



**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **PREVENCIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO**

Elsa Urrutia Salinas

Tutelado por: Esther Bahillo Ruiz

Soria, 27 mayo de 2020



“El secreto de una buena vejez no es otra cosa que un pacto honrado con la sociedad”

Gabriel García Márquez

## RESUMEN

**Introducción:** el Síndrome Confusional Agudo es un trastorno neuropsiquiátrico grave frecuente en el adulto mayor hospitalizado, trae consigo numerosas consecuencias que afectan de manera negativa en la evolución de los pacientes. La falta de conocimiento por parte de los profesionales dificulta las labores de identificación precoz y adecuado manejo y tratamiento de esta patología, provocando un deterioro significativo de la calidad de vida de los pacientes y una mayor dependencia.

**Objetivo:** el objetivo principal de esta revisión es identificar los signos y síntomas característicos del SCA, así como los principales factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad, para poder establecer unas estrategias adecuadas de prevención y manejo, evitando de este modo la aparición de complicaciones más graves.

**Método:** se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos; Pubmed, Cinhal, Scielo y Dialnet, de artículos publicados en los últimos diez años en castellano o inglés.

**Resultados/discusión:** la correcta identificación de los factores de riesgo tanto predisponentes como precipitantes permiten implementar diversas estrategias no farmacológicas eficaces en la prevención de los pacientes con riesgo de padecer SCA o en el manejo del síndrome. La evidencia actual apoya el empleo de este tipo de medidas no farmacológicas para la prevención y manejo del SCA por tratarse de estrategias fáciles de aplicar, económicas y efectivas.

**Conclusiones:** es necesario que todos los miembros del equipo multidisciplinar estén bien formados en la identificación, prevención y tratamiento del SCA para poder garantizar unos cuidados de calidad a los pacientes a su cargo.

**Palabras clave:** Síndrome Confusional Agudo, Delirium, Ancianos hospitalizados, Prevención.

## ÍNDICE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Definición y fisiopatología del SCA.....	1
2. Signos, síntomas y clasificación del SCA.....	2
3. Prevalencia (datos estadísticos) .....	4
OBJETIVOS.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
RESULTADOS / DISCUSIÓN.....	7
1. Diagnóstico del SCA .....	7
2. Diagnóstico diferencial con la demencia .....	11
3. Etiología y factores de riesgo .....	12
4. Medidas de prevención .....	14
5. Manejo y tratamiento del SCA .....	16
6. Abordaje familiar del SCA desde el punto de vista enfermero.....	17
CONCLUSIONES.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXOS	
ANEXO I: TABLA DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
ANEXO II: DIAGRAMA DE FLUJO	

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Evolución de la población española .....	1
Figura 2. Signos y síntomas principales del SCA .....	2
Figura 3. Prevalencia SCA .....	5
Figura 4. Valoración y diagnóstico del SCA .....	8
Tabla 1. Clasificación del SCA .....	4
Tabla 2. Diagnóstico del SCA DSM-V .....	9
Tabla 3. Confusional Assessment Method (CAM) .....	10
Tabla 4. Comparación entre SCA y demencia .....	11
Tabla 5. Factores precipitantes .....	12
Tabla 6. Factores predisponentes .....	13

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CAM	Confusional Assessment Method
CAM-ICU	Confusional Assessment Method Intensive Care Unit
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
SCA	Síndrome Confusional Agudo
SNC	Sistema Nervioso Central
TMO	Trastorno Mental Orgánico
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

## INTRODUCCIÓN

Los diversos avances en ciencia y medicina que han tenido lugar en las últimas décadas, sumados a la creciente mejora de la calidad de vida han traído consigo un notable incremento de la esperanza da vida, de manera, que la población está llegando a alcanzar unas edades que hace unos años no se creía que se alcanzarían. En España, el fenómeno de envejecimiento cada vez está más acentuado. En menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años, esto acompañado de un importante descenso de la natalidad, hacen que la población en nuestro país sea una población cada vez más envejecida. Como consecuencia de este envejecimiento van surgiendo enfermedades asociadas a la edad que antes no se conocían o no eran tan comunes, y cuyo diagnóstico y abordaje están todavía por estudiar en profundidad. Estas nuevas enfermedades emergentes asociadas a la vejez suponen un claro desafío para el sistema sanitario en general y para la enfermera geriátrica en particular<sup>1,2</sup>.

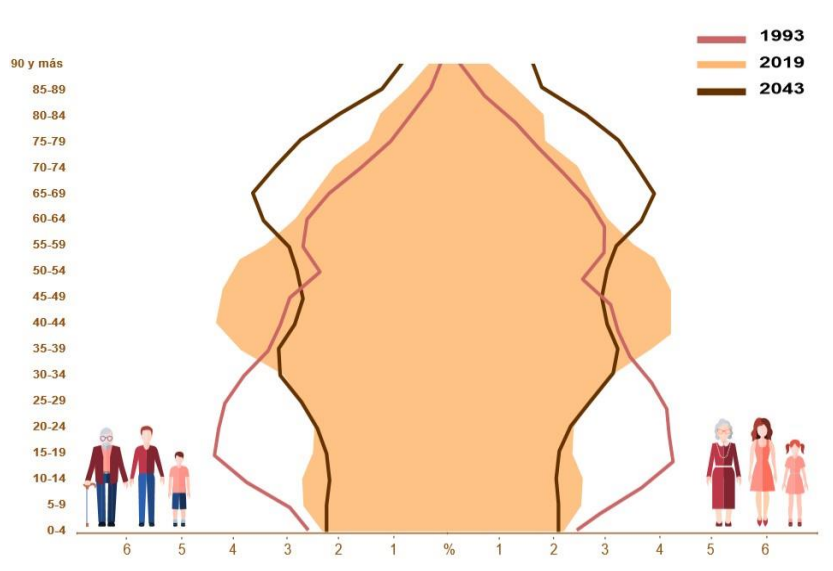


Figura 1: Evolución de la población en España en las últimas décadas. Fuente: INE

### 1-Definición y fisiopatología del SCA

Según la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) el Síndrome Confusional Agudo (SCA) también llamado Delirium, es un grave trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico que se caracteriza por la aparición de alteraciones de la consciencia y de las funciones cognitivas. Es de etiología multifactorial, suele comenzar de manera brusca, repentina, aguda y su curso es fluctuante<sup>3</sup>.

Otras características importantes que definen al SCA son su aparición al poco tiempo después del ingreso con periodos de lucidez por las mañanas y empeoramiento normalmente por las tardes y noches debido a la disminución de los estímulos de la orientación<sup>4</sup>.

El SCA es uno de los síndromes neuropsiquiátricos más frecuentes en el adulto mayor hospitalizado, es un importante marcador de gravedad y puede evolucionar a condiciones críticas en el paciente (estupor e incluso coma) si no se diagnostica a tiempo y se trata la causa subyacente<sup>5</sup>.

El desarrollo de SCA produce en los pacientes un importante deterioro funcional, dependencia e institucionalización, se asocia también a un aumento de la mortalidad y a un incremento del tiempo de estancia hospitalaria. Si se detecta de manera precoz y se adoptan las medidas adecuadas el SCA es una condición reversible. Casi todos los estudios coinciden en que la detección temprana de los factores de riesgo y trabajar sobre ellos es fundamental para evitar la aparición del cuadro<sup>6,7</sup>.

A pesar de ser un síndrome bastante común, la fisiopatología del SCA todavía no está muy bien definida y existen varias teorías.

Algunos autores defienden que se produce por una alteración neuronal ocasionada, bien por un descenso del flujo sanguíneo en el Sistema Nervioso Central (SNC) o bien por una intoxicación directa del SNC a consecuencia del consumo inadecuado de determinados fármacos u otras drogas. De manera que el cerebro no puede responder de manera eficaz a las demandas requeridas<sup>8</sup>.

