Afasia	Disartria
Alucinaciones	Alucinaciones en fases tardías de la enfermedad y de forma progresiva	Muy común de tipo visual/auditiva

Tabla 1. Diferencias entre demencia y delirio o SCA⁴.

Estas diferencias pueden servir de ayuda para establecer un diagnóstico, por lo que es importante, en la medida de lo posible, entrevistar a familiares o personas cercanas al paciente para clarificar la aparición y evolución de los síntomas, evaluando si éstos han aparecido de forma repentina con el ingreso hospitalario o si, por el contrario, los síntomas han aparecido poco a poco.

El delirio se conoce desde la antigüedad por Hipócrates y Celso (450 AC y 81 DC). En el s.XX fue Z. Lipowski (1924-1997) quién, mediante sus investigaciones, sistematizó su definición, hasta su posterior incorporación a la clasificación de enfermedades psiquiátricas DSM-III, en el año 1980. Desde entonces, sus criterios diagnósticos han evolucionado reflejándose en las versiones disponibles del DSM-IV y más recientemente en el DSM-V, así como la correspondiente a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10⁵

El delirio es potencialmente tratable, por lo que es de vital importancia identificar las causas que lo pueden producir. Su aparición implica una interacción entre factores de riesgo predisponentes y la exposición a factores precipitantes⁵ (tabla 2).

PREDISPONENTES	PRECIPITANTES
<ul style="list-style-type: none"> • Características demográficas <ul style="list-style-type: none"> - Mayor de 65 años - Sexo masculino • Fármacos <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento con múltiples agentes psicotrópicos - Polimedicación - Abuso de alcohol • Estado cognitivo <ul style="list-style-type: none"> - Demencia - Deterioro cognitivo • Historia previa del delirium • Trastornos del ánimo <ul style="list-style-type: none"> - Depresión, ansiedad • Comorbilidades <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades graves o terminales - Pluripatología - Enfermedad crónica renal o hepática - Accidente cerebrovascular previo - Enfermedades neurológicas - Trastorno metabólico - Fractura o trauma - VIH • Estado funcional <ul style="list-style-type: none"> - Déficit funcional, inmovilidad • Deprivación sensorial <ul style="list-style-type: none"> - Déficits visuales y/o auditivos • Trastornos en la ingesta <ul style="list-style-type: none"> - Deshidratación, desnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos <ul style="list-style-type: none"> - Benzodiacepinas - Anticolinérgicos - Anticonvulsivantes - L-dopa - Antagonistas H2 - Analgésicos - Antiinflamatorios - Polimedicación - Deprivación de drogas, fármacos o alcohol • Enfermedades neurológicas primarias <ul style="list-style-type: none"> - Accidente cerebrovascular - Hemorragia intracraneal - Meningitis o encefalitis • Patología intercurrente <ul style="list-style-type: none"> - Infecciones - Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico - Enfermedades agudas severas - Fiebre - Hipoxia - Dolor - Desnutrición - Alteraciones metabólicas - Cirugía • Ambientales <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso o terapia intensiva - Restricciones físicas - Sonda vesical - Múltiples procedimientos - Estrés emocional • Trastornos del sueño

Tabla 2. Factores de riesgo para el desarrollo de delirium⁵

Sufrir un SCA durante la estancia hospitalaria se asocia a corto plazo con un mayor riesgo de complicaciones, mayores costos y a un incremento tanto de la estancia en el hospital como la necesidad de institucionalización al salir. A largo plazo, se asocia a deterioro en la funcionalidad, calidad de vida, incremento en los costos a nivel familiar y sanitario, así como a un incremento en la mortalidad. El desarrollo de delirio se asocia a una declinación en la función cognitiva alejada, por lo que la presencia de delirium en un adulto mayor hospitalizado representa un mayor riesgo de deterioro funcional, cognitivo y en su calidad de vida a largo plazo⁵.

Por todo ello consideramos que sería necesario protocolizar cada una de las intervenciones efectivas según la evidencia científica, tanto en el diagnóstico como en la prevención del delirio, puesto que desconocemos si todos los centros hospitalarios disponen de un tipo de intervención y/o protocolos para este abordaje.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL PROYECTO:

2.1 OBJETIVOS:

2.1.1 Objetivo general:

El objetivo general de este proyecto es conocer qué intervenciones no farmacológicas se están llevando a cabo por parte de enfermería para prevenir el delirio en pacientes hospitalizados.

2.1.2 Objetivos específicos:

- Conocer qué instrumentos se utilizan para evaluar la presencia de delirio y medir la frecuencia de evaluación.
- Conocer los protocolos, procedimientos y documentación existente en relación al tema publicados por centros hospitalarios.
- Determinar la eficacia de intervenciones no farmacológicas para la prevención del delirio.
- Conocer si existe una reducción de estancia hospitalaria por el uso de medidas aplicadas por enfermería.
- Conocer en qué tipo de contextos y culturas existe más presencia de estas intervenciones.
- Conocer qué perfil de enfermera lleva a cabo estas intervenciones en diferentes contextos y culturas.

2.2 HIPÓTESIS:

A pesar de la importancia de este síndrome por su alto impacto negativo tanto en el paciente como en el entorno, su prevención y manejo es insuficiente, por lo que la hipótesis planteada para el trabajo de fin de grado es la siguiente: con la aplicación de intervenciones no farmacológicas por parte de enfermería se previene el delirio en pacientes hospitalizados.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se realizó una *Scoping Review* siguiendo la extensión PRISMA para revisiones de alcance PRISMA-ScR⁶. La *Scoping Review* o revisión de alcance es un tipo sistemático de síntesis tanto de la evidencia científica como también de literatura gris, cuyo objetivo es determinar la situación de un área, de un sector de la ciencia o de un ámbito del conocimiento⁷.

