



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco



**Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
División Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de la Atención a la Salud
Licenciatura en Enfermería**

Informe final de Servicio Social.

Protocolo sobre el efecto de una intervención educativa en el personal de enfermería para la prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor.

PSS LE: Estefany Noemi Sandoval Camacho.
Matricula:2203061332

Fecha de inicio:1 agosto de 2019.
Fecha de término: 31 de Julio de 2020.

Asesora interna: Mtra. Irma Gloria Taxis Taxis

Índice

Introducción	4
Justificación	5
Marco teórico	6
Delirium.....	6
Epidemiología.	6
Causas.....	7
Factores de riesgo.	7
Factores predisponentes y precipitantes	7
Diagnóstico.	9
Características clínicas.....	11
Subtipos de síndrome confusional agudo.....	11
Prevención de Delirium.	12
Tratamiento.....	13
El profesional de enfermería y el cuidado del paciente Adulto Mayor con delirium.	14
Descripción del problema	15
Pregunta de investigación	16
Objetivos	16
Objetivo general:.....	16
Objetivos específicos:	16
Hipótesis	17
Metodología	17
<i>Tipo de investigación</i>	17
Lugar.....	17
<i>Ubicación</i>	17
Materiales y método	17
<i>Universo de estudio</i>	17
<i>Población de estudio</i>	17
Criterios de selección	17
Criterios de inclusión.....	17
Criterios de exclusión.....	17
Criterios de eliminación:.....	18
Descripción del Documento	18

Instrumento base	18
Descripción de actividades a realizar.....	19
Cronograma	21
Análisis Estadístico	22
Estadística descriptiva	22
Estadística inferencial	22
Metas alcanzadas.....	22
Resultados esperados.....	23
Conclusiones esperadas.....	24
Bibliografía.....	25
Anexos	26

1. Introducción

El presente informe de investigación busca explorar el efecto de una intervención educativa en el personal de enfermería para el manejo del delirium en el adulto mayor. El delirium es caracterizado por una alteración aguda y fluctuante de la atención, la conciencia y las funciones cognitivas, frecuente en adultos mayores hospitalizados especialmente en aquellos con enfermedades crónicas, multimorbilidad o sometidos a procedimientos quirúrgicos.²

El delirium, como complicación común, representa un desafío importante en la práctica clínica, en la calidad de vida de los pacientes y sus familias,¹⁷ la prevalencia y consecuencias adversas del delirium continúa siendo subdiagnosticado en la práctica clínica debido en gran medida, al desconocimiento de sus manifestaciones clínicas y a la falta de herramientas específicas para su evaluación.² El 20% y el 50% de los adultos mayores hospitalizados desarrollan delirium, siendo más común en unidades de cuidados intensivos, postquirúrgicas y geriátricas, es a menudo confundido con demencia o depresión, lo que retrasa su manejo.²

El personal de enfermería por su cercanía y atención continua al paciente tiene el papel fundamental en la prevención, detección y manejo de esta condición, por ello la importancia de capacitar al personal de enfermería como estrategia clave para enfrentar el desafío del delirium en el adulto mayor, una condición que afecta tanto a los pacientes como a los sistemas de salud a nivel global.⁷ Fomentar el uso de instrumentos como el Confusion Assessment Method (CAM) para la identificación temprana del delirium, la implementación de medidas no farmacológicas, como la reorientación cognitiva, la movilización temprana y el manejo del entorno.¹⁴

Evaluar el efecto de una intervención educativa en el personal de enfermería para optimizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en adultos mayores hospitalizados, se espera que esta intervención no solo incremente el nivel de conocimiento y competencias del personal, sino que también tenga un impacto positivo en la atención del paciente adulto mayor, favoreciendo su recuperación y calidad de vida.¹⁴ La reducción en la prevalencia del delirium y sus consecuencias contribuye a aliviar la carga hospitalaria asociada, al tiempo que mejora la salud y calidad de vida de los adultos mayores, estableciendo un modelo replicable en otras instituciones².

Su implementación en el Hospital General Dr. Manuel Gea González tiene el potencial de generar un impacto significativo en la calidad de la atención, los resultados clínicos y la gestión institucional, posicionando a la institución como un referente en el manejo de esta condición geriátrica.

2. Justificación

El delirium es una condición clínica frecuente en los adultos mayores hospitalizados que, en muchas ocasiones no se identifica ni se trata a tiempo. Esto genera un aumento en la morbilidad y mortalidad, prolonga la estancia hospitalaria, incrementa la dependencia, eleva los costos en salud, agota las redes de apoyo y aumenta el riesgo de institucionalización.²

Dado que el delirium es prevenible y tratable en muchos casos, resulta esencial conocer los factores de riesgo, las estrategias preventivas y las opciones de tratamiento disponibles. La prevención es la herramienta más efectiva para minimizar tanto la aparición como las complicaciones asociadas al delirium, requiriendo un enfoque interdisciplinario para su manejo.²

El envejecimiento poblacional en México y en el mundo está asociado con un aumento en las tasas de hospitalización del adulto mayor, en México el número de personas mayores de 60 años ha aumentado considerablemente, el INEGI menciona que en el año 2020 representaban aproximadamente el 12% de la población total y se estima que para 2050 superarán el 25%.¹⁵ A nivel mundial, la OMS proyecta que para 2050, la población de 60 años y más alcanzará los 2,100 millones.¹⁶

La prevalencia del delirium en la población mexicana mayor a 18 años es de 0.4%, mayor a 55 años es de 1.1%¹⁹ Se ha reportado una prevalencia de delirium del 38.3% en pacientes hospitalizados en México, la incidencia durante la hospitalización es del 12%²⁰

El delirium, como complicación común, representa un desafío importante en la práctica clínica, en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Se estima que, en México, los adultos mayores ocupan más del 40% de las camas hospitalarias.¹⁷ El rol del personal de enfermería es fundamental, ya que suele ser el primero en detectar los signos iniciales del delirium y en comunicarlo al equipo interdisciplinario, permitiendo así una intervención conjunta. Además, este personal desempeña un papel clave en la implementación de cuidados específicos que requieren una comprensión profunda de la situación del paciente. Entre las estrategias más efectivas para el manejo del delirium se encuentran las medidas no farmacológicas, cuyo liderazgo recae principalmente en el personal de enfermería.¹³

No abordar de manera adecuada la prevención, identificación y manejo del delirium en adultos mayores mediante intervenciones farmacológicas y no farmacológicas puede agravar la condición.² Esto incluye el uso inadecuado de contención mecánica, lo que puede provocar lesiones dérmicas, trastornos del sueño,

sobrecarga del cuidador, una mayor duración del cuadro y hospitalizaciones más prolongadas, incrementando así los costos en salud.^{1,2} Por lo tanto, resulta crucial identificar al personal de enfermería encargado de atender a pacientes adultos mayores con delirium y proporcionarles una capacitación específica que aborde tanto las intervenciones farmacológicas como las no farmacológicas. Este enfoque garantizará un manejo más efectivo, dado el impacto significativo que tiene esta condición en los pacientes mayores y en el sistema de salud en general.^{1,2,13}

3. Marco teórico

Delirium.

El delirium se describe como una alteración cerebral aguda que provoca un deterioro repentino en la atención y la función cognitiva.¹ Tiene un origen multifactorial, con un inicio abrupto y asociado a la respuesta frente a estímulos nocivos, lo que brinda información sobre la capacidad de reserva cognitiva. ¹ Es un síndrome confusional agudo.⁹

Epidemiología.

La prevalencia en pacientes hospitalizados varía en instituciones de salud pública mexicanas, se ha reportado una prevalencia del 38.3% en adultos mayores hospitalizados y una incidencia del 12%.² Sin embargo los pacientes hospitalizados con delirium, aproximadamente la mitad ingresaron con esta condición y la otra mitad la desarrolló durante su estancia hospitalaria.²

La incidencia del en servicios de urgencias, se presenta en aproximadamente el 10-15% de los pacientes, mientras que en unidades de cuidados intensivos y en pacientes al final de la vida bajo cuidados paliativos, la incidencia puede alcanzar hasta el 85%. ³

El delirium se asocia con una alta mortalidad en pacientes hospitalizados, alcanzando hasta un 34% durante la hospitalización y entre un 35-40% en el primer año tras el egreso hospitalario. Además, es un predictor de institucionalización, re-hospitalización y prolongación de la estancia hospitalaria, incrementando el riesgo de complicaciones como caídas, infecciones nosocomiales y úlceras por presión, lo que se traduce en un aumento de los costos sanitarios.² A pesar de su alta frecuencia y consecuencias negativas, el delirium suele ser subdiagnosticado en la práctica clínica, con tasas de no reconocimiento por parte de los médicos que oscilan entre el 50% y el 80%. El delirium durante la

hospitalización es prevenible en casi el 40% de los casos, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias efectivas de prevención, diagnóstico y tratamiento en los entornos hospitalarios.²

Causas.