En los últimos años la teoría más apoyada por la mayor parte de los autores es la de la neurotransmisión. Esta teoría establece que existe una función deficiente del sistema colinérgico que provoca a su vez un estado de hipoxia cerebral, acompañado de una reducción de los niveles de glucosa y acetilcolina. Además, se observa también un aumento de los niveles de dopamina, glutamato y serotonina, causando un daño en las zonas del cerebro implicadas en el sistema de atención, concretamente se ha observado afectación difusa y bilateral de la corteza cerebral<sup>9,10,11</sup>.



## 2- Signos, síntomas y clasificación del SCA



Figura 2: Signos y síntomas más importantes del SCA. Fuente: Elaboración Propia (8,9,11,12).

El inicio repentino y la evolución fluctuante con momentos de desorientación y lucidez son algunas de las características comunes que se dan en la mayoría de los casos de SCA. Sin embargo, también existen una serie de síntomas y signos variables e intermitentes que se van manifestando a lo largo del cuadro, como son los trastornos del ciclo del sueño (somnolencia diurna y agitación nocturna), alteraciones en la memoria a corto plazo, desorientación en el tiempo y en el espacio, dificultades en el lenguaje, distracción, ideas paranoides, razonamientos ilógicos, irritabilidad, agitación, letargo, alucinaciones, euforia, ansiedad, apatía y cambios emocionales rápidos e impredecibles <sup>8,9,11,12</sup>.

Como factores de riesgo más importantes están: edad avanzada, polifarmacia, deshidratación, desnutrición, intervenciones quirúrgicas, pluripatología, deficiencias sensoriales, enfermedad mental previa, infecciones, factores ambientales (como la hospitalización), estancia en UCI... Estos factores de riesgo se desarrollan con más detalle en las próximas líneas<sup>10</sup>.

La presencia del SCA es un marcador de mal pronóstico y de fragilidad. Los pacientes que lo padecen no pueden comunicarse de manera adecuada con su entorno, no pueden decidir sobre ellos mismos, no colaboran adecuadamente con los tratamientos que se les aplican, se producen con más frecuencia auto retirada de vías o sondas, conduce a un importante deterioro cognitivo y funcional, aparecen infecciones de tipo nosocomial, las estancias hospitalarias se alargan y se incrementan de este modo los costos de la atención sanitaria<sup>4,5,9,10</sup>.

El SCA se clasifica según el nivel de agitación o activación psicomotriz en hiperactivo, hipoactivo o mixto <sup>8,9</sup>.

La forma hiperactiva es la menos frecuente de las tres<sup>10</sup>. El SCA hiperactivo presenta unos signos más intensos y por tanto más fácilmente reconocibles, pero cuando se presenta un caso de SCA en su forma hipoactiva, donde predomina el letargo, la apatía, o la reducción del grado de respuesta a estímulos, resulta más complicado reconocer que nos encontramos ante un episodio de SCA y suele ser bastante común confundir estos signos con un estado depresivo o asociado al nivel de sedación como ocurre en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)<sup>13</sup>.

Las características principales de cada uno de los tipos de SCA se detallan a continuación en la TABLA 1<sup>9,14,15</sup>.

TABLA 1

**Clasificación del Síndrome Confusional Agudo**

<b>TIPO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
HIPERACTIVO	Nivel de agitación elevado, el individuo está alerta, inquieto, agitado o agresivo. A veces se confunde con la ansiedad
HIPOACTIVO	Nivel de activación psicomotriz es muy bajo, el individuo está somnoliento. Puede confundirse con depresión.
MIXTO	Se presenta de forma fluctuante la hiperactivación y la hipo activación

Fuente: Elaboración propia (9,14,15).

### 3- Prevalencia (datos estadísticos)

El SCA es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en los hombres, puede afectar a pacientes de cualquier edad, aunque la prevalencia es mucho más elevada en los adultos mayores. La incidencia del SCA en la comunidad oscila entre el 1% y el 2% incrementándose hasta el 14% en las personas que superan los 80 años. En los pacientes que padecen algún daño cerebral previo los índices aumentan entre un 15% y un 48%<sup>14,16</sup>.

Centrándonos en los mayores que son intervenidos quirúrgicamente las cifras de SCA oscilan entre el 15% y el 53%<sup>16</sup>.

La hospitalización e institucionalización también supone un importante factor de riesgo para la aparición del síndrome, en las primeras 24h tras el ingreso la prevalencia se sitúa entre el 14% y el 24% y pasadas estas 24h esta prevalencia pasa a ser del 6%-56%<sup>16</sup>.

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la prevalencia del SCA es más elevada, entre el 60% y 80% de los pacientes ingresados presentan un cuadro de SCA, las cifras se sitúan en torno al 1.6% en el caso del SCA hiperactivo, 43.5% en el hipoactivo y 54.1% en el mixto<sup>11</sup>.

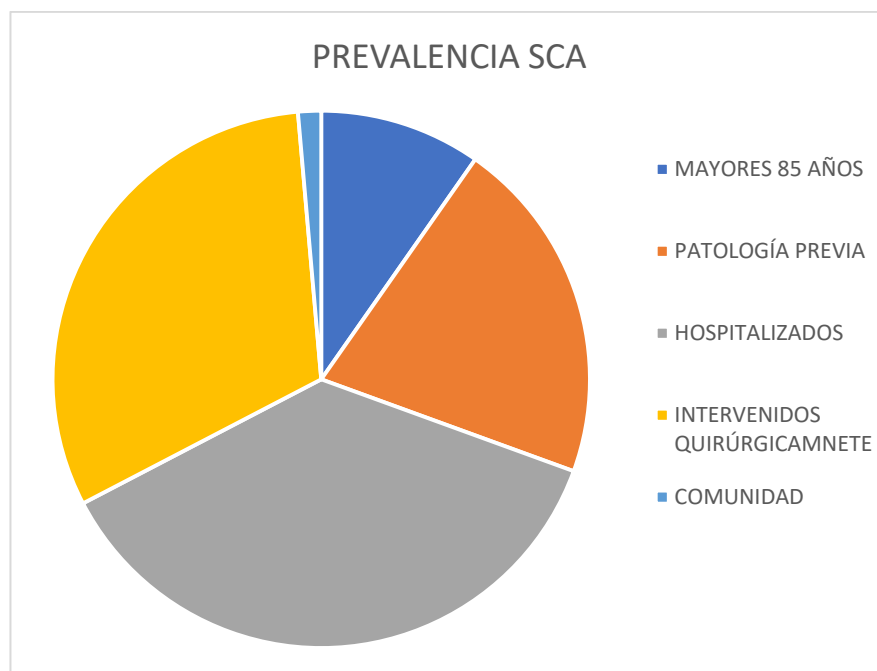


Figura 3: Prevalencia SCA. Fuente: Elaboración propia (14,16)

Todos los autores coinciden en que estas cifras son orientativas y que el SCA es un trastorno infradiagnosticado debido a la falta de formación y a la escasez de estrategias formales y métodos de valoración. En las UCIS además de estas dificultades, hay que sumar el nivel de sedación al que están sometidos los pacientes, que en muchos casos impide valorar de manera adecuada la respuesta de éstos a determinados estímulos<sup>9,11</sup>.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general: Identificar los signos y síntomas característicos del SCA, así como los principales factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad.

### Objetivos específicos:

- Determinar las actividades preventivas más importantes para evitar el desarrollo del SCA y la aparición de complicaciones asociadas.
- Identificar las principales pautas para el manejo y el tratamiento del cuadro una vez se manifiesta.
- Identificar los principales métodos de diagnóstico del SCA.
- Establecer las principales diferencias entre el SCA y la demencia.
- Planificar estrategias para el empoderamiento familiar.