Se realizó este tipo de estudio con el objetivo de conocer tanto la evidencia científica existente como la literatura gris (en forma de protocolos, documentos clínicos, procedimientos, libros blancos o recomendaciones) publicada también por parte de organizaciones sanitarias (centros sanitarios, asociaciones o sociedades científicas) en lo que concierne a las intervenciones de enfermería para la prevención y control del delirio en pacientes hospitalizados.

Para ello se formuló la pregunta de investigación siguiendo la estructura PICO: Población, Intervención, Comparación y Outcome (resultado).

- Población: toda persona hospitalizada mayor de 18 años.
- Intervención: intervenciones no farmacológicas por parte de enfermería.
- Comparación: no se aplica.
- Outcome: identificar las intervenciones no farmacológicas por parte de enfermería para prevenir o disminuir la incidencia del delirio.

Partiendo de esto, la pregunta PICO resultante sería la siguiente: ¿qué intervenciones no farmacológicas se están llevando a cabo por parte de enfermería en personas adultas hospitalizadas para prevenir el delirio y qué resultados nos dan?

3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.1.1 Criterios de inclusión:

Estudios que muestren intervenciones no farmacológicas aplicadas a pacientes con riesgo de sufrir un síndrome confusional agudo, disponibilidad del texto completo, con acceso gratuito y cuya población a analizar sean pacientes hospitalizados mayores o igual a 18 años sin demencia u otra alteración mental.

3.1.2 Criterios de exclusión:

Se excluyeron los artículos que empleaban intervenciones farmacológicas para la prevención del delirio, y estudios cuya población a tratar fuesen personas menores de 18 años, no hospitalizadas, que sufren demencia o algún tipo de trastorno mental.

3.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

En primer lugar y como punto de partida se realizó una búsqueda de literatura gris tanto en Google como en Google Scholar de documentos y guías prácticas publicadas por diferentes sociedades españolas o internacionales que trataran sobre el delirio en pacientes hospitalizados y de cómo prevenirlo mediante intervenciones no farmacológicas, sirviendo de base para así buscar literatura científica en diferentes bases de datos; esta búsqueda se realizó en español. Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda tanto en inglés como en español de estudios publicados en diferentes bases de datos (Medline, Elsevier, Scielo, Cochrane Library, PubMed).

Para una correcta selección de artículos se utilizaron los descriptores del tesoro DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) como palabras clave para la búsqueda, siendo estos:

- Delirio.
- Paciente hospitalizado.
- Prevención.
- Enfermería.
- Hospital.
- Adultos.
- No farmacológico.

Para la búsqueda en PubMed se realizó una búsqueda avanzada en inglés utilizando como términos MeSH (Medical Subjects Heading) delirium, prevention, hospital, nursing interventions, nurse, adult patient, older adults, non pharmacological. Los términos se relacionaron mediante el operador booleano `AND` para que solo se mostraran resultados con los dos términos mencionados excepto para el término pharmacological que se utilizó el operador booleano `NOT`.

Seguidamente se llevó a cabo una búsqueda de las palabras clave o descriptores mencionados anteriormente en los títulos o resúmenes de los diferentes artículos. Por último, se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados para descubrir estudios adicionales que pudieran servir para la revisión. No se limitó por idioma, pero sí se introdujo como límite el año de publicación, primeramente, con un máximo de 5 años para localizar una literatura más actual. Sin embargo, tras la primera fase de lectura, se decidió ampliar el rango de año de publicación a un límite de 14 años, para así poder incluir artículos publicados de gran interés y aportación al trabajo. Además, se buscó disponibilidad de texto completo de acceso gratuito.

Por último, puesto que el tema de estudio puede sugerir la posibilidad de que exista literatura publicada por asociaciones, centros sanitarios o grupos de apoyo a disposición de los profesionales, pero que no se encuentra en las diferentes bases de datos, se decidió realizar

este tipo de revisión, la cual permite incluir también literatura gris, como es el caso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

3.3 PROCESO DE SELECCIÓN Y EXTRACCIÓN DE DATOS:

Tras una búsqueda inicial en las bases de datos mencionadas anteriormente se identificaron 5322 estudios de concordancia entre los diferentes conceptos clave; además, al tratarse de un tipo de revisión en la que es posible la utilización de literatura gris, se localizaron mediante otras fuentes 15 publicaciones. De todos ellos, 806 fueron excluidos tras una lectura crítica por duplicidades de contenido. Una vez utilizados dichos criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron un total de 354 publicaciones. A partir de este punto comienza el proceso de lectura, evaluando los artículos en cuanto a título y resumen, consiguiendo así 62 artículos posiblemente válidos para una revisión de texto completo, con el fin de decidir si la información estaba relacionada con nuestro objetivo. Tras la lectura integral del texto solo 20 artículos resultaron relevantes, sin embargo, finalmente se seleccionaron 11 para ser incluidos en la revisión de alcance por su gran relación con los objetivos planteados. Este proceso de selección se plasma en la figura 1.