Aunque un solo factor puede conducir al delirium, por lo general el delirium es multifactorial en las personas mayores incluyen una amplia gama de condiciones y situaciones que afectan su estado de salud y funcionamiento cognitivo.⁴ El desarrollo de delirium depende de complejas interrelaciones entre pacientes vulnerables con varios factores predisponentes y a la exposición a factores precipitantes.⁴

Factores de riesgo.

Factores predisponentes y precipitantes

Existen factores de riesgo que se recomienda interrogar, como lo son los factores predisponentes no modificables para el desarrollo de delirium en el adulto mayor hospitalizado², tales como:

- *Demográficos:* Edad igual o mayor a 65 años.
- *Estado cognoscitivo:* Historia previa de delirium. Existencia previa de demencia, conocida o no.
- *Desnutrición:* Deficiencias en vitaminas, como tiamina (B1) o cobalamina (B12)
- *Edad avanzada:* Especialmente en mayores de 75 años.
- *Estado funcional:* Historia previa de caídas. Historia de dependencia funcional total o parcial. Pérdida de la visión y/o audición.
- *Asociado a condiciones médicas:* Historia previa de evento vascular cerebral. Historia de enfermedad neurológica previa. Historia de múltiples enfermedades coexistentes (cardiovascular, renal, metabólica, etc.). Estado terminal.
- *Uso crónico de fármacos de alto riesgo:* Benzodiacepinas, opioides o medicamentos anticolinérgicos.²

Se recomienda interrogar en busca de factores predisponentes modificables para el desarrollo de delirium en el adulto mayor hospitalizado², tales como:

- *Estado cognitivo y psico-afectivo:* Deterioro cognitivo. Depresión. Ansiedad.

- *Estado funcional:* Inmovilidad. Actividad física limitada.
- *Asociado a condiciones médicas:* Problemas agudos de salud. Enfermedad renal crónica. Enfermedad hepática. Fracturas. Cualquier tipo de trauma (craneoencefálico, torácico, abdominal, etc.). Infección aguda y crónica (incluyendo VIH). Desnutrición.
- *Uso de fármacos:* Todos aquellos que cruzan la barrera hematoencefálica y/o aquellos con efectos anticolinérgicos.
- Polifarmacia, adición, cambio o supresión de fármacos.
- Abuso de alcohol y otras sustancias.²

Se recomienda interrogar en busca de factores precipitantes no modificables para el desarrollo de delirium en el adulto mayor hospitalizado ², tales como:

Estado cognoscitivo:

Historia previa de delirium. Enfermedades neurológicas:

- Evento vascular cerebral isquémico agudo (sobre todo en el hemisferio no dominante).
- Evento vascular cerebral hemorrágico.²

Se recomienda interrogar en busca de factores precipitantes modificables para el desarrollo de delirium en el adulto mayor hospitalizado ⁴, tales como:

Fármacos utilizados durante la hospitalización:

- Hipnóticos.
- Narcóticos.
- Anticolinérgicos.
- Polifarmacia.⁴

Enfermedades neurológicas:

- Meningitis.
- Encefalitis.
- Cirugía neurológica.⁴

Enfermedad o condiciones médicas:

- Infecciones.
- Hipoxia.
- Choque de cualquier índole.
- Fiebre o hipotermia.
- Anemia.
- Deshidratación.

- Retención aguda de orina e impactación fecal.
- Ayuno prolongado.
- Hipoalbuminemia.
- Trastornos en los electrolitos séricos especialmente en el sodio, en el equilibrio ácido base, en el metabolismo de la glucosa especialmente hipoglucemia.
- Cirugía ortopédica.
- Cirugía cardíaca, principalmente si requiere de bomba de circulación extracorpórea.
- Cirugía no cardíaca.
- Anestesia general.⁴

Asociadas a la hospitalización:

- Abstinencia de alcohol u otros fármacos como benzodiazepinas.
- Admisión a terapia intensiva.
- Uso de restricciones físicas o químicas.
- Uso de sondas y catéteres en general.
- Procedimientos diagnósticos múltiples.
- Privación prolongada de sueño.
- Dolor.
- Estrés emocional.
- Polifarmacia.
- Uso injustificado de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.^{2, 4}

Diagnóstico.

El diagnóstico de delirium es un diagnóstico clínico. Las características diagnósticas clave incluyen un inicio agudo y curso fluctuante de los síntomas, falta de atención, deterioro de la conciencia y alteración de la cognición (desorientación, deterioro de la memoria, cambios en el lenguaje). Las características de apoyo incluyen alteraciones en el ciclo sueño- vigilia, alteraciones perceptivas (alucinaciones o ilusiones), delirios, trastornos psicomotores (hipoactividad o hiperactividad), comportamiento inapropiado y labilidad emocional.^{2,5}

Los criterios de diagnóstico estándar de referencia actuales son la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y las enfermedades de la OMS. El instrumento más utilizado para el diagnóstico de delirium es el Método de Evaluación de la Confusión (CAM), con sensibilidad de 94%, especificidad de 89%.⁶

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL DSM-5

A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y de la conciencia (orientación reducida al entorno).

B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.

C. Una alteración cognoscitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).

D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognoscitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma

E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Para hacer el diagnóstico de Delirium o síndrome confusional se requieren al menos 3 de los criterios antes mencionados.

Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado. GPC,2016

La Asociación Americana de Psiquiatría en el año 2022 publicó la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) ⁶, que mantiene los criterios diagnósticos esenciales para el delirium, enfatizando:

- *Alteración en la atención y la conciencia:* Dificultad para mantener o dirigir la atención y una reducción en la claridad del entorno.⁶
- *Desarrollo agudo y curso fluctuante:* Aparición rápida de síntomas que tienden a variar en severidad a lo largo del día.⁶
- *Alteración cognitiva adicional:* Problemas en memoria, orientación, lenguaje, habilidades visoespaciales o percepción.
- No explicable por otro trastorno neurocognitivo preexistente.⁶
- Evidencia de que la alteración es consecuencia directa de otra condición médica, intoxicación o abstinencia de sustancias, exposición a toxinas u otras etiologías.^{2, 6}

Características clínicas.

CRITERIOS CLÍNICOS PARA LA DETECCIÓN DEL DELIRIUM: CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)
1. Cambios en el estado mental de inicio agudo y curso fluctuante.
2. Atención disminuida.
3. Pensamiento desorganizado.
4. Alteraciones en el nivel de conciencia
<i>Para hacer el diagnóstico de Delirium o síndrome confusional se requieren al menos 3 de los criterios antes mencionados.</i>

Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado. GPC,2016

Alteración en el nivel de conciencia y, secundariamente, en la capacidad de atención, de inicio agudo y de curso fluctuante. Se acompaña de:

- *Alteraciones cognitivas:* desorientación (principalmente temporal, ocasionalmente espacial y muy raramente en persona), pensamiento desorganizado (que puede favorecer procesos delirantes), alteración del lenguaje y deterioro de la memoria (especialmente de fijación).⁵
- *Alteraciones perceptivas:* ilusiones, delirios (paranoicos o de persecución, principalmente), alucinaciones (mayoritariamente visuales, poco estructuradas y de corta duración).
- *Agitación psicomotriz, alteraciones del ritmo vigilia-sueño, manifestaciones emocionales* (miedo, depresión, apatía, ansiedad, irritabilidad, euforia).⁵
- *Alteraciones somáticas:* temblor fino de alta frecuencia (por hiperactividad adrenérgica), mioclonías, asterixis (en encefalopatía hepática, metabólica o por tóxicos), signos de liberación frontal.
- También pueden aparecer alteraciones de la marcha, incontinencia, control difícil de la tensión arterial, taquicardia, sudoración. ⁵

Subtipos de síndrome confusional agudo.