## **JUSTIFICACIÓN**

Debido a la elevada morbimortalidad que esta patología tiene asociada, a su elevada prevalencia en unidades de hospitalización, y a las dificultades del personal sanitario en la identificación del cuadro debido a una escasa formación, veo conveniente la realización de esta revisión bibliográfica; para identificar con mayor facilidad y de manera precoz los síntomas, signos y factores de riesgo asociados al SCA y que pueden llegar a desencadenar el cuadro. Esta revisión va dirigida principalmente a los profesionales sanitarios, con el fin de poder realizar un diagnóstico precoz, para prevenir el desarrollo del SCA y la aparición de complicaciones y mejorar de este modo la calidad de vida de los mayores hospitalizados.

Por otro lado, de manera más personal, una experiencia que tuve a lo largo de la realización de las prácticas en la unidad de hospitalización de urología en el Hospital de Santa Bárbara ha sido lo que me ha impulsado definitivamente a centrar mi TFG en este tema, para conocer mejor y profundizar más en él.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diversas fuentes sobre el Síndrome Confusional Agudo y las principales estrategias para su prevención durante diciembre de 2019 y enero de 2020.

Para ello, se han revisado diferentes artículos localizados en diversas bases de datos: Pubmed, Cinhal, Scielo y Dialnet.

Las palabras clave utilizadas para la realización de las búsquedas han sido: “síndrome confusional agudo”, “delirium”, “prevención” y “ancianos hospitalizados”. Estas palabras clave han sido combinadas con los siguientes operadores booleanos: AND, OR creando así varias fórmulas de búsqueda que fueron introducidas en la opción de búsqueda avanzada de las bases de datos anteriormente mencionadas.

En cuanto a los criterios de inclusión, la búsqueda en las bases de datos estuvo limitada a artículos publicados en castellano o en inglés, en los últimos 10 años, y cuyo texto completo estuviera disponible y fuese original. Otros criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la selección de los artículos fueron los siguientes:

- El título de los artículos fuese relevante para el tema de la revisión y los objetivos planteados.
- El resumen y las conclusiones aportasen información necesaria y relevante para el objeto del estudio.
- Artículos que incluyesen datos sobre prevención no farmacológica del SCA.
- Los artículos revisados estuvieran centrados en la prevención del SCA en el adulto mayor.
- Estudios que analizasen programas e intervenciones enfermeras en pacientes con SCA o en riesgo de padecerlo y que estuviesen destinados a prevenir y disminuir la incidencia del cuadro.
- Artículos que estuviesen publicados en revistas científicas y de enfermería.

Se excluyeron todos los artículos publicados en otros idiomas diferentes del inglés y del castellano, publicados en una fecha anterior a 2010 y cuyo texto no se centraba en el tema principal del estudio, aportaba información reiterada o intervenciones no dirigidas al personal enfermero.

Un total de 602 artículos fueron encontrados en las diferentes bases de datos tras la introducción de las fórmulas de búsqueda.

Tras una primera lectura del título se desecharon 542 artículos, bien porque estaban repetidos, porque no aparecían en el título las palabras clave buscadas o porque se centraban en aspectos que no eran el objetivo de la revisión.

Con los 60 artículos restantes se procedió a leer el resumen completo y en algunos casos las conclusiones. Tras esta lectura se decidió incluir 29 artículos en la revisión por ser los que más se ajustaban al tema en cuestión, los otros 31 restantes a pesar de incluir en el título las palabras clave, y centrarse en el SCA, abordaban como tema principal aspectos que no eran relevantes para el objetivo de la revisión, por lo que fueron excluidos.

Con los 29 artículos seleccionados se empezó a realizar una exhaustiva lectura completa de los mismos, y se decidió excluir de la revisión 7 de ellos por ver que los temas que abordan eran básicos y ya habían sido tratados e incluidos en otros artículos que aportaban esa información y de manera más completa. 22 artículos fueron incluidos definitivamente en la revisión.

Además de los artículos también han sido revisadas guías, manuales y libros en formato papel de la biblioteca de la Universidad de Valladolid. También han sido consultadas las páginas webs del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Todo el proceso de búsqueda se desarrolla con más detalle en los ANEXOS I Y II.

## RESULTADOS/DISCUSIÓN

### 1-Diagnóstico del SCA

EL diagnóstico del SCA se realiza mediante la observación del paciente y de su entorno. Es importante tener en cuenta la historia clínica, entrevistar al paciente o a sus familiares más cercanos si éste tiene mermadas sus capacidades mentales, realizar una exploración física general, así como exámenes psicológicos o alguna prueba complementaria que ayude a identificar de manera precoz los factores de riesgo que podrían desencadenar la patología<sup>9</sup>. Como ya se ha mencionado, uno de los principales aspectos a evaluar es la historia clínica del paciente, mediante la cual se tratará de conocer el estado cognitivo basal para saber si se ha producido alguna alteración, la duración del padecimiento y listado de la medicación que toma o consumo de otras sustancias. En cuanto al examen físico hay que valorar las constantes vitales, el estado de hidratación, signos de infección, estado neurológico.

Otras pruebas complementarias que se pueden llegar a realizar son: glucemia capilar, analítica, electrocardiograma (ECG), radiografías (RX), gasometrías, niveles de fármacos y tóxicos en sangre. Esta valoración inicial del paciente tiene como objetivo la detección precoz de los posibles factores predisponentes y precipitantes para poder intervenir lo antes posible y evitar la aparición de complicaciones más graves<sup>8,9,12</sup>.

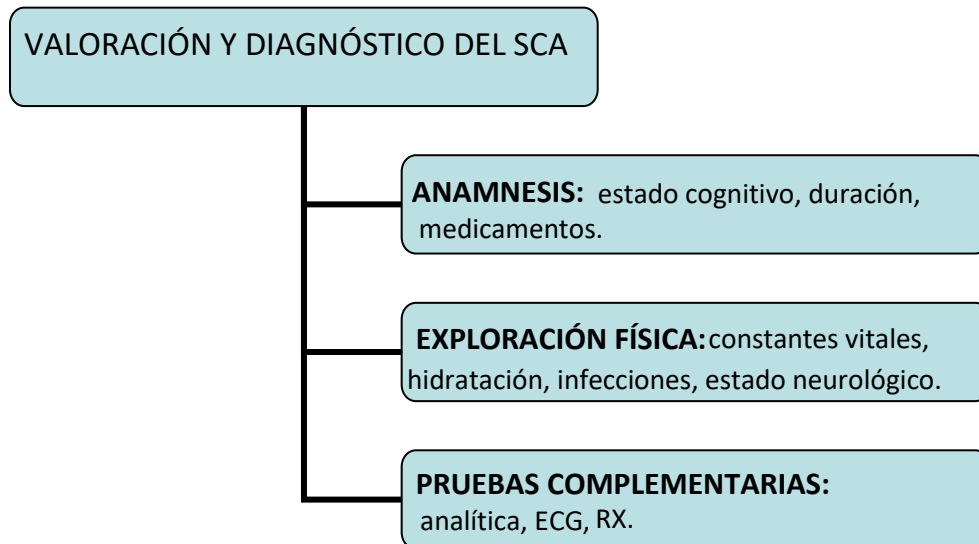


Figura 4: Valoración y diagnóstico SCA. Fuente: Elaboración propia (8,9,12).

La quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V), establece unos determinados criterios para realizar el diagnóstico del SCA que son los que se exponen a continuación en la TABLA 2<sup>3,12,14</sup>.