4. RESULTADOS

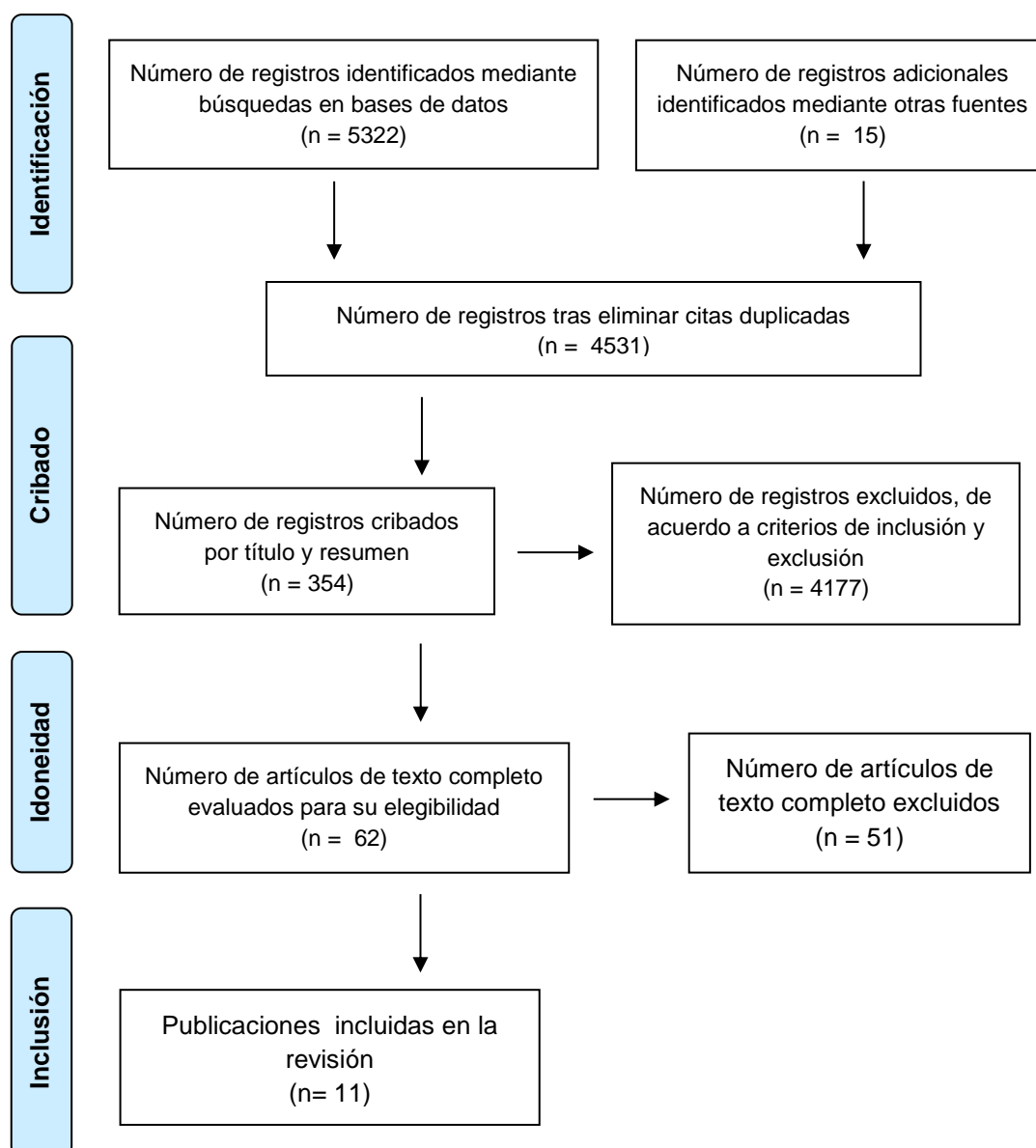


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de datos (Elaboración propia)

Puesto que es una *Scoping Review* se dividieron los resultados de la búsqueda en 2 categorías, que corresponden a publicaciones encontradas en bases de datos científicas y por otro lado los registros obtenidos en otras fuentes que corresponden a la literatura gris.

4.1 Búsqueda en bases de datos científicas:

Aunque los estudios sobre actuaciones únicamente no farmacológicas frente al delirio sean escasos, en diversos estudios se puede comprobar el beneficio que determinadas intervenciones aplicadas tanto al paciente como a su entorno reducen la incidencia y duración del delirium, además de algunas complicaciones.

En cuanto a qué estrategias se están llevando a cabo, la mayoría de las publicaciones coinciden en disminuir los factores de riesgo asociados a este síndrome (Tabla 2).

Los estudios seleccionados para esta revisión proporcionan intervenciones de enfermería para la prevención y manejo del síndrome confusional agudo, por lo que estas intervenciones se han agrupado dependiendo de su fin. Analizamos estos resultados clasificándolos primero según las intervenciones enfermeras para la evaluación y diagnóstico del delirio y luego intervenciones de enfermería no farmacológicas para su prevención.

4.1.1 Intervenciones enfermeras para la evaluación y diagnóstico del delirio:

En cuanto a los métodos actuales para la valoración y detección del delirio se han encontrado artículos donde se recomienda el *Confusion Assessment Method* (CAM) calificado como el método de evaluación de la confusión más recomendado, ya que es de gran facilidad, rapidez, reproducibilidad y validez para la detección del síndrome. Se basa en el examen del paciente y reporte de familiares, cuidador o enfermera/o. El tiempo medio de aplicación es de 5 minutos y posee una sensibilidad de 94% y una especificidad de 89%.⁸ Posteriormente, se adaptó para la UCI *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU). Otra herramienta utilizada fue el *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), una lista de verificación de detección del delirio en cuidados intensivos. Ambos son adecuados también para reconocer pacientes que tienen delirio subsindrómico, es decir, presentan síntomas de delirium, pero sin embargo no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico. Es además posible su utilización tanto en los pacientes que se pueden comunicar como en los que están con ventilación mecánica⁹.

El CAM-ICU valora 4 criterios para definir la presencia o ausencia del delirio (inicio agudo o curso fluctuante de la alteración del estado mental, la inatención, el pensamiento desorganizado y el estado de consciencia alterado). Se puede realizar alrededor de 2 a 3 minutos y proporciona el resultado en el momento de realizar la prueba. Debe realizarse al menos una vez por turno además de cada vez que se produzcan cambios en la consciencia del paciente. Para el diagnóstico mediante este instrumento se requiere cumplir con los 2 primeros criterios y con alguno de los 2 últimos.¹⁰

Por otro lado, el ICDSC evalúa 8 ítems (rango: 0 a 8 puntos) que evalúa el nivel de consciencia, la falta de atención, la desorientación, las alucinaciones o delirios, la actividad psicomotora, el habla o el estado de ánimo inadecuados, los trastornos del sueño y la fluctuación de los síntomas. Para considerarse delirio clínico la puntuación debería ser mayor o igual a 4.¹¹