- *Hiperactivo:* Los pacientes presentan un estado hiperalerta con agitación, inquietud, alucinaciones y delirios. Se debe en la mayoría de los casos a tratamiento con fármacos antocolinérgicos o síndrome de abstinencia. ^{2,7}

- *Hipoactivo*: Se observa somnolencia, letargia, bradipsiquia y bradicinesia. Se relaciona con el tratamiento con fármacos sedantes o encefalopatías metabólicas.^{2,7}
- *Mixto*: Hiperactivo-hipoactivo. Características de ambos.^{2,7}
- *Subsíndrome delirium*: presentan alguna (s) características clínicas pero no cumple todos los criterios diagnósticos. Puede (o no) progresar a Delirium completo.^{2,7}

Prevención de Delirium.

La prevención es la estrategia más eficaz para reducir tanto la aparición, como las complicaciones del delirium.²

Medidas Preventivas

- Uso de auxiliares auditivos.
- Evitar uso de sondas o catéteres innecesarios.
- Iluminación adecuada.
- Reducción de ruido.
- Orientación diaria de tiempo, lugar y persona.
- Ajuste de medicamentos.
- Respetar ciclo de sueño.
- Movilización en cama y si es posible fuera de ella.^{2,8}

Técnicas tranquilizadoras verbales

- Ser asertivo, hablar con frases breves y claras.
- Tratar de establecer una relación y hacer énfasis en la cooperación.
- Ofrecer una negociación realista y evitar las amenazas.
- Realizar preguntas abiertas y tratar de averiguar las causas del enojo o inquietud del paciente.
Mostrar preocupación, empatía y escuchar con atención.
- No minimizar o ser condescendientes con las preocupaciones expresadas por el paciente.^{2,8}

Técnicas tranquilizadoras no verbales

- Favorecer un ambiente tranquilo y libre de ruidos que puedan incrementar la inquietud.
- Que el paciente este situado en un lugar seguro y evitar que se

- sienta atrapado (como en una esquina).
- Poner atención en las claves no verbales como el contacto ocular y la distancia física.
 - Adoptar una postura no amenazante, no provocadora y calmada, pero segura sin ser despectiva.^{2,8}

Tratamiento

Manejo farmacológico del delirium.

Se utiliza cuando el paciente presente un cuadro de excitación psicomotriz o alucinaciones que generen repercusión psicológica (angustia o temor extremos).²

El tratamiento farmacológico del delirium sólo debe emplearse si las intervenciones no farmacológicas han fracasado, la indicación debe evaluarse diariamente en cada caso.²

El tratamiento farmacológico del delirium debe reservarse para pacientes en las siguientes circunstancias:

- Agitación o agresividad que amenacen o pongan en riesgo la integridad física del paciente, otros pacientes o del equipo de salud.
- Agitación severa que ponga en peligro la aplicación o mantenimiento de terapias esenciales (p ej. asistencia mecánica ventilatoria invasiva/no invasiva, marcapasos, balón de contrapulsación aórtico, etc.).^{2,9}

Cuando se utilicen fármacos antipsicóticos se recomienda iniciar con la menor dosis y duración posible y aumentar la dosis gradualmente en base a la respuesta y el contexto general del paciente. Una vez alcanzada la respuesta al tratamiento farmacológico, se debe mantener la dosis efectiva por lo menos de dos a tres días y preferentemente no más de una semana.² Es excepcional que los pacientes requieran medicación a su egreso hospitalario. En el tratamiento del delirium NO deben utilizarse de forma rutinaria benzodiazepinas, excepto en los casos en los que están indicadas (abstinencia etílica o por benzodiazepinas). Para el delirium hipoactivo, NO se recomienda la utilización de antipsicóticos, ni benzodiazepinas.^{2, 10}

En caso de delirium por abstinencia etílica o benzodiacepinas, se recomienda el uso de lorazepam a dosis de 0.5-1.0 mg cada 12 horas debido a que no tiene metabolitos activos, se puede administrar por vía parenteral. El tratamiento con haloperidol tiene la misma eficacia en mejorar la severidad de los síntomas y el tiempo de remisión de delirium al compararse con los antipsicóticos atípicos olanzapina y risperidona.^{2,10}

Se recomienda utilizar haloperidol en el adulto mayor hospitalizado con delirium a dosis de 0.5- 1 mg V.O. cada 8-12 horas, 0.5-1mg I.V. o I.M.²

Otras opciones de tratamiento que pueden utilizarse son:

- Olanzapina: 1-20mg/día.
- Quetiapina: 25-100mg/día.
- Risperidona: 0.25-4mg/día.²

El profesional de enfermería y el cuidado del paciente Adulto Mayor con delirium.

Las enfermeras tienen múltiples contactos con los pacientes y por lo tanto están en una posición única para observar los cambios en el estado mental en una etapa temprana. El diagnóstico de delirium depende de tres factores: la impresión clínica de médicos y enfermeras basada en el reconocimiento de los síntomas (incluidos los de la fase prodrómica) el examen físico adecuado y las investigaciones clínicas y el uso de escalas de evaluación.¹¹

El conocimiento de las causas y factores de riesgo de delirium debe permitir a las enfermeras centrarse en pacientes en riesgo y reconocer los síntomas de delirium temprano. El conocimiento de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para el delirium proporcionará a la enfermera un arsenal de posibles intervenciones en el cuidado de los adultos mayores con delirium.^{2,4}

Se ha visto que el equipo de enfermería tiene dificultades para identificar, diagnosticar, tratar, prevenir el delirium y por lo tanto no se hace uso de las escalas de enfermería ni se realizan intervenciones para la detección de delirium, debido a una mala comprensión del mismo, esto ocasiona en los pacientes un mal resultado a pesar de la atención. Las intervenciones deben centrarse en los diversos factores implicados en el delirium a través de una estrategia multicomponente que incluya métodos no farmacológicos. Los enfoques terapéuticos limitan principalmente la gestión de sus síntomas y las causas subyacentes.⁴

Mediante la promoción de las mejores prácticas, las enfermeras deben reducir eficazmente la incidencia de delirium. Estas prácticas incluyen una cuidadosa atención a la condición del control del dolor, el mantenimiento de la percepción sensorial adecuada al proporcionar dispositivos de ayuda (gafas y audífonos) y proporcionar un entorno propicio para el mantenimiento del estado mental. Cuando las enfermeras evalúan constantemente para el delirium mediante el uso de una herramienta basada en la evidencia como CAM, identificación temprana se produce antes de los síntomas se vuelven severos. La enfermera puede entonces iniciar las intervenciones basadas en la evidencia. ^{12, 13}

Ocádiz , 2013. Implemento un programa educativo en delirium para el equipo de salud, con el propósito de disminuir su incidencia. Se evaluó la efectividad del equipo de salud para aplicar las medidas preventivas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con delirium, realizo dos evaluaciones al personal médico y de enfermería antes y después de implementar el programa. ¹⁴

Implemento pláticas de una hora al mismo personal con información relativa al delirium, su diagnóstico oportuno y tratamiento para prevenirlo, reconocerlo y tratarlo en personas mayores de 65 años. Utilizo la prueba de Chi cuadrada con la finalidad de evaluar las respuestas antes y después de la estrategia implantada para identificar diferencias significativas entre las variables descritas antes y después del programa. Se observo mejoría en la capacidad para identificar el delirium (22% inicial vs 93%; $p=000$). Se incluyeron 200 pacientes en el grupo de ensayo a un año y se encontró un solo caso de delirium que mostro reducción importante respecto a la incidencia previa en el hospital (10 vs 0.5% $p=0000$), mientras que el subgrupo de 98 pacientes quirúrgicos no hubo ningún caso de delirium (4.8% inicial vs 0% $p=0.01$, $NNT=21$). La incidencia final de delirium del grupo original de 200 pacientes fue de 0.55% (1 caso) y en el grupo de pacientes quirúrgicos de 0% (la incidencia inicial del grupo control fue de 4.8%).¹⁴