En anteriores ediciones del DSM el SCA era clasificado como un Trastorno Mental Orgánico (TMO). La OMS define los TMO como desórdenes psicológicos y conductuales que tienen en común una causa demostrable de alteración en las funciones cerebrales y cuya etiología debe ser biológica<sup>17</sup>. Pero, aunque en la 3ª edición se seguía utilizando esta clasificación, ya en la 4ª se propuso el abandono del término TMO, porque el empleo de esta denominación implicaba de manera incorrecta que otros trastornos mentales clasificados como no orgánicos, como es el caso de la esquizofrenia, carecieran de base biológica. Es por ello por lo que en esta última edición se ha abandonado el término de TMO y el SCA se engloba dentro de los trastornos neurocognitivos<sup>18</sup>.

TABLA 2

**Diagnóstico SCA DSM-V**

A	Alteración de la atención, (dificultad para focalizar, mantener, dirigir la atención) y de la conciencia (orientación reducida)
B	La alteración se desarrolla en un corto espacio de tiempo (pocas horas o pocos días) y presenta una importante fluctuación a lo largo de los días.
C	Alteración cognitiva (empeoramiento de la memoria, de la orientación, del lenguaje, de la percepción...)
D	La alteración de los criterios A Y C no pueden ser explicados por otro trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en curso y que no ocurre en el contexto de un nivel de estimulación muy reducido, como puede ser un coma.
E	Debe haber evidencia en la historia clínica, en la exploración física o en los análisis clínicos de que las alteraciones psicológicas son consecuencia directa de otra condición médica, una intoxicación, abstinencia de una sustancia, exposición a una toxina o que posea un carácter multifactorial.
Para que se confirme el SCA, el paciente debe presentar los criterios A Y C y al menos uno de los demás: B, D o E.	

Fuente: DSM-V

Ante la sospecha de un episodio de SCA, existen actualmente diversas escalas de detección y aproximación al diagnóstico, algunos ejemplos son: CAC-A Clinical Assessment of Confusion-A, CRS Confusion Rating Scale, ICDSC Intensive Care Delirium Screening Checklist, CSE Confusion State Evaluation<sup>9</sup>. Sin embargo, una de las escalas más utilizada y con mayor evidencia científica para identificar la presencia de SCA es el Confusion Assessment Method (CAM), se considera una escala sencilla y de rápida aplicación, además este método presenta una sensibilidad del 94% y una especificidad del 89%. Esta escala permite a los profesionales evaluar de manera precoz la presencia de factores de riesgo y signos característicos del SCA. La escala tiene varios apartados en los cuales se valora la evolución, la falta de atención, el pensamiento desorganizado y el nivel de conciencia<sup>6,14,19,20</sup>.

TABLA 3  
**Confusional Assessment Method (CAM)**

<b>A. Comienzo agudo y curso fluctuante</b>
¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente? ¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando periodos normales con estados de confusión de gravedad variables?
<b>B. Desatención</b>
¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención? Por ejemplo, ¿Estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que estaba diciendo?
<b>C. Pensamiento desorganizado</b>
¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes, mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras o cambió de tema de conversación inexplicablemente?
<b>D. Alteración de la conciencia</b>
Vigilante (alerta, muy sensible a estímulos ambientales). / Somnoliento (despertar fácil). / Estuporoso (difícil despertar). / Coma
<b>Si el A y B y cualquiera de los criterios C y D están presentes el paciente padece SCA.</b>

Fuente: C. Merino Vaca. (art 6)

Existe también una escala adaptada: CAM-ICU (Confusion Assessment Method for Intensive Care Units) para valorar la presencia de SCA en los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Esta escala es una adaptación de la escala original CAM, se tienen en cuenta los mismos ítems, pero en este caso hay que valorar también el nivel de sedación al que están sometidos los pacientes en estas unidades de hospitalización, dicho nivel de sedación debe ser medio-bajo, de modo que el paciente pueda responder a determinados estímulos<sup>11,13</sup>.



## **2-Diagnóstico diferencial con la demencia**

Es importante saber diferenciar el SCA de otras patologías que cursan con síntomas parecidos, como puede ser la demencia o la depresión, ambas patologías frecuentes en mayores hospitalizados<sup>9</sup>.

La demencia es la patología que más se confunde con el SCA, debido a la similitud de la sintomatología que presenta, a la frecuencia de aparición en los mayores hospitalizados y a la coexistencia de ambas. La demencia es una patología de origen multifactorial y al igual que en el SCA se produce un deterioro significativo de las funciones mentales, pero a diferencia de lo que ocurre con el SCA el comienzo de la demencia es insidioso, crónico y progresivo. Además, para que el deterioro cognitivo sea diagnosticado como demencia uno de los criterios que se debe cumplir es que la alteración cognitiva no se deba exclusivamente a un cuadro de SCA<sup>9,14,21</sup>. A continuación, en la TABLA 4 se muestran las principales diferencias entre el SCA y la demencia.

Por otro lado, es importante señalar la relación entre estas dos patologías. Aunque cada una tiene sus peculiaridades y deben abordarse de formas diferentes, uno de los artículos revisados pone en manifiesto que el hecho de haber sufrido algún episodio de SCA es un factor de riesgo en el desarrollo de una demencia posterior, porque muchos factores de riesgo asociados al SCA lo están también a la demencia. Tener en cuenta esta relación puede ser útil en la prevención de la demencia. Permanecer alerta y trabajar en el mantenimiento de las funciones mentales son algunas actividades preventivas que se pueden llevar a cabo en personas que han sufrido un episodio de SCA para retrasar y evitar el desarrollo de una demencia<sup>16</sup>.

TABLA 4

### **Comparación entre el SCA y la Demencia**

	<b>SCA</b>	<b>DEMENCIA</b>
INICIO	Agudo	Insidioso
CURSO	Fluctuante	Estable
CONCIENCIA	Alterado	Vigilia
ORIENTACIÓN	Alterada	Alterada
MEMORIA	Deterioro	Deterioro
ATENCIÓN	Déficit grave	Déficit parcial
DELIRIOS	Frecuente	Baja
COGNICIÓN	Alterada	Alterada

Fuente: C. Carrera Castro (art 9)

### **3-Etiología y Factores de riesgo**

El SCA es un trastorno de etiología multifactorial, para que se desencadene el cuadro, hay que tener en cuenta la presencia de un individuo susceptible o vulnerable (factores predisponentes), y por otro lado una serie de factores precipitantes que podrían desencadenar la enfermedad<sup>6</sup>.

Algunos autores apuntan que en individuos que poseen una vulnerabilidad elevada, el SCA se puede desarrollar sin que interaccionen factores precipitantes, pero en la mayoría de los casos es la combinación de factores precipitantes y predisponentes lo que da lugar al desarrollo del SCA<sup>9</sup>.

Los artículos revisados exponen que no todas las personas son igual de susceptibles a padecer la enfermedad, esta susceptibilidad viene determinada en gran medida por la reserva cognitiva. La reserva cognitiva se explica como la capacidad del cerebro adulto de compensar el daño cerebral que padece minimizando la sintomatología clínica de la enfermedad. Esta reserva no se puede calcular, pero sí que se puede determinar qué factores actúan disminuyendo dicha reserva y desencadenando un SCA. (factores predisponentes y precipitantes)<sup>13</sup>.

TABLA 5

#### **Factores precipitantes**

<b><i>Factores ambientales</i></b>
Sondaje vesical, vías periféricas o centrales
Uso de restricciones físicas
Estrés
Ingreso en una unidad de hospitalización
Realización de múltiples pruebas diagnósticas y otros procedimientos invasivos
Privación del sueño, alteraciones en el sueño y la vigilia
Cambios frecuentes de habitación
Falta de personal o cambio constante de personal trabajador
Falta de apoyo familiar, entorno no familiar y desconocido
Dolor
<b><i>Fármacos</i></b>
Fármacos con actividad en el SNC, hipnóticos, sedantes, narcóticos, anticolinérgicos.
<b><i>Enfermedades</i></b>

Neurológicas, cardiopulmonares, gastrointestinales, reumatológicas, infecciosas, metabólicas, neoplasias, fiebre, dolor intenso, alteraciones hidroeléctricas y metabólicas
<b>Otros</b>
Déficit de vitaminas, estreñimiento, dificultad a la hora de orinar, deshidratación, desnutrición.