Se realizó un estudio donde se compararon 471 evaluaciones pareadas con evaluaciones realizadas por expertos en delirio utilizando los criterios de la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. En comparación con el estándar de referencia utilizado para diagnosticar el delirio, el CAM-ICU obtuvo una sensibilidad del 100% y

el 93%, una especificidad del 98% y el 100%. Respecto a la sensibilidad del ICDSC fue del 99% y la especificidad fue del 64%⁹

Uno de los métodos más utilizados por enfermería para la evaluación del delirio es el Nu-DESC (*Nursing Delirium Screening Scale*); consta de 5 elementos (orientación, conducta, comunicación, ilusiones/alucinaciones y retraso psicomotor). Precisa de 2 minutos aproximadamente para su realización. En cuanto a la precisión diagnóstica obtuvo una sensibilidad del 32-96% y una especificidad del 69-92%¹²

Por último, existen herramientas de predicción del delirio (PRE-DELIRIC), el modelo de predicción temprana del delirio (E-PRE-DELIRIC) y el modelo de Lanzhou.

Por un lado, el PRE-DELIRIC se apoya en 10 predictores: edad, puntuación APACHE II, grupo de ingreso, ingreso de emergencia, sedación, infección, coma, uso de morfina, nivel de urea y acidosis metabólica. En cuanto al E-PRE-DELIRIC incluye 9 predictores: edad, antecedentes de deterioro cognitivo, antecedentes de abuso de alcohol, nitrógeno ureico en sangre, grupo de ingreso, ingreso de emergencia, presión arterial media, uso de corticosteroides e insuficiencia respiratoria. Finalmente, el modelo de Lanzhou incluye 11 predictores: edad, puntuación APACHE II, ventilación mecánica, cirugía de emergencia, coma, politraumatismo, acidosis metabólica, antecedentes de hipertensión, antecedentes de delirio, antecedentes de demencia y uso de dexmedetomidina⁹.

4.1.2 Intervenciones de enfermería no farmacológicas para la prevención del delirio:

En cuanto a las intervenciones enfermeras para la prevención del delirio se analizaron varias intervenciones no farmacológicas. Puesto que se trata de un síndrome multifactorial, es esencial la aplicación de estrategias dirigidas a tratar los factores de riesgo, por lo que el método utilizado son las intervenciones multicomponentes. Uno de los métodos más difundidos es el Programa de Vida del Hospital para Personas Mayores (HELP) (*Hospital Elder Life Program*). Este programa incorpora múltiples intervenciones, que se enfocan en los 6 principales factores de riesgo para el delirio⁸. (Tabla 3)

FACTOR DE RIESGO	INTERVENCIÓN
Deterioro cognitivo o desorientación	Orientación temporoespacial (uso de calendarios, relojes, fotografías de familiares o favorecer el acompañamiento de estos)
Inmovilidad	Estimular movilización precoz (al menos 3 veces al día durante 15 minutos), facilitar la ayuda necesaria o minimizar el uso de contenciones físicas, sondas, etc
Deprivación del sueño	Instaurar intervenciones no farmacológicas para favorecer el sueño (luces tenues, bebidas calientes, evitar ruidos nocturnos, música relajante, evitar controles clínicos innecesarios)
Déficit visual y auditivo	Fomentar el uso de lentes y/o audífonos
Deshidratación	Mantener hidratación y nutrición adecuadas (facilitar si es necesario asistencia para comer y uso de prótesis dental). Vigilar el tránsito intestinal

Tabla 3. Intervenciones para la prevención del delirio⁸.

De acuerdo con el estudio realizado por Tobar y Álvarez¹³ a un grupo experimental al cual se le había implementado el programa HELP (Hospital Elder Life Program) teniendo en cuenta 6 medidas: reorientación, protocolo no farmacológico de sueño, movilización temprana, uso de dispositivos sensoriales (anteojos, audífonos), protocolo de deshidratación (hidratación y prevención de estreñimiento), se obtuvo una tasa de incidencia del delirio significativamente menor que en el grupo de atención habitual. Sin embargo, la gravedad y las tasas de recurrencia no difirieron significativamente entre los dos grupos de estudio.

En un ensayo clínico controlado se valoró la utilización de tapones para los oídos durante la noche y su efecto sobre la incidencia de SCA en pacientes hospitalizados en la UCI (n total: 136 pacientes; 69 pacientes intervenidos y 67 pacientes control). Se comprobó una disminución del riesgo relativo de delirio en el grupo intervenido (RR: 0,47; intervalo de confianza del 95%: 0,27 a 0,82), con presentación de delirium de forma más tardía en comparación con el grupo no intervenido y con mejor percepción de sueño¹⁴.

4.2 Búsqueda de literatura gris:

Respecto a las estrategias enfermeras para la prevención del SCA podemos encontrar varios protocolos o guías con el fin de mejorar la atención a los pacientes.

De acuerdo con la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) los resultados resaltan la importancia de una buena prevención; para ello, es esencial identificar a los pacientes de riesgo (edad avanzada, demencia, antecedente de delirium, dependencia funcional/institucionalización, polifarmacia, déficit sensorial, depresión y final de la vida) y cuando se puede sospechar que se trata de un síndrome confusional agudo (cambio agudo y fluctuante del estado mental). Algunas de las herramientas que pueden ayudarnos a diagnosticarlo serían (Tabla 4)¹⁵.