4. Descripción del problema

El delirium es una condición común, pero a menudo subdiagnosticada, en adultos mayores hospitalizados, está asociado con complicaciones graves como un aumento de la mortalidad, la duración de la hospitalización, el deterioro funcional y la probabilidad de ingreso en instituciones de hospitalización prolongada.² A pesar de su alta prevalencia e impacto, el delirium suele ser mal reconocido y gestionado debido a la falta de formación específica en el personal de salud, particularmente en enfermería.³

El 20% y el 50% de los adultos mayores hospitalizados desarrollan delirium, siendo más común en unidades de cuidados intensivos, postquirúrgicas y geriátricas, si no se diagnostica y trata adecuadamente, puede llevar a un deterioro cognitivo permanente, aumento del riesgo de caídas y mayor mortalidad. El delirium es a menudo confundido con demencia o depresión, lo que retrasa su manejo.²

Muchas enfermeras no están familiarizadas con las herramientas y estrategias basadas en evidencia para la detección y manejo del delirium, en muchas instituciones no existen guías estandarizadas para el abordaje del delirium.⁶

La implementación de intervenciones educativas dirigidas al personal de enfermería tiene el potencial de abordar estas barreras y mejorar significativamente los resultados en pacientes con delirium. Fomentar el uso de instrumentos como el Confusion Assessment Method (CAM) para la identificación temprana del delirium, la implementación de medidas no farmacológicas, como la reorientación cognitiva, la movilización temprana y el manejo del entorno.¹⁴

Dado el impacto negativo del delirium en la salud del adulto mayor y los costos asociados, es crucial capacitar al personal de enfermería como primer punto de contacto con el paciente. Una intervención educativa bien diseñada puede incrementar el conocimiento y las habilidades del personal para la prevención, diagnóstico y manejo del delirium, reducir la incidencia y las complicaciones asociadas al delirium en adultos mayores, mejorar la calidad de vida de los pacientes y la percepción de los cuidados por parte de sus familias.²

5. Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa en el personal de enfermería para la prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor?

6. Objetivos

Objetivo general:

Determinar el efecto de una intervención educativa en el personal de enfermería para la prevención, diagnóstico y tratamiento del Delirium en el adulto mayor.

Objetivos específicos:

- Identificar un instrumento para la recolección de datos.
- Analizar el manejo del paciente adulto mayor con delirium por el personal de enfermería en las áreas de hospitalización
- Evaluar si el personal de enfermería utiliza la escala CAM para el diagnóstico de delirium en los adultos mayores.

7. Hipótesis

Existe una mejoría en el manejo del delirium en el adulto mayor hospitalizado, después de que el personal de enfermería recibe una intervención educativa.

8. Metodología

- *Tipo de investigación:* Se realizó una investigación exploratoria, cuantitativa en el manejo del delirium en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de tercer nivel de la CDMX.
- Lugar: Hospital de tercer nivel de la CDMX.
- *Ubicación:* Hospital General Dr. Manuel Gea González.

9. Materiales y método.

- *Universo de estudio:* Personal de enfermería que labora en el Hospital General Dr. Manuel Gea González.
- *Población de estudio:* Personal de Enfermería adscrito a los servicios de Medicina interna, Cirugía General, Ortopedia y Urología, del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

10. Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

- Personal de enfermería de ambos sexos, de base o de contrato, de cualquier turno, que acepte participar en el estudio y firme el consentimiento informado.
- Personal de enfermería de los cuatro turnos de labores (matutino, vespertino, nocturno A y nocturno B)

Criterios de exclusión.

- Personal de enfermería que, en el momento de la recolección de la

información y aplicación de la intervención educativa, se encuentre de vacaciones, descanso o que por cualquier cosa no se encuentre en el hospital.

- Personal de enfermería que se encuentre cubriendo incidencias, vacaciones o guardias y que no permanezca a los servicios Medicina interna, Cirugía General, Ortopedia y Urología.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios no llenados completamente.

11. Descripción del Documento de Recolección.

Instrumento base

Con base en los lineamientos de la Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica (GPC,2016) para el Delirium.² La cédula de verificación es una herramienta diseñada para evaluar el grado de cumplimiento del personal de salud, particularmente del personal de enfermería, con las recomendaciones clave establecidas en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor.²

Propósito de la cédula

- Identificar si las acciones realizadas en la atención de adultos mayores se alinean con las recomendaciones de la GPC.
- Detectar brechas en el cumplimiento de las prácticas recomendadas para orientar intervenciones educativas y operativas.
- Asegurar que los pacientes reciban una atención basada en evidencia que minimice los riesgos asociados al delirium.²

Componentes de la cédula de verificación

- Verificación de medidas preventivas, como la reorientación cognitiva, la movilización temprana, la hidratación adecuada y el manejo del entorno hospitalario. Evaluación de factores de riesgo (edad avanzada, polifarmacia, comorbilidades, entre otros).
- Uso de herramientas validadas como el Confusion Assessment Method (CAM) para detectar delirium. Registro de los síntomas y su clasificación en

hiperactivo, hipoactivo o mixto.

- Aplicación de estrategias no farmacológicas como primera línea de tratamiento. Seguimiento de protocolos para el manejo farmacológico en casos necesarios.
- Documentación adecuada en los expedientes clínicos, monitoreo continuo de los pacientes con delirium para evaluar la efectividad de las intervenciones.
- Permite medir el efecto de las intervenciones educativas y de mejora continua implementadas en las instituciones de salud.²

Se utiliza de manera periódica, dependiendo de la política institucional (por ejemplo, semanal o mensual). La aplican supervisores de enfermería o encargados de calidad, en colaboración con el personal operativo.

12. Descripción de actividades a realizar.

1. Para identificar el manejo del delirium por el personal de enfermería antes de la intervención educativa. Los investigadores, durante un periodo de 30 días, identificarán a los adultos mayores que presenten episodios de Delirium, a través de los registros clínicos de la clínica de enfermería gerontogeriatrica.
2. Se aplicará la "cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor" (anexo 1) obteniendo los datos de los registros clínicos de enfermería (hoja de enfermería) de la enfermera del turno en el que se desarrolló el episodio del delirium. Para ello se revisarán las notas de enfermería, registros de capacitación a cuidadores primarios y valoración del dolor.
3. Los investigadores, invitarán a todo el personal de enfermería adscrito a los servicios de hospitalización: Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia y Urología, del Hospital General Dr. Manuel Gea González, de los 4 turnos (matutino, vespertino, nocturno a y nocturno b) a participar en la investigación, explicándoles el objetivo del estudio.
4. Los investigadores, durante un período de 90 días, realizarán la aplicación de la intervención educativa al personal de enfermería que acepte participar en el estudio, para lo cual entregarán el consentimiento informado y aviso de privacidad.
5. La intervención educativa en personal de enfermería será llevada a cabo por

los investigadores de la siguiente manera:

- a. Para obtener datos para las variables sociodemográficas, se pedirá al personal de enfermería que haya firmado el aviso de privacidad y consentimiento informado, que realice el llenado del "formato de recogida de datos generales del personal de enfermería (anexo 2).
 - b. Se proporcionará una clase con una duración de 30 minutos aproximadamente, sobre "Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado", a través de un rotafolio (anexo 3), a cada una de las enfermeras que hayan firmado el consentimiento informado y aviso de privacidad. Para tal fin se buscará un espacio tranquilo en el servicio, libre de distractores, pudiendo ser el área de descanso del personal de enfermería.
 - c. Se entregará una tarjeta "tipo gafete" (anexo 4) que contiene a escala CAM para el diagnóstico de delirium, así como puntos clave durante la prevención, y tratamiento del delirium en el adulto mayor.
 - d. Se colocará una infografía (anexo 5) en lugares estratégicos sobre: Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado, para que el personal de enfermería de todos los turnos pueda visualizarla.
6. Para conocer el manejo del delirium por el personal de enfermería después de la intervención educativa. El investigador, durante un período de 30 días, identificará a los adultos mayores que presenten episodios de delirium, a través de los registros clínicos de la clínica de enfermería gerontogeriatrica y aplicará la "cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor" (anexo 1) obteniendo los datos de los registros clínicos de enfermería (hoja de enfermería) de la enfermera en el que se desarrolló el episodio de delirium.