Fuente: Elaboración propia (6,9,11,12,16)

**TABLA 6**  
**Factores Predisponentes**

Edad avanzada
Sexo masculino
Bajo nivel educacional
Hematocrito inferior a 30%
Deterioro cognitivo, privación sensorial.
Enfermedades del SNC (Parkinson Alzheimer)
Enfermedad vascular, enfermedades crónicas graves
Episodios previos de SCA
Traumas; rotura de algún hueso o quemaduras
Uso o dependencia de alcohol, hipnótico-sedantes, u otras drogas
Malnutrición y Índice de Masa Corporal bajo

Fuente: Elaboración propia (6,9,10,11,16)

#### **4-Medidas de prevención**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea tres niveles de prevención: prevención primaria que consiste en la identificación y control de los factores de riesgo para evitar la aparición de la enfermedad, prevención secundaria para detectar de manera precoz los signos y síntomas y actuar con el fin de retrasar o detener el progreso del cuadro y prevención terciaria destinada a evitar la aparición de complicaciones y secuelas<sup>17</sup>.

Son muchos los estudios que defienden los beneficios de la aplicación de medidas no farmacológicas como primer paso en la prevención del SCA, ya que se ha demostrado la eficacia de este tipo de medidas en la disminución de la incidencia y duración del cuadro, además de ser las más económicas y fáciles de aplicar<sup>22,23</sup>. Sin embargo en la UCI aunque la aplicación de medidas no farmacológicas sigue siendo efectiva, los pacientes están bajo los efectos de medicaciones que pueden potenciar los factores de riesgo, es por ello que en estas unidades la aplicación de medidas no farmacológicas en la lucha contra el SCA no es tan efectiva como en los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización normal<sup>23</sup>.

**Educación al personal sanitario:** ha sido estudiado que la inclusión de medidas educativas entre el personal sanitario contribuye a mejorar el conocimiento y las habilidades en el reconocimiento del problema y ayuda a establecer métodos estandarizados de evaluación y actuación ante un caso de SCA<sup>22</sup>.

La educación continuada de los profesionales es esencial para mejorar el conocimiento del personal sanitario, pero es necesario que los profesionales sean capaces de incorporar la teoría aprendida a la práctica asistencial diaria. Del mismo modo es importante formar desde las universidades a los futuros profesionales para poner en su conocimiento esta patología y ayudar así a minimizar su prevalencia<sup>13</sup>.

Algunas enfermeras entrevistadas reconocen no poseer los conocimientos necesarios para tratar un cuadro de SCA si no es con medicación pautada, que es como en la mayoría de los casos se aborda esta patología<sup>22</sup>. Es por ello la necesidad de realizar este tipo de intervenciones educativas entre el personal del equipo sanitario, para ampliar sus conocimientos y mejorar la calidad de la asistencia<sup>24</sup>.

**La estimulación sensorial:** es importante promover la realización de actividades que ayuden a los pacientes a estar orientados; jugar a las cartas, dejar un reloj a la vista, ver el telediario, leer el periódico, hacerle preguntas respecto al espacio, al tiempo y a la persona por lo menos una vez en cada turno para valorar el estado cognitivo, colocar a la vista fotos familiares y objetos personales<sup>5,9</sup>.

**Corregir los déficits sensoriales:** proporcionando gafas, audífonos, garantizar una buena luminosidad<sup>5,6,9</sup>.

**Evitar los encamamientos prolongados y favorecer la movilización precoz:** realizar cambios posturales, movimientos en la cama, favorecer la deambulacion, evitar que se acuesten temprano para garantizar un mejor descanso nocturno<sup>6,9,15</sup>.

**Evitar el uso de medidas de contención física:** ya que el empleo de estas medidas aumenta exponencialmente la probabilidad de desencadenar el SCA y aumenta el nivel de agitación y estrés<sup>5,9,15</sup>.

**Valorar el estado cognitivo del paciente:** uno de los errores más comunes es que solo se realiza una única valoración del estado del paciente al ingreso. Sin tener en cuenta que puede sufrir cambios tanto psíquicos como físicos a lo largo de su estancia hospitalaria que se deben tener en cuenta para la posible detección del síndrome<sup>9</sup>.

**Respetar las horas de sueño:** intentar evitar la sedación farmacológica y favorecer el sueño por medios naturales, favorecer la relajación, evitar los ruidos, la luz excesiva, ajustar los horarios de toma de medicamentos, así como el control de constantes y glucemias para no interrumpir el descanso.<sup>13,15,19</sup>

**Evitar la realización de pruebas diagnósticas y técnicas invasivas:** vigilar el correcto funcionamiento de sondas, vías de acceso venoso para evitar volver a realizar procedimientos invasivos, minimizar el número de intervenciones terapéuticas<sup>9</sup>.

**Manejo del dolor:** identificar el origen del dolor y paliarlo lo antes posible evitando los analgésicos opioides, utilizar escalas de valoración del dolor<sup>9,15</sup>.

**Vigilar el estado metabólico:** comprobar el correcto nivel de hidratación y nutrición, identificar los signos de desnutrición y deshidratación, favorecer la ingesta oral de agua y alimentos, evitar el estreñimiento y las retenciones urinarias<sup>9,25</sup>.

**Empoderamiento familiar:** implicar a la familia en el abordaje del SCA, informar sobre los cuidados del paciente, técnicas para la prevención, enseñar a identificar los signos, escuchar a la familia, resolver dudas, prestar apoyo emocional<sup>9,25</sup>.

**Evitar el aislamiento:** flexibilizar siempre que sea posible los horarios de visita adecuándolos a la situación de cada paciente, favoreciendo que éste permanezca acompañado la mayor parte del tiempo<sup>11,22</sup>.

**Control de los medicamentos que toma:** el SCA está provocado por una disminución de la actividad colinérgica, por ello una actividad preventiva importante a tener en cuenta es controlar los medicamento que toma el paciente y acordar con el facultativo la retirada de los que pueden desencadenar con más facilidad un cuadro de SCA como son los fármacos con actividad anticolinérgica<sup>4</sup>.

Los resultados de diferentes estudios ponen en manifiesto que la aplicación de estas medidas no farmacológicas tiene ventajas y mejoras visibles tanto a nivel económico como en la evolución de los pacientes, además de reducir la incidencia del síndrome, de las comorbilidades asociadas y de la probabilidad de muerte<sup>25</sup>.

## **5- Manejo y tratamiento del SCA**

El tratamiento y manejo del SCA se basa fundamentalmente en el control de las causas subyacentes que han podido desencadenar el cuadro, eliminar los factores precipitantes, abordaje de los síntomas asociados a la patología, evitar la aparición de complicaciones y apoyar al paciente y a la familia <sup>14</sup>.

Este abordaje se debe realizar desde un enfoque multidisciplinar e implicando a todos los sanitarios que están en contacto con el paciente y su familia. Se ha observado que la aplicación de medidas no farmacológicas es fundamental para en el manejo del SCA. Este tipo de medidas deberían ser el tratamiento de primera elección y limitar el uso de determinados fármacos para cuando la aplicación de medidas no farmacológicas haya fracasado, ya que está estudiado que los efectos secundarios de determinados fármacos pueden repercutir de manera negativa en la evolución del SCA o en otras patologías que el paciente posea<sup>8,13</sup>.