TEST 4AT	CAM
Alerta: (normal=0, somnolencia leve=0, anormal=4)	Inicio agudo y curso fluctuante
Test mental abreviado: edad, lugar, año, cumpleaños (correcto=0; 1 error= 1, no colabora=2)	Atención disminuida
Atención (meses al revés): ($\geq 7=0$; <7 o se niega=1, inestable=2)	Pensamiento desorganizado (confuso, desorientado, lenguaje incoherente)
Cambio agudo o fluctuante: (no=0, sí=4)	Nivel de consciencia disminuido (hiperalerta/agitado o somnoliento)
DELIRIUM PROBABLE: ≥ 4 PUNTOS	DELIRIUM PROBABLE: 1 Y 2 + 3 O 4

Tabla 4. Herramientas de ayuda al diagnóstico de SCA¹⁵

Sin embargo, la guía “protocolo para el manejo del síndrome confusional agudo” que encontramos en el Servicio Canario de Salud¹⁶ utiliza la escala CAM-ICU (figura 2)

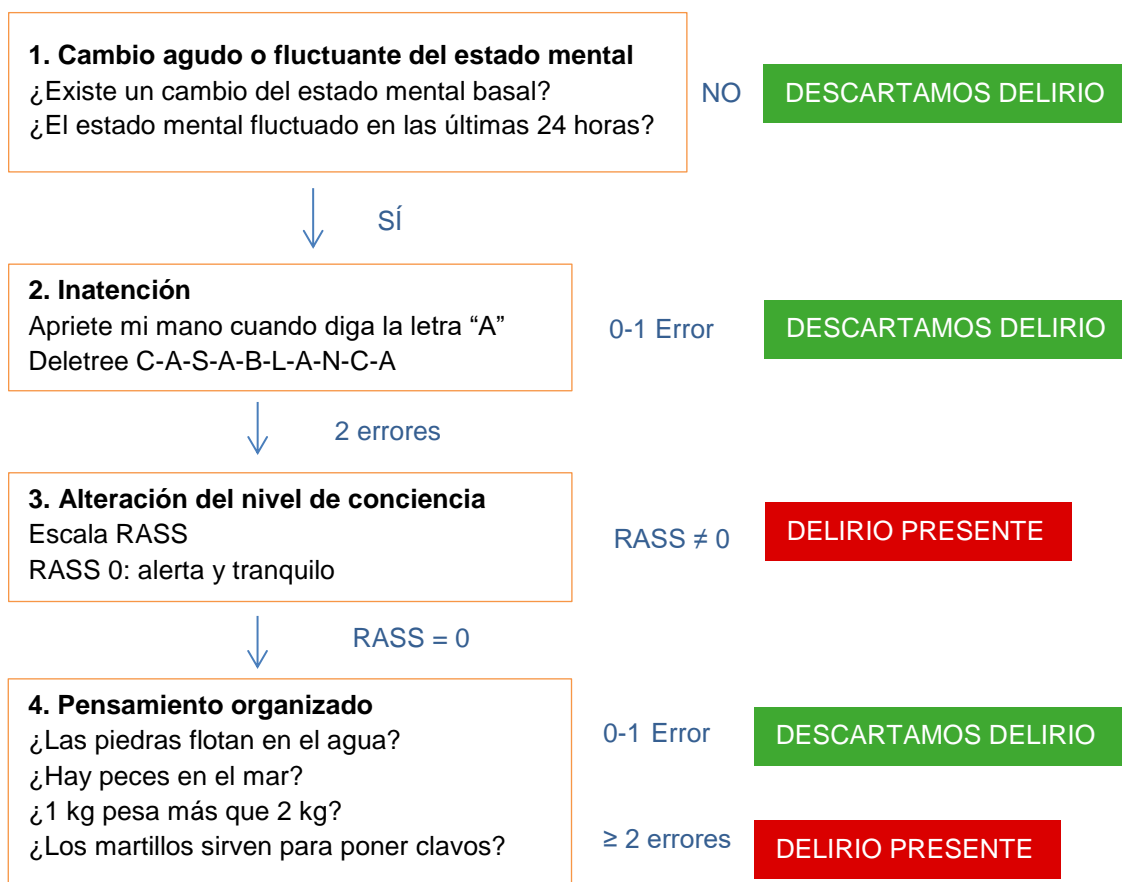


Figura 2. Escala CAM- ICU¹⁶

En cuanto las estrategias para el abordaje ambos protocolos coinciden entre ellos, además con lo encontrado de evidencia científica (tabla 3). Sin embargo, encontramos que el Servicio Canario de Salud proporciona unas medidas generales a tomar que no aparecen en el SEGG: el paciente no debe estar completamente aislado, la estancia debe estar iluminada, se debe prestar ayuda para mantener la orientación (presencia de reloj, calendario, etc.), incorporar a los familiares en los cuidados del enfermo, todo el personal en contacto con el paciente debe llevar identificación y presentarse cuando se dirige a él, proporcionarle al paciente información sobre su estancia, motivo de ingreso, etc. Se recomienda explicar al paciente todos los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo, así como las actividades terapéuticas programadas: discusión y conversación sobre cuestiones de actualidad o interés, recuerdos estructurados, etc. Permitir la dentadura postiza, periódicos, lecturas, música y radios (en medida de las posibilidades del paciente) ¹⁶.

Por otro lado, puesto que es ésta una revisión llevada a cabo en Valencia, resultaba inquietante conocer qué protocolo se llevaba a cabo ante el delirium en alguno de sus hospitales. Por ello, se realizó una búsqueda complementaria y encontramos una guía publicada por el Hospital General Universitario de Valencia sobre el delirium en el período perioperatorio¹⁷ en el que se recomendaba un cribado periódico del delirium postoperatorio tres

veces al día para pacientes de edad avanzada, desde el despertar hasta el quinto día postoperatorio. En cuanto a las técnicas diagnósticas recomendadas coincide con algunas mencionadas anteriormente, como el CAM-ICU y el ICDSC, las cuales las señala como las más válidas y fiables, con una alta sensibilidad y especificidad, además de ser sencillas y rápidas.