Cronograma

ACTIVIDAD	FECHA	TIEMPO EMPLEADO	OBSERVACIONES
Revisión bibliográfica	01 de octubre de 2019 a 01 de diciembre de 2019	2 meses	Recopilación, análisis y sinterización de información relevante.
Elaboración del protocolo	01 de diciembre de 2019 a 01 de marzo de 2020	3 meses	Definir la planificación, el diseño y la metodología del trabajo.
Obtención de la información	01 de marzo de 2020 a 01 de agosto de 2020	5 meses	Aplicación del instrumento. Recolección de datos relevantes para responder la pregunta de investigación.
Procesamiento y análisis de los datos	01 de agosto de 2020 a 01 de septiembre de 2020	1 mes	Interpretación de la información recolectada, responder a la pregunta de estudio dependiendo del enfoque de la metodología
Elaboración del informe técnico final	01 de septiembre de 2020 a 01 de octubre de 2020	1 mes	Presentación clara, estructurada y fundamentada de los hallazgos obtenidos.
Divulgación de los resultados	01 de octubre de 2020	1 mes	Compartir los hallazgos.

Recolección de datos.

Se aplicó el cuestionario de la Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica, 2016. En la fecha de 01 de octubre de 2019 a 01 de octubre de 2020 en los servicios; Medicina interna, Cirugía General, Ortopedia y Urología, del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en el horario laboral de cada turno.

Muestra en el número de personas.

Mínimo de 25 enfermeros y/o enfermeras que trabajan en el Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Análisis Estadístico

Se llevo a cabo una investigación de tipo cuantitativo y exploratorio, utilizando el instrumento titulado "Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica (GPC,2016)" ². A través de este instrumento, se recopilar información destinada a la hoja del servicio de la institución.

Estadística descriptiva

Medidas de tendencia central y dispersión: media, mediana, moda para las variables sociodemográficas de las enfermeras. Tabla de frecuencias para conocer la frecuencia de Delirium por servicio.

Estadística inferencial

Prueba t de Student para muestras relacionadas, para determinar si una intervención educativa en el personal de enfermería es efectiva en la prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor. Prueba de chi cuadrada para comparar la proporción de enfermeras con mayor grado de estudios que obtuvo un puntaje alto en la cédula de verificación sobre la prevención con las enfermeras con menor grado de estudios en la prevención diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor. Prueba de chi cuadrada para comparar la proporción de enfermeras con mayor antigüedad que obtuvo un puntaje alto en la cédula de verificación sobre la prevención con las enfermeras con menor antigüedad en la prevención diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor.

13. Metas alcanzadas.

El presente informe de investigación titulado "Efecto de una intervención educativa en el personal de enfermería para la prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor" está diseñado para lograr un impacto positivo tanto en el personal de enfermería como en la atención brindada a los adultos mayores.

1. Incremento en el conocimiento, mejora en las habilidades clínicas; fomentar

el uso de herramientas diagnósticas como el Confusion Assessment Method (CAM) se vuelve más consistente y eficaz. Implementar la forma adecuada las intervenciones no farmacológicas, reducción en la prevalencia y las complicaciones del delirium a nivel poblacional gracias a una atención más efectiva

2. Reducción de la incidencia del delirium principalmente en entornos de alto riesgo como unidades de cuidados intensivos y postquirúrgicas, menor duración del delirium en los pacientes diagnosticados gracias a intervenciones tempranas y efectivas, reducción de complicaciones asociadas, mejora en la calidad del cuidado.

14. Resultados esperados.

La implementación del protocolo de investigación sobre el efecto de una intervención educativa en el personal de enfermería para la prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en adultos mayores podría generar resultados significativos en múltiples dimensiones, contribuyendo a mejorar la calidad de atención y los resultados clínicos en esta población vulnerable.

Principalmente en la mejora en el conocimiento mediante la capacitación, fortalecerá el conocimiento del personal sobre los factores de riesgo, los signos y síntomas del delirium, así como sobre las estrategias de prevención y manejo basadas en evidencia.¹⁴ Esto facilitará un enfoque proactivo en el cuidado de los adultos mayores. Mejorar el desarrollo de habilidades diagnósticas y terapéuticas mediante el uso adecuado de herramientas diagnósticas como el Confusion Assessment Method (CAM), y una mayor implementación de intervenciones no farmacológicas para prevenir y tratar el delirium.²

El personal de enfermería que se participe mostrará, mayor conciencia y compromiso con la prevención del delirium, adoptando prácticas que prioricen el bienestar del paciente y promuevan la seguridad hospitalaria. Y observar una reducción de la incidencia de delirium mediante la identificación temprana y las estrategias preventivas aplicadas por el personal capacitado, se espera una disminución en el número de casos nuevos de delirium en pacientes hospitalizados.¹⁸

Los pacientes con delirium experimentarán una menor duración y severidad de la condición, así como una reducción en las complicaciones asociadas, como caídas, infecciones nosocomiales y deterioro funcional. Mediante la atención más

personalizada y basada en evidencia generará una percepción positiva sobre la calidad del cuidado ofrecido, tanto por parte de los pacientes como de sus familiares.²

La capacitación promoverá el cumplimiento de las recomendaciones clave de la GPC para el manejo del delirium, contribuyendo a la estandarización de los procesos de atención en geriatría, en la reducción de complicaciones y hospitalizaciones prolongadas asociadas al delirium, se espera una disminución en los costos operativos relacionados con la atención de esta condición. La reducción en la incidencia del delirium y sus complicaciones contribuirá a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y disminuirá la carga hospitalaria asociada a esta condición.²

15. Conclusiones esperadas.

El presente protocolo de investigación evidencia la importancia y el impacto de una intervención educativa dirigida al personal de enfermería para optimizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado. Este enfoque no solo atiende una necesidad crítica en la práctica clínica, sino que también propone estrategias innovadoras para transformar la atención geriátrica en entornos hospitalarios.²

La capacitación del personal de enfermería se establece como una herramienta clave para abordar el subdiagnóstico del delirium, fortalecer el conocimiento y mejorar las competencias prácticas en su manejo y el fortalecimiento de estrategias preventivas no farmacológicas han mostrado ser fundamentales para la identificación temprana y el manejo efectivo del delirium.¹⁴

La reducción en la prevalencia del delirium y sus consecuencias contribuye a aliviar la carga hospitalaria asociada, al tiempo que mejora la salud y calidad de vida de los adultos mayores, estableciendo un modelo replicable en otras instituciones ². La intervención educativa propuesta en este protocolo representa una estrategia integral y efectiva para enfrentar el desafío del delirium en el adulto mayor.

Su implementación en el Hospital General Dr. Manuel Gea González tiene el potencial de generar un impacto significativo en la calidad de la atención, los resultados clínicos y la gestión institucional, posicionando a la institución como un referente en el manejo de esta condición geriátrica.

16. Bibliografía

1. Gob.mx. [citado el 24 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/465GER.pdf>
2. Elirium D. Prevención, diagnóstico y tratamiento del [Internet]. Gob.mx. [citado el 24 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/465GER.pdf?utm_source=chatgpt.com
3. Corona Meléndez JC, Iñiguez Padilla H, Medina Ruíz E. Prevalencia, factores de riesgo y desenlace de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ángeles del Carmen. *Medicina Crítica* [Internet]. 2022 [citado el 24 de enero de 2025];36(4):215–22. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092022000400215&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com
4. Juárez Sandoval I, Hernández Pérez A, Vázquez Mellado Larracochea JF, Martínez Camacho MÁ. Factores de riesgo de delirium. *Acta Médica Grupo Ángeles* [Internet]. 2022 [citado el 24 de enero de 2025];20(3):258–65. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032022000300258
5. Huang J. Delirio [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 24 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/delirio>
6. di AGnósticos C. GuÍA de consultA de los [Internet]. Edu.co. [citado el 24 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
7. 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 2025];32(114):247–59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003
8. Segg.es. [citado el 24 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/poster_delirium.pdf
9. Int R n. DELÍRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO [Internet]. Segg.es. [citado el 24 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2018_ii.pdf
10. Bernardo M, Vieta E, Saiz Ruiz J, Rico-Villademoros F, Álamo C, Bobes J. Recomendaciones para el cambio de antipsicóticos. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2011;4(3):150–68. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S188898911100111X>
11. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Salud Ment (Mex)* [Internet]. 2014 [citado el 24 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032014000100001

- 2025];37:1–101. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001
12. Redalyc.org. [citado el 24 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/1452/145274739017/html/>
13. Villagomez Chang LM, Rivas Díaz LH. Efectividad de la intervención de enfermería en la prevención del delirium en pacientes críticos. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2024 [citado el 24 de enero de 2025];40. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192024000100018
14. Redalyc.org. [citado el 24 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/662/66227447002.pdf>
15. Org.mx. [citado el 30 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6815>
16. Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. [citado el 30 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
17. EA de E es el A. Situación de las personas adultas mayores en México [Internet]. Gob.mx. [citado el 30 de enero de 2025]. Disponible en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
18. sciii.es. [citado el 30 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/revision4.pdf>
19. Palmero Picazo J, Lassard Rosenthal J. Delirium: una revisión actual. Aten Fam [Internet]. 2021;28(4):284. Disponible en:
https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/download/80600/71167?
20. No title [Internet]. Gob.mx. [citado el 19 de febrero de 2025]. Disponible en:
https://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/download/6385/pdf?