Estas son las medidas que se recomiendan llevar a cabo para tratar el SCA una vez se presenta: corregir de forma urgente las patologías más graves que puedan comprometer la vida del paciente, identificar y tratar las infecciones, la deshidratación o la desnutrición, paliar el dolor evitando los analgésicos opioides, el médico deberá revisar los fármacos que está tomando el paciente, los que no son estrictamente necesarios se recomienda suspenderlos y los que sí lo son administrar la mínima dosis. Ayudar a la reorientación mediante el uso de relojes, periódicos, radio, televisión, fotos, objetos personales, asegurar un ambiente tranquilo libre de ruidos, y de excesiva luz, minimizar los cambios de personal y de habitación, favorecer que el paciente permanezca acompañado la mayor parte del tiempo por sus familiares. Las alucinaciones e ideas delirantes no se deben apoyar, pero tampoco ponerlas en duda, promover la movilización precoz y evitar en la medida de lo posible el uso de medidas de contención mecánicas que puedan empeorar la agitación<sup>12</sup>.

Por otro lado, en cuanto al tratamiento farmacológico, el Haloperidol es el fármaco más utilizado. Este antipsicótico tiene mínimos riesgos de producir hipotensión y depresión respiratoria, además de tener un escaso efecto anticolinérgico (teniendo en cuenta la fisiopatología del SCA, y que una de las teorías más aceptadas es la del déficit de acetilcolina y exceso de dopamina)<sup>4,8,19</sup>. El uso de Haloperidol junto con otros antipsicóticos (Risperidona, Quetiapina, Ziprasidona) a dosis bajas está indicado para el tratamiento de pacientes con SCA, sin embargo, la evidencia científica es insuficiente para recomendar el uso de estos antipsicóticos en la profilaxis del SCA<sup>4</sup>.

Las últimas recomendaciones establecen que el uso de fármacos para el tratamiento del SCA debe quedar reservado para pacientes que padezcan una agitación excesiva y que estén en riesgo de autolesionarse o de dañar a las personas de su alrededor (ya sea personal sanitario o a sus propios familiares) y cuando hayan fracasado las medidas no farmacológicas previamente aplicadas<sup>23,25</sup>.

## **6- Abordaje familiar del SCA desde el punto de vista enfermero**

Los cuidadores informales son las personas del entorno del paciente que se encargan de manera íntegra de sus cuidados sin haber recibido previamente ningún tipo de formación o entrenamiento para llevar a cabo dichos cuidados<sup>26</sup>.

Estos cuidadores informales son, en muchas ocasiones, los familiares del paciente. Las familias que se hacen cargo de sus seres queridos tienen sobre ellos una responsabilidad que les hace estar pendientes gran parte del día de la persona que tiene a su cargo, más aún cuando el paciente tiene un importante grado de dependencia. Proporcionar cuidados de manera continuada y sin descaso puede tener un impacto negativo en la salud psicológica y en el bienestar del cuidador. Si a esto se le suma la falta de conocimiento ante un acontecimiento adverso y desconocido como es el SCA, la tensión y miedo que sufren las familias por no poder cuidar a su familiar de manera adecuada se incrementan. Tanto es así que en algunos casos los cuidadores llegan a cuestionarse si son capaces de brindar a los suyos unos cuidados de calidad<sup>26,27</sup>.

La aparición del SCA genera en la familia y en el cuidador una gran preocupación, pues no comprenden bien que es lo que pasa, el porqué de un cambio tan radical. Por ello, en el abordaje del SCA no solo hay que tener en cuenta al paciente sino también a toda su familia, es importante apoyarles, orientarles y hacerles saber que pueden ser de gran ayuda en la identificación precoz y pueden colaborar de manera eficaz en el manejo y tratamiento de la patología<sup>26</sup>.

El deber de integración de las familias en el proceso corresponde a los profesionales de salud, especialmente a las enfermeras, ya que son los miembros del equipo multidisciplinar que más tiempo pasan al pie de la cama, las que mejor conocen al paciente y por consiguiente a sus familias, así que se encuentran en una posición estratégica para la identificación del síndrome, su prevención y su tratamiento. Estas tareas de prevención incluyen la educación a las familias y al cuidador principal en especial<sup>22</sup>. Para ello el profesional enfermero a través de su labor de educación para la salud, debe esmerarse en enseñar a los cuidadores los signos característicos y a veces difíciles de identificar que el SCA trae consigo, y las principales estrategias para prevenirlo y tratarlo con medidas no farmacológicas, al mismo tiempo que promueve una adecuada comunicación entre las familias y los miembros del equipo sanitario. Uno de los estudios revisados defiende que el empoderamiento familiar es una importante medida para el control y prevención de complicaciones asociadas al SCA y ayuda a una mejor evolución del paciente ya que la presencia de personas queridas y conocidas hace que el paciente se encuentre en un entorno más seguro, conocido y familiar<sup>27,28</sup>.

## CONCLUSIONES

El SCA es un trastorno neuropsiquiátrico grave que produce una notable alteración de las funciones cognitivas, y tiene asociadas un gran número de complicaciones. Además de empeorar la evolución y la calidad de vida de los pacientes, incrementa considerablemente los costos de atención sanitaria. Se caracteriza por ser prevenible y reversible si se actúa de manera adecuada sobre los factores que lo desencadenan. Además, los diferentes artículos revisados ponen en evidencia que la prevalencia del SCA en las diferentes unidades de hospitalización es bastante elevada. Según el desarrollo de este trabajo se concluye:

- 1- La enfermera es el profesional sanitario situado en primera línea, es la persona con un trato más directo y una atención continuada e integral con el paciente y su familia, por lo que juega un papel imprescindible en la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento del SCA.
- 2- A lo largo de la revisión se ha observado que son muchos los estudios que defienden que el SCA es una patología infradiagnosticada y a menudo incorrectamente tratada, debido a la escasa formación de los profesionales. Es por ello la importancia de que los profesionales sanitarios, posean unos conocimientos y habilidades básicos para saber hacer frente al SCA, identificarlo de manera precoz y manejarlo adecuadamente.
- 3- Además de la formación a los profesionales sería también necesaria la elaboración de protocolos y guías de actuación, para poder trabajar unificando criterios, reducir la variabilidad asistencial, asegurar una correcta actuación por parte de todo el equipo multidisciplinar y poder mejorar la calidad de los cuidados. No se puede obviar las limitaciones económicas, humanas y físicas a las que está sometido el sistema sanitario, por ello sería necesaria también, una colaboración de las instituciones correspondientes, para que participen en la toma de medidas encaminadas a la prevención de este gran síndrome, puesto que la presencia del SCA en unidades de hospitalización además de incrementar los costes de atención, supone un indicador de mala calidad de los servicios sanitarios.
- 4- Los diversos artículos analizados coinciden en que la aplicación de medidas no farmacológicas como tratamiento de primera elección en el manejo y prevención del SCA tiene asociadas grandes ventajas tanto a nivel económico como a nivel de evolución de los pacientes.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Instituto Nacional de Estadística. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística 2012. Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. [Internet]. Disponible en:  
[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=Page&cid=1254735116567&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=Page&cid=1254735116567&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou)
- 2- Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población. 2019 [Internet]. Disponible en:  
[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002)
- 3- American Phsiquiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Barcelona: Masson; 2014.
- 4- Restrepo Bernal D, Niño García J.A, Ortiz Estévez D.E. Prevención del delirium. Rev Colomb psiquiat [Revista en internet]. 2016 [Citado 3 febrero 2020]; 45 (1): 37-45. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502016000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502016000100007)
- 5- Mole Bento M.S, Dourado Marqués R.M, Pontífice Sousa P. Delirium: Intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado. Una revisión bibliográfica. Enfermería Global [Revista en internet]. 2018 [Citado 3 febrero 2020]; 52: 640-656. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>
- 6- Merino Vaca C. Prevalencia del delirium en el paciente anciano ingresado en una unidad de convalecencia: plan de cuidados y protocolo de actuación. Info Psiquiátricas [Revista en internet]. 2018 [Citado 5 febrero 2020]; 232: 131-137. Disponible en:  
<http://www.informacionepsiquiatricas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20180625125741.pdf>
- 7- Arrue M, Ruiz de Alegría B, Hoyos I, Zarandona J. La enseñanza de competencias para cuidar a pacientes con síndrome confusional agudo a través del Método del caso enfermería. Gerokomos [Revista en internet]. 2016 [Citado 5 febrero 2020]; 27(4): 136-141. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- 8- Jiménez Flores B. Síndrome confusional agudo. Rev Med Sinergia [Revista en internet]. 2018 [Citado 4 febrero 2020]; 3(2):7-11. Disponible en:  
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/116>
- 9- Carrera Castro C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales. Enfermería Global [Revista en internet]. 2012 [Citado 4 febrero 2020]; 27: 356-372. Disponible en:  
<http://doi.org/10.6018/eglobal.11.3.134481>
- 10- Crespo Domínguez F, Castellón Lozano R, Cárdenas Almagro A.S, Saavedra De la Cruz A. Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas. Medigraphic [Revista en internet]. 2014 [Citado 5 febrero 2020]; 11(2). Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52143>
- 11- Youg Park S, Bum Lee H. Prevention and managment of delirium in critically ill adlut patients in the intensive care units. A review base done the 2018 PADIS guidelines. ACC [Revista en internet]. 2019 [Citado 6 febrero 2020]; 34(2): 117-125. Disponible en:  
<https://doi.org/10.4266/acc.2019.00451>
- 12- Calderón Moreno M, Castuera Gil A.I, Díez Romero P, Fernández Cardona M. Alteración del nivel de conciencia. Síndrome confusional agudo. Medicine [Revista en internet]. 2015 [Citado 6 febrero 2020]; 11(89): 5003-5013. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1016/j.med.2015.10.015>