En cuanto a las intervenciones de prevención se podrían separar en 3 teniendo en cuenta solamente las no farmacológicas¹⁷:

- Intervenciones pre-operatorias: evitar el ayuno prolongado a fluidos (> 6 horas), detectar a los pacientes de riesgo y corregir los factores de riesgo premórmidos (desnutrición, depresión, alcoholismo, HTA, DM).
- Intervenciones intra-operatorias: monitorizar profundidad anestésica y evitar hipotermia.
- Intervenciones post-operatorias: monitorización con escalas, minimizar cambio de personal y transferencia de pacientes, utilizar luz natural, dispositivos de control del tiempo, recordatorios sobre eventos anteriores y planificación futura, estimulación cognitiva, optimización de la visión y la audición, optimización del sueño, fisioterapia y movilización precoz, adecuada hidratación y nutrición y por último adecuado manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas.

Finalmente, aunque no cumpla con los objetivos fijados, se encontró una publicación la cual facilita sugerencias útiles para mantener una conversación con una persona que está padeciendo un SCA. Estas serían¹⁸

- Mantener conversaciones básicas, de forma clara y en voz baja; las oraciones deben ser cortas y sencillas.
- Al hablar o preguntar dar tiempo a la persona para responder.
- Si la persona está confundida o asustada, recordarle dónde está y qué está pasando.
- Si la persona está molesta o concentrada en un tema o problema que le agita, se debe mantener la calma, no levantar la voz ni discutir con la persona. También puede ser útil cambiar el ambiente de la persona.
- Evitar hacer demasiadas preguntas, ya que puede ser confuso o abrumador para la persona. Es mejor ofrecer sugerencias.
- Si la persona tiene alucinaciones, no discutir con ella ni tratar de corregirla. En su lugar, se deben reconocer sus sentimientos y tranquilizarla con calma.

Esta publicación también resultó de gran interés por cómo expone el proceso de ayudar a una persona a recuperarse del delirio cuando está de vuelta en casa, ya que el delirio puede durar hasta algunos meses por lo que, si los problemas médicos del paciente mejoran, sería posible que regresara a casa sin que hubiese desaparecido el delirio. Por su interés, se decidió incluir esta información en la revisión. Estas sugerencias serían¹⁸:

- Mantener la mente de la persona activa con actividades que puedan ayudar a mejorar su pensamiento y memoria.
- Animar a la persona a participar en una actividad física ligera.
- Seguir reorientando a la persona según sea necesario (recordarle la fecha y la hora, así como dónde está y qué está pasando).
- Mantener artículos familiares al lado de la cama, como fotos familiares.
- Compartir noticias sobre sus familiares y amigos para ayudar a la persona a sentirse conectada con su vida.
- Mantener a la persona actualizada sobre los eventos actuales (leerle el periódico o mostrarle programas de noticias, no mostrarle ninguna noticia que le pueda asustar o preocupar).
- Una vez que la persona está mejorando, puede tener recuerdos inquietantes de cuando tuvo delirio. Se le debe apoyar hablando abiertamente sobre su experiencia y sentimientos.

5. DISCUSIÓN

Con el propósito de concienciar sobre la importancia de la prevención del delirio y la relevancia de las actuaciones frente a este síndrome se realizó una revisión de alcance, con el fin de identificar y describir estrategias actuales para la evaluación y prevención del SCA.

El delirio es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes en pacientes hospitalizados preferentemente en el adulto mayor. Su desarrollo durante el ingreso podría aumentar hasta siete días la estancia hospitalaria^{1, 2, 3}. Se asocia a corto plazo con un mayor riesgo de complicaciones, mayores costos y a un incremento tanto de la estancia en el hospital como la necesidad de institucionalización al salir. A largo plazo, se asocia a deterioro en la funcionalidad, calidad de vida, incremento en los costos a nivel familiar y sanitario, así como a un incremento en la mortalidad⁵. Estos datos, junto con la literatura incluida, justifican el fin de la revisión de alcance.

El abordaje del delirio debería considerarse una prioridad asistencial ya que es un trastorno reversible pero que por desgracia se encuentra infradiagnosticado. Si esta evaluación no se realiza constantemente o se da por hecho que es normal que la persona se encuentre confusa, el SCA podría pasar desapercibido como pasa en 3 de cada 4 pacientes, además de sufrir una peor evolución y peores consecuencias a largo plazo¹⁷. A pesar de que haya cierto consenso en lo que se refiere al conocimiento del SCA, encontramos disparidad en los instrumentos para la identificación de este cuadro. En cuanto a las dos herramientas reconocidas por los estudios analizados como las más válidas y fiables por su gran sensibilidad y especificidad, además de su sencillez, sobresalen CAM-ICU e ICDSC^{9, 16, 17}. A pesar de ello, encontramos artículos que identifican como uno de los métodos más utilizados por enfermería para la evaluación del delirio el Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale), el cual precisa de 2 minutos aproximadamente para su realización y su precisión diagnóstica obtuvo una sensibilidad del 32-96% y una especificidad del 69-92%¹². Podemos señalar también el Test 4A, el cual valora 4 ítems (alerta, test mental abreviado, atención y cambio agudo o fluctuante)¹⁵.

Además de la detección y evaluación precoz, varios autores plantean herramientas para predecir el riesgo de aparición del delirium y así poder actuar en consecuencia. Estas escalas son conocidas como modelo de predicción del delirio (PRE-DELIRIC), modelo de predicción temprana del delirio (E-PRE-DELIRIC) y el modelo de Lanzhou⁹. Estos modelos avisan a las/os enfermeras/os de la posibilidad de aparición del SCA, además de permitir la identificación de los pacientes de alto riesgo, apuntando la necesidad de aplicar intervenciones para su prevención.

El uso de estas herramientas se basa en la observación y valoración enfermera, la cual es clave, ya que permanece junto al paciente las 24 horas del día pudiendo detectar en primera persona los cambios que se producen en él. Sin embargo, en la práctica clínica se presentan

determinadas barreras que complican su detección, como la falta de conocimientos sobre el SCA, la complicidad de reconocimiento de los síntomas de determinados tipos de delirio, la falta de formación o práctica respecto a las herramientas de diagnóstico, las limitaciones de tiempo y la elevada carga de trabajo.