17. Anexos

ANEXO 1

CEDULA DE VERIFICACIÓN DE APEGO A LAS RECOMENDACIONES CLAVE DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Adulto Mayor	
Calificación de las recomendaciones Cumplida SI=1 NO=0 NO APLICA= NA	
DIAGNOSTICO CLINICO	
Busca intencionadamente los factores predisponentes y precipitantes de delirium, así como los fármacos que potencialmente pueden causar delirium, así como los fármacos que potencialmente pueden causar delirium ante la presencia de un paciente con delirium.	
Utiliza una herramienta formal como los criterios del CAM o Confusión Assesment Method y/o del DSM V para hacer el diagnostico de delirium.	
Se solicitan los siguientes estudios de laboratorio iniciales: biometría hemática completa, electrolitos séricos, química sanguínea completa, pruebas de función hepática, análisis general de orina y electrocardiograma. Además, considerar una radiografía de tórax.	
Se solicita tomografía simple en aquellos pacientes con delirium y una causa no identificable, antecedente de uso de anticoagulación, antiagregantes plaquetarios, datos de focalización, trauma craneal o inmunocompromiso en quienes el estudio de neuroimagen se vuelve necesario.	
Se realiza la punción lumbar cuando los signos y síntomas orienten al diagnóstico de neuroinfección y no como estudio rutinario.	
TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO	
En las primeras 24 horas de la hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> • Detecta la presencia de delirium. • Valora a los pacientes con factores de riesgo predisponentes y precipitantes para el desarrollo de delirium. • Trata todas las posibles causas subyacentes o combinaciones de causas del delirium con intervenciones clínicas, conductuales y ambientales. 	
Se evita el uso de sondas urinarias, nasogástricas, etc, y no se colocan sondas a menos que exista indicación absoluta y retirar las ya colocadas cuando no exista alguna indicación precisa para su uso.	
Se revisa con frecuencia las indicaciones de cada fármaco y ajustar la prescripción de medicamentos cada vez que cambie la condición médica del paciente. Se evita la polifarmacia. Tomando en cuenta el número y tipo de medicamento.	
Se evalúa en todos los pacientes el dolor, y si se detecta recibe tratamiento. Se evitan fármacos analgésicos catalogados como factores precipitantes del delirium.	

Se estimula la ingesta de líquidos por vía oral en la medida de lo posible y en caso de delirium hipoactivo, se utiliza una vía intravenosa para los requerimientos basales.	
Se valora la presencia de hipoxemia y se optimiza la administración de oxígeno, se evita la postración, se mantiene fuera de ella o en una posición de 45-90° (fowler), se indican medidas básicas de rehabilitación pulmonar	
Se involucra en las acciones de prevención y manejo a los familiares, amigos y cuidadores de los pacientes.	
Se evitan las sujeciones mecánicas y restricciones físicas para el manejo del paciente con delirium hiperactivo porque pueden incrementar el riesgo de lesiones y de agitación.	
Se estimula la movilización fuera de cama en todos los pacientes que puedan realizarla, en particular la movilización temprana después de cirugía.	
Si el paciente con delirium se encuentra ansioso o con agitación y se considera que existe el riesgo de que se haga daño a sí mismo o a otros, utilizan primero técnicas tranquilizadoras verbales y no verbales (ej. Tacto gentil), y solo en caso de no ser efectivas se considera el manejo farmacológico de corto plazo (no mayor a 1 semana)	
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	
Se emplea el tratamiento farmacológico del delirium si las intervenciones no farmacológicas han fracasado o no es posible realizarlas y su indicación se evalúa diariamente en cada caso.	
El tratamiento farmacológico del delirium se reserva para pacientes en las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> • Agitación o agresividad que amenacen o pongan en riesgo la integridad física del paciente, otros pacientes o del equipo de salud. • Agitación severa que ponga en peligro la aplicación o mantenimiento de terapias esenciales (p ej. Asistencia mecánica ventilatoria invasiva/no invasiva, marcapasos, balón de contra pulsación aórtico, etc.) 	
No se utilizan de forma rutinaria benzodicepinas en el tratamiento del delirium, excepto en los casos en los que están indicados (abstinencia etílica o por benzodicepinas)	
No se utilizan antipsicóticos, ni benzodicepinas. Para el delirium hipoactivo.	
Se utiliza haloperidol en el adulto mayor hospitalizado con delirium a dosis de 0.5-1 mg V.O. cada 8-12 horas, 0.5-1 mg I.V. O I.M.	
Se utilizan otras opciones de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Olanzapina: 1-20 mg/día. • Quetiapina: 25-100 mg/día. • Risperidona: 0.25-4 mg/día Iniciando con la menor dosis posible y se aumenta en base a la respuesta y el contexto general del paciente.	
Se utiliza dexmedetomidina como alternativa a los antipsicóticos en pacientes con intubación orotraqueal.	

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO	
Al egreso del paciente de hospitalización se consigna en la nota de egreso el diagnóstico de delirium durante la hospitalización los factores precipitantes, así como las recomendaciones no farmacológicas, el seguimiento y vigilancia farmacológica para evitar un nuevo episodio.	
Los pacientes adultos mayores son referidos a su Unidad de Medicina Familiar con una nota de alta hospitalaria en la que se especifique que cursaron con delirium, medidas preventivas y la vigilancia farmacológica a seguir.	
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

ANEXO 2

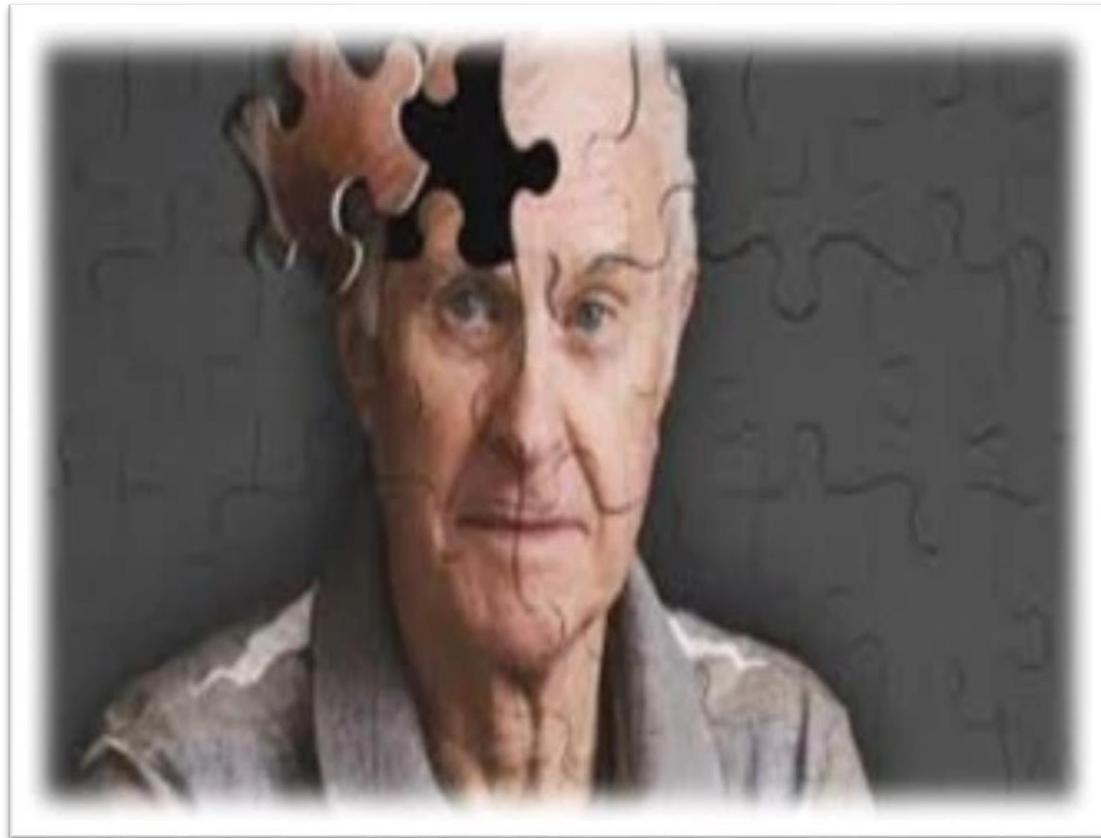
FORMATO DE RECOGIDA DE DATOS GENERALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Sexo: • Hombre • Mujer **Edad:** **Años de experiencia laboral:**