- 13- Pessoa LSC, Menezes TMO, Gomes NP, Pereira GS Batista VM, Alencar LMW. Nursing care for elderly patients with delirium in intensive care units. Nurse UFPE [Revista en internet]. 2019 [Citado 10 febrero 2020]; 13: e23968. Disponible en: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239682>
- 14- Pérez Pérez Y, Turro Mesa L.N, Mesa Valiente R, Turro Caró E. Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. Medisan [Revista en internet]. 2018 [Citado 10 febrero 2020]; 22(5): 543-549. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192018000500012&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192018000500012&script=sci_arttext&lng=pt)
- 15- Rivas Mercader G, Carmona Lorente I.M, Megías Peralta M. Prevención del Síndrome Confusional Agudo en mayores: cuidados del paciente hospitalizado. Ciise [Revista en internet]. 2018 [Citado 10 febrero 2020] 14. Disponible en: [https://ciise.es/files/libros/BOOK\\_07.pdf#page=106](https://ciise.es/files/libros/BOOK_07.pdf#page=106)
- 16- Deví Bastida J, Repiso Solana J, Jofre Font S, Fetcher Eickoff A, Arroyo Cardona E. ¿Supone la presencia de episodios de delirium en el anciano un factor de riesgo para la aparición posterior de un síndrome demencial? Gerokomos [Revista en internet]. 2018 [Citado 10 febrero 2020]; 29(4): 165-170. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000400165](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400165)
- 17- Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos enf mentales. [Monografía en internet]. 2018. [Citado 9 febrero 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/mental\\_disorders/es/](https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/)
- 18- Galiana Roch J.L. Enfermería Psiquiátrica. Barcelona: Elsevier; 2016.
- 19- Zazpe Oyarzun, Asiain Erro M.C. Revisión de conocimientos sobre el síndrome confusional agudo en el paciente crítico. Enferm Intensiva [Revista en internet]. 2012 [Citado 12 febrero 2020]; 23 (3): 146-150. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.05.001>
- 20- Warren L, Shi Q, Saposnik G, Macdermid J.C. Confusion Assessment Method: A systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. Reserch Gate (Pubmed). [Revista en Internet]. 2016 [Citado 10 febrero 2020]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Gustavo\\_Saposnik2/publication/257350787\\_Confusion\\_assessment\\_method\\_a\\_systematic\\_review\\_and\\_metanalysis\\_of\\_disgnostic\\_accuracy/links/54cf830a0cf24601c093ab8b.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gustavo_Saposnik2/publication/257350787_Confusion_assessment_method_a_systematic_review_and_metanalysis_of_disgnostic_accuracy/links/54cf830a0cf24601c093ab8b.pdf)
- 21- Megías Lizancos F, Serrano Parra M.D. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid. D.A.E (Difusión Avances Enfermería); 2009.
- 22- Cachón Pérez J.M, Álvarez López C, Palacios Ceña D. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del SCA en la unidad de cuidados intensivos. Enferm Intensiva [Revista en internet]. 2014 [Citado 11 febrero 2020]; 25(2): 38-45. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.004>
- 23- Bannon L, McGaughey J, Clarke M, McAuley D.F, Blackwood B. Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients: protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research. Systematic Reviews [Revista en internet]. 2016 [Citado 12 febrero 2020]; 5(75): 2-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27146132>
- 24- Faustino T.N, Pedreira L.C, Freitas Y.S, Silva RMO, Amaral J.B. Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. Rev Bras Enferm [Revista en Internet]. 2016 [Citado 11 febrero 2020]; 69(4): 678-685. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416i>
- 25- Mole Benito M.S, Dourado Marques R.M, Sousa Pontifice P. Delirium: nursing interventions direct to the hospitalized adult patient- a biogrp hic review. Enferm glob [Revista en internet]. 2018 [Citado 14 marzo 2020]; 52: 674-687. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>

- 26- Meredith K, Carbone B.S, Marilyn R, Guglicci M.A. Delirium and the family caregiver: the need for evidence based educationa interventions. *Gerontologist* [Revista en internet]. 2015 [ Citado 13 febrero 2020]; 55(3): 345-352. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24847844>
- 27- Annie M, Racine PhD, Madeline D.A, Schmitt, E.M, Gallagher M.S, Marcantonio M.D, Edward R, Jones, Richard N, Inouye, Sharon K, Schulman-Green D. Delirium burden in patients and family caregivers: development and testing new instruments. *Gerontologist* [ Revista en internet]. 2019 [Citado 13 febrero 2020]; 59(5): e393-e402. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/59/5/e393/4990767>
- 28- Moreno Rodríguez A. El delirio en enfermos con fractura de cadera, su incidencia. *Enferm Glob* [Revista en internet]. 2010 [Citado 12 febrero 2020]; 20: 1-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000300005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300005)