Con respecto a la prevención del delirio, esta revisión se basó en la búsqueda de intervenciones no farmacológicas. La literatura disponible muestra que existe evidencia que respalda el hecho de que las estrategias de prevención no farmacológicas disminuyen la tasa de incidencia en el delirio¹³, además de ser sencillas de aplicar y sin efectos secundarios. Además, es posible que se lleven a cabo de forma independiente por parte de enfermería.

Los resultados encontrados se focalizan principalmente en la estimulación sensorial y ambiental con el fin de orientar al paciente en tiempo y espacio. Las intervenciones no farmacológicas se basaron en la prevención de los factores de riesgo, siendo el método más utilizado las intervenciones multicomponentes. Uno de los métodos más difundidos es el Programa de Vida del Hospital para Personas Mayores (HELP) (*Hospital Elder Life Program*). Este programa demostró una disminución de la incidencia de este síndrome frente al cuidado habitual^{8,13}.

Ante el análisis de las publicaciones seleccionadas verificamos que la forma de optimar los resultados apunta a una aplicación diaria y sistemática de medidas. Comprobamos que no es sólo la utilización de una técnica aislada, sino vinculando un conjunto de intervenciones que proporcionan la prevención e identificación del delirio. Se trata principalmente de la orientación temporoespacial del paciente mediante uso de calendarios, relojes, fotografías de familiares o favorecer el acompañamiento de estos y fomentar el uso de lentes y/o audífonos si fuese necesario^{8,13}.

Es importante incentivarlos a una movilización temprana, al menos 3 veces al día durante 15 minutos, en la cama o mediante deambulación aportándoles la ayuda necesaria, además de evitar las contenciones físicas o minimizar el uso de sondas, proporcionándoles así un ambiente más seguro.^{8,13}

El patrón normal de sueño puede condicionar desajustes psicológicos, por lo que existe la necesidad de instaurar intervenciones no farmacológicas para favorecer el sueño, tales como luces tenues, bebidas calientes o evitar ruidos nocturnos (apagar las alarmas de los equipos o atender el teléfono lo más rápido posible, música relajante y evitar controles clínicos innecesarios para poder garantizar un ciclo del sueño correcto^{8, 13}). Un estudio incluido en la revisión reconocía la utilización de tapones para los oídos durante la noche y su efecto sobre la incidencia de SCA en pacientes hospitalizados en la UCI, en la cual se comprobó una disminución del riesgo relativo de delirio en el grupo intervenido, con presentación de delirium de forma más tardía en comparación con el grupo no intervenido y con mejor percepción de sueño¹⁴.

También es de vital importancia proporcionar una alimentación e hidratación ajustada a las necesidades de cada paciente; facilitar si es necesario asistencia para comer, además del uso de prótesis dentales, evitando así tanto problemas de tránsito intestinal como urinarios contribuyendo a evitar factores de riesgo.^{8, 13}

Puesto que uno de los factores de riesgo del delirio es la cirugía debemos tener en cuenta estrategias a llevar a cabo en los periodos operatorios. En la literatura gris incluida se encuentran intervenciones pre-operatorias, como evitar el ayuno prolongado a fluidos (> 6 horas), detectar a los pacientes de riesgo y corregir los factores de riesgo premórmidos (desnutrición, depresión, alcoholismo, HTA, DM) e intervenciones intra-operatorias que serían monitorizar la profundidad anestésica y evitar la hipotermia. En cuanto a las intervenciones post-operatorias coinciden con las mencionadas anteriormente (monitorización con escalas, minimizar cambio de personal y transferencia de pacientes, utilizar luz natural, dispositivos de control del tiempo, recordatorios sobre eventos anteriores y planificación futura, estimulación cognitiva, optimización de la visión y la audición, optimización del sueño, fisioterapia y movilización precoz, adecuada hidratación y nutrición y por último adecuado manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas).¹⁷

A pesar de que uno de los objetivos de la revisión fuese la prevención del delirio, es importante la forma en la que los profesionales se comunican ante un paciente que ya padece un SCA puesto que sus acciones podrían empeorar este síndrome además de ser fundamental agilizar su resolución. La literatura encontrada mostraba sugerencias de cómo mantener una conversación con los pacientes que sufren de este trastorno; es esencial mantener conversaciones básicas, de forma clara y en voz baja, las oraciones deben ser cortas y sencillas. Al hablar o preguntar se debe dar tiempo a la persona para responder. Si la persona está confundida o asustada, recordarle dónde está y qué está pasando, o si está molesta o concentrada en un tema o problema que le agita, se debe mantener la calma, no levantar la voz ni discutir con la persona; también puede ser útil su cambiar ambiente. Evitar hacer demasiadas preguntas, ya que puede ser confuso o abrumador para el/ella; es mejor ofrecer sugerencias. Por último, si la persona tiene alucinaciones, no se debe discutir con ella ni tratar de corregirla; en su lugar, se deben reconocer sus sentimientos y tranquilizarla con calma.¹⁸

Las alteraciones asociadas al SCA pueden prolongarse aún después del alta afectando así a la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares o cuidadores, por lo que es crucial involucrarlos en el proceso de enfermería, instruyéndolos sobre las características de este trastorno con el fin de controlar el delirio. Unas de las publicaciones incluidas en la revisión proporciona pautas útiles para su recuperación¹⁸, como:

- Mantener la mente de la persona activa con actividades que puedan ayudar a mejorar su pensamiento y memoria.
- Animar a la persona a participar en una actividad física ligera.

- Seguir reorientando a la persona según sea necesario (recordarle la fecha y hora, así como dónde está y qué está pasando).
- Mantener artículos familiares al lado de la cama, como fotos familiares.
- Compartir noticias sobre sus familiares y amigos para ayudar a la persona a sentirse conectada con su vida.
- Mantener a la persona actualizada sobre los eventos actuales (leerle el periódico o mostrarle programas de noticias, no mostrarle ninguna noticia que le pueda asustar o preocupar).
- Una vez que la persona está mejorando, puede tener recuerdos inquietantes de cuando tuvo delirio. Se le debe apoyar hablando abiertamente sobre su experiencia y sentimientos.