Categoría:	Ultimo grado de estudios:	Capacitación en el área de Geronto-Geriatria
Υ Auxiliar de Enfermería	Υ Técnico en enfermería	Υ Diplomado
Υ Enfermera General	Υ Postécnico	Υ Posgrado/Especialidad
Υ Enfermera General C.	Υ Licenciatura	Υ Maestría
Υ Especialista	Υ Posgrado	
Υ Especialista C.	Υ Maestría	
	Υ Doctorado	

Turno	Servicio
Υ Matutino	Υ Medicina Interna
Υ Vespertino	Υ Cirugía General
Υ Nocturno A	Υ 4to Piso Hospitalización
Υ Nocturno B	

SINDROME DE DELIRIUM



DELIRIUM

Definición

El Delirium o Síndrome Confusional Agudo (SCA) es un síndrome de causa orgánica, en ocasiones plurietiológico, que se caracteriza por:

Alteración del nivel de atención, está disminuida su capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, además de la alteración de la percepción que puede hacer que el paciente malinterprete la realidad, tenga ilusiones o alucinaciones, pudiendo esto condicionar su comportamiento y expresar miedo o agresividad ante estímulos externos.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

1. Hiperactivo:

Se caracteriza por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante. Se da en un 15-25%.

Suele asociarse a intoxicación por efecto anticolinérgico de algunos fármacos.

2. Hipoactivo:

Se da con más frecuencia en ancianos y se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia, actitud apática, inhibición. Se desarrolla en un 20-25%.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con la demencia y la depresión.

3. Mixto, hiper e hipoactivo:

Supone el 35-50% de los síndromes confusionales.

Alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo.

Etiología de Delirium

Enfermedades médicas:

a) *Enfermedad cerebral primaria:*

b) *Enfermedades sistémicas:*

- Alteraciones metabólicas
- Enfermedades infecciosas
- Enfermedades endocrinas: Hipo-Hipertiroidismo, DM2
- E. Cardiovasculares: ICC, Encefalopatía hipertensiva
- E. pulmonares: TEP (tromboembolismo pulmonar).
- E. digestivas: hepatopatías, encefalopatía hepática, enfermedades pancreáticas.
- E. renales: insuficiencia renal.
- Agentes ambientales: golpe de calor, hipotermia, quemaduras, radiaciones, electrocución.
- Cirugía: postoperatorio.

Fármacos:

- ❖ Agonistas dopaminérgicos, aminofilina, antiarrítmicos, antibióticos, anticolinérgicos, antidepresivos, antiepilépticos, antihipertensivos, antihistamínicos, antiinflamatorios, inhibidores H2, anticonvulsivantes, ciclosporina, citostáticos, corticoides, digitálicos.

otros:

- ❖ Impacto fecal, retención aguda de orina, cambio del medio ambiente, cirugía, traumas, fracturas.

FACTORES PREDISPONENTES EN ANCIANOS

- Edad avanzada (<80 años).
- Enfermedad cerebral orgánica previa.
- Deterioro cognitivo.
- Enfermedad vascular cerebral.
- Enfermedad de Parkinson.
- Antecedentes de delirium previo.
- Factores psicosociales.
- Estrés.
- Depresión.
- Escaso estímulo o apoyo familiar o social.
- Institucionalización.

FACTORES RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN.

- Entorno desconocido.
- Inmovilización.
- Deprivación de sueño.
- Dolor.
- Realización de pruebas diagnósticas.
- Sondaje nasogástrico y vesical.
- Deprivación sensorial.
- Miscelánea.
- Enfermedades graves.
- Deshidratación o malnutrición.
- Dependência de alcohol o fármacos.
- Defectos sensoriales: visual o auditivo.

RECONOCIMIENTO DEL DELÍRIUM

HISTORIA CLÍNICA:

- ❖ Indagar y redactar sobre:
- ❖ La forma de comienzo, duración, circunstancias que lo precedieron.
- ❖ Síntomas, tanto actuales como prodrómicos.
- ❖ Situación intelectual previa del paciente.
- ❖ Condiciones sociales y ambientales
- ❖ antecedentes de enfermedades sistémicas, neurológicas o psiquiátricas previas.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

1. Exploración física general:

Tratar de identificar el factor o factores desencadenantes del SCA.

(signos de deshidratación como sequedad mucocutánea, alteraciones metabólicas, traumatismo, fiebre, infecciones, insuficiencia cardíaca, TEP, retención aguda de orina, impactación fecal...).

La exploración general deberá incluir una exploración neurológica minuciosa (signos meníngeos, crisis convulsivas, déficit neurológico, temblor, mioclonías...).

2. Exploración de funciones mentales:

Atención:

- Recitar meses del año o días de la semana, en orden inverso.
- Contar hacia atrás comenzando en 20.
- Series de letras.
- Deletrear la palabra mundo al revés.
- Palabras que comiencen por una letra determinada.
- Formación de categorías semánticas.

Orientación:

- Fecha, país, provincia, ciudad, hospital...
- Identificar personas por su nombre.

Memoria:

- Fecha y lugar de nacimiento, por qué está ingresado, recordar palabras...
- Pensamiento/abstracción: Diferencias entre
- palabras, similitudes, definición de palabras comunes, fluidez verbal.

Conciencia:

- Alteración del contenido y del nivel de conciencia.

3. Exploración de funciones no intelectivas.

➤ Conducta y comportamiento:

La actividad psicomotora puede estar disminuida (más frecuente en ancianos) o lo más común, aumentada.

➤ Estado afectivo: Euforia, agresividad, ansiedad, temor o rabia, depresión, perplejidad, apatía, indiferencia.

➤ Ciclo sueño-vigilia: Insomnio es lo más común con empeoramiento de la confusión durante la noche e hipersomnias diurnas.

➤ Sistema neurovegetativo: Temblor, sudoración, taquicardia, HTA, midriasis, hipertermia, rubor facial, fiebre, incontinencia

MÉTODO DE VALORACIÓN DE LA CONFUSIÓN

Confusion Assesment Method (CAM)

Es un instrumento que destaca por su sencillez de aplicación y su eficacia. Fue diseñado específicamente para el diagnóstico del delirium y su diagnóstico incluye:

- a) Inicio agudo y curso fluctuante.**
- b) Inatención.**
- c) Pensamiento desorganizado.**
- d) Nivel de conciencia alterado.**

Tiene una sensibilidad del 94 al 100% y una especificidad del 90 al 95% en el diagnóstico del síndrome. Es solo en el caso de delirium por demencias severas en donde el CAM cae en errores de sensibilidad y especificidad.

CARACTERÍSTICA 1:

INICIO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE.

Esta característica usualmente es obtenida de un miembro de la familia y se evidencia por una respuesta afirmativa a las siguientes preguntas:

¿Existe evidencia de un cambio agudo del estado mental en comparación con el estado basal?, ¿Esta conducta anormal fluctúa durante el día, es decir, aparece y desaparece o aumenta y disminuye de severidad?.

CARACTERÍSTICA 2:

INATENCIÓN.