## ANEXOS

### ANEXO I: TABLA DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nº DE REFERENCIA	BASE DE DATOS	AÑO	TÍTULO Y AUTORES	RESUMEN
4	Cinhal	2016	Prevención del delirium. Diana Restrepo Bernal, Jorge Andrés Niño García, Daniel Eduardo Ortiz Estévez.	Este artículo se centra mayoritariamente en la prevención farmacológica y no farmacológica del delirium.
5	Cinhal	2016	Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado – una revisión bibliográfica. Marta Sofia Pão-Mole Bento, Rita Margarida Dourado Marques, Patricia Pontífice Sousa	El abordaje del delirium debe incluir la identificación de los factores predisponentes y precipitantes con el fin de identificar el cuadro de manera precoz para poder prevenir y tratar y de esta manera disminuir sus consecuencias.
6	Scielo	2018	Prevalencia del delirium en el paciente anciano ingresado en una unidad de convalecencia: plan de cuidados y protocolo de prevención. Carolina Merino Vaca.	El artículo aporta datos epidemiológicos, definiciones, causa y factores de riesgo sobre el síndrome confusional agudo, además de criterios diagnósticos, y pautas para el tratamiento no farmacológico de la patología.
7	Cinhal	2016	La enseñanza de competencias para cuidar pacientes con síndrome confusional agudo a través del Método del Caso en enfermería. Marta Arrue, Begoña Ruiz de Alegría, Itziar Hoyos, Jagoba Zarandona.	El artículo tiene como finalidad estudiar una estrategia de mejora del proceso de aprendizaje de alumnos de enfermería en el manejo de los pacientes con síndrome confusional agudo a través de la utilización del Método del Caso, donde los estudiantes se enfrentan a escenarios reales.
8	Scielo	2018	Síndrome confusional agudo. Benjamín Jiménez Flores.	Este artículo se centra en la fisiopatología del delirium. Además de hacer hincapié también en el manejo tanto farmacológico como no farmacológico del cuadro.
9	Cinhal	2012	Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales.	El artículo señala la importancia de identificar precozmente la sintomatología, los principales factores de riesgo y diferencias con otras patologías, para poder realizar un plan de

			Carmen Carrera Castro.	recomendaciones durante la estancia hospitalaria con el fin de prevenir el SCA.
10	Dialnet	2014	Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas. Dr. Fernando Crespo Domínguez, I Dr. Roberto Castellón Lozano, II Dra. Aimeé S. Cárdenas Almagro, III Dr. Alejandro Saavedra de la Cruz.	El objetivo del artículo es determinar la prevalencia del síndrome confusional agudo y los factores predisponentes y precipitantes para su aparición en pacientes ingresados.
11	Pubmed	2019	Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines. Seung Yong Park, Heung Bum Lee	Esta revisión presenta una descripción del SCA, y además establece unas pautas de prevención basadas en las últimas actualizaciones de la literatura, para ello identifica los principales factores de riesgo y estrategias de manejo.
12	Dialnet	2015	Alteración del nivel de conciencia. Síndrome confusional agudo. M. Calderón Moreno, A.I. Castuera Gil, P. Díez Romero y M. Fernández Cardon	El objetivo es identificar y tratar el cuadro y las causas precipitantes. Además, se realiza una explicación de la causa principal desde un punto de vista más fisiopatológico.
13	Cinhal	2019	Nursin care for elderly patients with delirium in intensive care units. Larissa Simões da Cruz Pessoa, Tânia Maria de Oliva Menezes, Nildete Pereira Gomes, Gildasio Souza Pereira, Verônica Matos Batista <sup>5</sup> , Liliam Macedo Vaz de Alencar <sup>6</sup>	El objetivo de este estudio es analizar si los profesionales de enfermería poseen los conocimientos necesarios para identificar un cuadro de delirium y saber tratarlo. Y recalca la necesidad de educar a los profesionales en la identificación y manejo de la enfermedad.
14	Dialnet	2018	Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. Dra. Yanay Pérez Pérez, I Al. Lucía Nivia Turro Mesa, II Dra. Rita Mesa Valiente I y Dr. Eloy Turro Caró	En la presente investigación se describe cómo se manifiesta la confusión aguda en los ancianos, cuáles son los factores predisponentes y desencadenantes en su aparición y cuál tratamiento puede ser adecuado si se diagnostica el cuadro clínico y sus factores causales de manera oportuna.

15	Scielo	2014	Prevencción del síndrome confusional agudo en mayores: cuidados al paciente hospitalizado. Gabriel Rivas Mercader, Isabel María Carmona Lorente, Monntserrat Megías Peralta.	Se analizan en el artículo las principales alteraciones asociadas al síndrome confusional agudo y a partir de ello se establecen las medidas de prevención más importantes.
16	Scielo	2017	¿Supone la presencia de episodios de delirium en el anciano un factor de riesgo para la aparición posterior de un síndrome demencial? Josep Deví Bastida, Jonathan Repiso Solana, Susana Jofre Font, Albert Fetscher Eickoff, Enric Arroyo Cardona.	Este estudio realiza una revisión de diferentes casos con el fin de estudiar la relación que tiene el SCA con el posterior desarrollo de demencia, y demostrar de este modo a importancia de actuar en la prevención del cuadro para aumentar la calidad de vida de los pacientes.
19	Dialnet	2012	Revisión de conocimientos sobre el síndrome confusional agudo en el paciente crítico. C. Zazpe Oyarzun, M, J . Asian Erro.	En este artículo se exponen las escalas de diagnóstico adaptadas que se utilizan para valorar la presencia de SCA en pacientes ingresados en UCI.
20	Pubmed	2016	Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. Qiyun Shi, Laura warren Gustavo Saposnik Joy C MacDermid.	En el artículo se evalúa la precisión diagnóstica de dos herramientas utilizadas comunmente para detectar el SCA. El Confusion Assessment Methos CAM y el método de evaluación de la confusión en pacientes ingresados en Unidades de cuidados intensivos. CAM-ICU.
22	Dialnet	2013	Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. J.M Calchón Pérez, D. Allvarez López, D. Palacios Ceña.	El delirium tiene una elevada incidencia y se encuentra infravalorado e infradiagnosticado, por ello la importancia de describir la experiencia de las enfermeras en diferentes unidades en la identificación y manejo del cuadro mediante medidas no farmacológicas para la prevención y manejo del cuadro.
23	Pubmed	2016	Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill	El estudio realiza una comparación entre el tratamiento farmacológico y no farmacológico del delirium, haciendo hincapié en que las medidas no farmacológicas son las de primera elección

			patients: protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research Leona Bannon, Jennifer McGaughe, Mike Clarke, Daniel Francis McAuley and Bronagh Blackwood.	y que además reducen la incidencia y la duración de los cuadros de SCA.
24	Cinhal	2016	Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention.	El objetivo del artículo fue realizar una intervención educativa en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos (UCI), con el objetivo de ampliar conocimiento e introducir mejoras en sus prácticas de prevención y monitorización del SCA. Como conclusiones se obtienen que esta intervención educativa contribuyó a la mejora de la práctica enfermera en la unidad.
25	Pubmed	2018	Delirium: nursing interventions directed to the hospitalized adult patient- a bibliographic review. Mole Bento María Sofia, Dourado Marques Rita Margarita, Pontifice Sousa Patricia.	El artículo manifiesta el importante papel que desempeña la enfermera en la aplicación de medidas no farmacológicas para la prevención del SCA.
26	Pubmed	2015	Delirium and the family caregiver: the need for evidence based educational interventions. Meredith K, Carbone B.S, Marilyn R, Guglicci M.A.	El presente artículo pone en manifiesto la importancia del empoderamiento familiar en la prevención del SCA y para evitar la aparición de consecuencias nefastas para el paciente.
27	Cinhal	2019	Delirium burden in patients and family caregivers: development and testing new instruments. Annie M, Racine PhD, Madeline D.A, Schmitt, E.M, Gallagher M.S, Marcantonio M.D, Edward R, Jones, Richard N, Inouye, Sharon K, Schulman-Green D.	El artículo defiende la inclusión de la familia como otro miembro del equipo interesado en la prevención y el manejo del SCA. Ya que la presencia de los familiares ayuda a los pacientes a sentirse menos solos y en un entorno más conocido y de confianza.
28	Dialnet	2010	El delirio en enfermos con fractura de cadera, su incidencia. Moreno Rodríguez, Ana	El objetivo de este artículo es reconocer la incidencia del síndrome confusional agudo y su prevalencia, e identificar en los pacientes que lo padecen los antecedentes relacionados que podrían ser los desencadenantes del cuadro.

ANEXO II: DIAGRAMA DE FLUJO