Las principales limitaciones identificadas en esta revisión de alcance se refieren al hecho de que la mayoría de los estudios se relacionan con el contexto de la UCI. Además, no se encontraron publicaciones en las que se tratase únicamente de prevención no farmacológica. Por último, todas las publicaciones encontradas hablaban de delirio en pacientes de edad avanzada y aunque esto sea un factor de riesgo, también existe la posibilidad de que este síndrome se dé en pacientes jóvenes.

6. CONCLUSIÓN:

La presente revisión de alcance permitió conocer tanto la evidencia científica como la literatura gris en lo que concierne a las intervenciones de enfermería para el diagnóstico, prevención y abordaje del delirio. Como herramientas para su diagnóstico destacan las escalas CAM-ICU e ICDSC, sin embargo, de acuerdo con los estudios analizados, verificamos que no se realiza un diagnóstico correcto ya que muchos casos de delirio pasan desapercibidos ocasionando complicaciones en el paciente. Esto se debe a la falta de conocimiento sobre este síndrome y sobre las herramientas de su diagnóstico. Por ello se debe incitar a enfermería a ampliar sus conocimientos en este campo para proporcionar unos cuidados de calidad, más actuales y centrados en las necesidades de los pacientes.

Enfermería se encuentra en una posición privilegiada para identificar y poder actuar de forma precoz frente al delirio, por lo que es necesario aplicar medidas preventivas mediante intervenciones no farmacológicas puesto que son capaces de reducir su incidencia. Las estrategias enfermeras de prevención del delirio que mejores resultados han obtenido son las medidas multicomponentes, las cuales se centran en la orientación temporoespacial, movilización precoz, intervenciones no farmacológicas para favorecer el sueño, el uso de lentes y/o audífonos, mantener una hidratación y nutrición adecuadas y vigilar el tránsito intestinal.

Finalmente, a pesar de que la elección de los fármacos no es una competencia enfermera propia, sí son responsables de su administración, por lo que deben conocer los posibles efectos adversos que puedan darse en los pacientes, para realizar una identificación precoz y actuar de manera adecuada respecto a ello.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Antón Jiménez M, Giner Santeodoro A, Villalba Lancho E. DELÍRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO [Internet]. Capítulo 18. Madrid: IM&S; 2006 [consultado y citado el 19 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2018_ii.pdf
2. Ayllón Garrido N, Álvarez González MJ, González García MP. Incidencia del delirio en Cuidados Intensivos y factores relacionados. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2007 [consultado y citado el 19 de enero de 2024]; 18(3):138–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-incidencia-del-delirio-cuidados-intensivos-13109377>
3. Bellelli G, Brathwaite JS, Mazzola P. Delirium: A marker of vulnerability in older people. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2021; 13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fnagi.2021.626127>
4. Síndrome confusional agudo y demencia: ¿cuál es la diferencia? [Internet]. *Geriatricarea*. 2018 [consultado y citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2018/02/20/sindrome-confusional-agudo-y-demencia-cual-es-la-diferencia/>
5. Tobar E, Alvarez E. DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2020 [consultado y citado el 20 de enero de 2024];31(1):28–35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-delirium-en-el-adulto-mayor-S0716864019301142>
6. PRISMA [Internet]. Prisma-statement.org. [consultado y citado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <http://www.prismastatement.org/Extensions/ScopingReviews?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
7. Codina L. Scoping reviews: características, frameworks principales y uso en trabajos académicos [Internet]. Lluís Codina. 2021 [consultado y citado el 13 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.lluiscodina.com/scoping-reviews-guia/>
8. Carrasco M, Zalaquett M. DELIRIUM: UNA EPIDEMIA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIA A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO. *Rev médica Clín*

Las Condes [Internet]. 2017 [consultado y citado el 20 de abril de 2024];28(2):301–10. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-delirium-una-epidemia-desde-el-S0716864017300469>

9. Stollings JL, Koffis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med* [Internet]. 2021;47(10):1089–103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>

10. Toro A.C., Escobar L.M., Franco J.G., Díaz-Gómez J.L., Muñoz J.F., Molina F. et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. *Med. Intensiva* [Internet]. 2010 Feb [consultado y citado el 20 de abril de 2024] ; 34(1): 14-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912010000100003&lng=es

11. Krewulak KD, Rosgen BK, Ely EW, Stelfox HT, Fiest KM. The CAM-ICU-7 and ICDSC as measures of delirium severity in critically ill adult patients. *PLoS One* [Internet]. 2020 [consultado y citado el 21 de abril de 2024];15(11):e0242378. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0242378>

12. Henao-Castaño AM, Pachón LE, Monroy JD. Escala de detección del delirio de enfermería, una herramienta para la detección temprana del delirio: revisión integradora. *Aquichán*. 2020;20(4):e2045. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.4.5>

13. Tobar E, Alvarez E. DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2020;31(1):28–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.008>

14. Quiroz O T, Araya O E, Fuentes G P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2014 [consultado y citado el 21 de abril de 2024];52(4):288–97. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000400007

15. Grupo de trabajo “Delirium” [Internet]. SEGG. [consultado y citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.segg.es/participacion/grupos-de-trabajo/delirium>

16. de Cardiología S. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO [Internet]. *Cardiologiacandelaria.es*. [consultado y citado el 22

de abril de 2024]. Disponible en:
<https://www.cardiologiacandelaria.es/api/document/230>

17. Gva.es. [consultado y citado el 23 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://chguv.san.gva.es/documents/10184/1695137/FERRERManejo+del+Delirium+perioperatorio.Sesi%C3%B3n+SARTD-CHGUV+14-12-2021.pdf/4154e545-9317-4144-9891-1be047d968f1>

18. Cuidado de una persona con delirio [Internet]. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. [consultado y citado el 24 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/delirium>