Esta característica se evidencia por una respuesta afirmativa a la siguiente pregunta:

¿El paciente tiene dificultad para enfocar la atención, por ejemplo, es fácil de distraer, o es muy difícil que retenga lo que se estaba diciendo?

CARACTERÍSTICA 3: PENSAMIENTO DESORGANIZADO.

Esta característica se evidencia por una respuesta afirmativa a las siguiente pregunta:

¿El paciente presenta un pensamiento desorganizado o incoherente, como una conversación sin sentido o irrelevante, flujo de ideas no claras e ilógicas o cambios súbitos de tema a tema?

CARACTERÍSTICA 4: NIVEL ALTERADO DE CONCIENCIA.

Esta característica se evidencia por cualquier respuesta que no sea “ALERTA” a la siguiente pregunta:

¿En general, como describiría el nivel de conciencia del paciente?
(Alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (somnoliento), estupor (difícil despertarlo) o coma (incapacidad de despertarlo)).

Para el diagnóstico se requiere la presencia de las dos características y cualquiera de las últimas dos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La ***demencia*** tiene un curso progresivo, suele ser estable, el nivel de conciencia no suele alterarse, la atención se afecta menos y la desorientación aparece en las fases más tardías.

El ***trastorno de ansiedad*** se caracteriza por la aparición de miedo o malestar intensos, de comienzo brusco y que se acompaña de síntomas como sudoración intensa, náuseas, parestesias, disnea, palpitaciones, opresión torácica.

La ***depresión*** cursa con humor triste, anorexia, fatiga, apatía, insomnio.

Tabla 5. Diagnóstico diferencial del delirium (1, 2)

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

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No existe un fármaco ideal para el manejo del delirium.

Se elegirá el fármaco adecuado según el perfil de efectos secundarios, el estado del paciente y la vía elegida de administración.

Los fármacos más utilizados son los neurolepticos, también las benzodiazepinas que serán usados en casos concretos.

El fármaco elegido debe administrarse a bajas dosis y durante el menor tiempo posible.

No se trata de sedar a paciente, sino de aminorar los síntomas estando el paciente lo más despierto posible. La sedación excesiva puede dar complicaciones, como aspiraciones, apneas o inmovilidad.

NEUROLÉPTICOS TÍPICOS: *HALOPERIDOL*

Es el más usado en el tratamiento del delirium. Se considera de primera línea en la fase aguda del SCA.

Actúa de forma rápida, con mínimos efectos secundarios, por lo que es relativamente seguro a corto plazo. Tiene menor efecto anticolinérgico y menor poder sedativo e hipotensor que otros antipsicóticos.

Existe en presentación oral (gotas y comprimidos) y parenteral. Se usará la vía oral siempre que se pueda.

En pacientes muy agitados donde no se controlen los síntomas, se usará la vía parenteral, incluida la IV (intravenosa), en la que se tendrá que realizar monitorización cardíaca sobre todo en ancianos y cardiópatas, por la posibilidad de que aparezcan arritmias y prolongación del intervalo QT.

Su inicio de acción es de 10 a 30 minutos por vía IM (intramuscular). Comenzar con dosis de 0,5 mg IM y repetir cada 30 minutos doblando la dosis hasta controlar la agitación.

NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS: *RISPERIDONA*

Según la organización mundial de la salud, la risperidona a bajas dosis es el fármaco de primera elección por su rapidez de acción y no tiene efectos anticolinérgicos.

De elección en ancianos con deterioro cognitivo previo o reserva cognitiva baja, por su menor actividad anticolinérgica. Se utilizará una dosis de 0,25-0,5 mg cada cuatro horas. La dosis de la noche puede aumentarse, disminuyendo la del día.

No disponemos de presentación parenteral, lo que supone una desventaja en los pacientes muy agitados en los que frecuentemente no es posible usar la vía oral.

Se usará cuando, tras el haloperidol, no se consigan controlar los síntomas o sea necesario prolongar el tratamiento en el tiempo.

QUETIAPINA: Se puede usar si los síntomas no se controlan con haloperidol. Dosis de 25 a 50 mg cada 4-12 h.

BENZODIAZEPINAS: De elección en el delirium causado por la abstinencia del alcohol o de hipnóticos sedantes.

Hay que tener en cuenta que en ancianos pueden producir mayor desorientación y agravar el delirium.

LORAZEPAM: Manejo a corto plazo de los trastornos de ansiedad: La dosis inicial recomendada es de 2 mg/día, en dosis divididas 2 veces al día.

Insomnio asociado con ansiedad: La dosis recomendada es de 0.5 mg a 4 mg/día

MIDAZOLAM. Es un sedante Hipnotico como tratamiento a corto plazo del insomnio, en los casos de agitación y agresividad profundas se usará con restricciones en dosis de 2,5-5 mg IM /IV ya que puede producir agitación paradójica.

Anexo 4



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA
CLINICA DE ENFERMERIA GERONTOGERIÁTRICA



MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA CONFUSIÓN

	CRITERIO	DESCRIPCIÓN
A	Cambio agudo en el estado mental	¿Existe evidencia de un cambio agudo en el estado mental del paciente con respecto a su estado basal?
B	Fluctuación de síntomas en minutos u horas.	Este cambio ¿se acompaña de fluctuaciones en el tiempo, es decir, aumenta y disminuye o aparece y desaparece a lo largo del día?
C	Alteraciones en la atención	¿Tiene el paciente dificultad para fijar su atención; por ejemplo, se distrae con facilidad o tiene problemas para seguir lo que se le está diciendo?
D	Alteración del Estado de Conciencia	En general, diría que su paciente ¿se encuentra hiperalerta (agitado), somnoliento, con estupor o en coma?
E	Pensamiento desorganizado	El habla del paciente ¿es desorganizada, incoherente, incomprendible, poco clara, ilógica, sin hilo de conversación o bien salta de tema en tema en forma impredecible?

(A+B+C) + D o E = Confirmación de Diagnóstico de Delirium

PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

¿Qué es el Delirium?

Es un estado de confusión transitorio, en el que su paciente puede desorientarse, presentar alucinaciones y comportamiento incoherente. Se desencadena por muchas causas por ejemplo: una enfermedad nueva, alguna cirugía, por la hospitalización misma, por algunos medicamentos, estreñimiento, dolor, etc.

Puede ser de tres tipos:

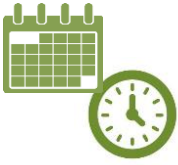
1. Hiperactivo: El paciente se torna inquieto, distraído, irritable, agitado, impulsivo, combativo, no duerme, a menudo tiene alucinaciones.
2. Hipoactivo: El paciente permanece la mayor parte del día dormido, come poco, casi no se puede mover, responde inapropiadamente a las órdenes.
3. Mixto: es una combinación de ambos.

¿Por qué es tan importante prevenirlo?

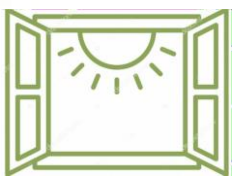
Para reducir el tiempo de estancia hospitalaria, disminuir costos en la atención médica, dependencia y evitar otras complicaciones intrahospitalarias como caídas, úlceras por presión, etc.

¿Cómo lo prevenimos?

- ❖ Siempre recuerde a su paciente la fecha y la hora, utilice los calendarios que le proporciona la clínica de geriatría.



- ❖ Durante el día abra las persianas de la habitación y/o encienda la luz, de noche cierre las persianas y/o apague las luces.



- ❖ Favorezca el descanso de su paciente durante la noche, evite despertarlo innecesariamente, evite ruidos, apague el televisor.



- ❖ Permita que su paciente utilice sus anteojos, aparato auditivo, dentadura, bastón o andadera, durante su estancia en el hospital



- ❖ Evite que su paciente tome más de 2 siestas durante el día y que estas no duren más de 30 minutos.



- ❖ Durante el día, si no existe contraindicación por su médico, traslade a su paciente al reposet, camine dentro de la habitación, o cámbielo de posición dentro de la cama, solicite ayuda al personal de enfermería.



- ❖ Realice con su paciente durante el día actividades tales como leer el periódico, resolver sopa de letras, crucigramas, etc.



- ❖ Mantenga una comunicación efectiva con el resto de sus familiares que cuidan a su paciente para que realicen todas estas actividades.

