



**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

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

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

**ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE MAYOR POSTQUIRÚRGICO  
CON RIESGO DE DELIRIUM EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

Estudiante: Cristina Galindo Gámez

Tutelado por: Prf. Dra. Lourdes Jiménez Navascués

Soria, 25 de mayo de 2022



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es una alteración cognitiva que se presenta a menudo en las personas mayores hospitalizadas, con mayor incidencia en los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente. Es un síndrome geriátrico con un patrón fluctuante y agudo, aunque, tiende a ser breve. A menudo se pueden observar las siguientes manifestaciones en los pacientes mayores hospitalizados: excitación, agitación, letargia, delirios y alucinaciones.

**OBJETIVO.** Analizar el nivel de evidencia en relación con el abordaje integral del paciente mayor de 65 años postquirúrgico con riesgo de delirium en atención especializada.

**METODOLOGÍA.** Revisión sistemática de trabajos recuperados de las bases de datos Pubmed, Cinhal, Web Of Science y Cochrane, publicados en los últimos 5 años (2017-2022), que su metodología sea metaanálisis, revisión sistemática y ensayos clínicos aleatorizados, publicaciones en español o el inglés y que correspondiesen a estudios cuya muestra sean pacientes mayores postquirúrgicos. Se realiza una evaluación de calidad de los artículos mediante los criterios CASPe. Se seleccionan un total de 9 artículos para su análisis.

**RESULTADOS.** Existe suficiente evidencia en las publicaciones analizadas en referencia a los factores de riesgo y manifestaciones del delirium. Las medidas de prevención del SCA hacen referencia a actividades no farmacológicas y la detección precoz del mismo es la intervención con mayor nivel de evidencia. El tratamiento del estatus de delirium postquirúrgico en pacientes mayores hospitalizados tras intervención quirúrgica incluye medidas que ayuden a reorientar la conducta del paciente.

**CONCLUSIONES.** El cuidado del paciente mayor debe centrarse en la persona, teniendo en cuenta los factores de riesgo y realizando una adecuada valoración geriátrica integral de la persona. La prevención del delirium se puede recomendar, en base a la evidencia analizada, como primera intervención de cuidado. Las actividades preventivas que cuentan con mayor consenso y evidencia son: la orientación, la estimulación sensorial, movilizaciones programadas, asegurar una correcta nutrición e hidratación y la objetivación del riesgo mediante instrumentos de valoración.

**Palabras clave:** Persona mayor, síndrome confusional agudo, prevención, cuidado de enfermería.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN .....	3
3. OBJETIVOS .....	4
3.1. Objetivo general .....	4
3.2. Objetivos específicos .....	4
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
4.1. Criterios de inclusión y exclusión .....	6
4.2. Selección de artículos .....	6
4.3. Evaluación de calidad .....	7
4.4. Análisis y síntesis .....	7
5. RESULTADOS.....	9
5. 1. Factores de riesgo del delirium y manifestaciones .....	9
5.2. Prevención del Síndrome Confusional Agudo.....	10
5.3. Cuidado del estatus de delirium.....	11
5.3.1. Detección del síndrome de delirium.....	11
5.3.2. Intervenciones no farmacológicas .....	11
5.3.3. Intervenciones farmacológicas .....	12
6. DISCUSIÓN .....	13
6. 1. Factores de riesgo del delirium y manifestaciones .....	13
6. 2. Prevención del Síndrome Confusional Agudo.....	13
6.3. Cuidado del estatus de delirium.....	14
7. LIMITACIONES.....	15
8. CONCLUSIONES.....	15
9. BIBLIOGRAFÍA.....	16
10. ANEXOS.....	I
ANEXO I .....	I

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1. Descriptores de ciencias de la salud y formato PICO.....	4
FIGURA 1. Diagrama de flujo.....	5
TABLA 2. Evaluación de calidad se los artículos según CASPe.....	6
TABLA 3. Clasificación de los grados de recomendación según Sackett. ....	7
TABLA 4. Resumen de los artículos analizados.....	l

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

<b>BIS</b>	Índice Biespectral.
<b>CAM</b>	Confusion Assessment Method.
<b>CASPe</b>	Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español.
<b>CIE-10</b>	Clasificación Internacional de enfermedades.
<b>DeCs/MeSH</b>	Descriptores de ciencias de la Salud.
<b>DOSS</b>	Delirium Observation Screening Scale.
<b>DRS-R-98</b>	Delirium Rating Scale-Revised-98.
<b>ECA</b>	Ensayo Clínico Aleatorizado.
<b>Et al.,</b>	Otros autores.
<b>GR</b>	Grado de recomendación.
<b>MDAS</b>	Memorial Delirium Assessment Scale.
<b>NE</b>	Nivel de evidencia.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>POD</b>	Delirio postoperatorio.
<b>SCA</b>	Síndrome Confusional Agudo.
<b>UCI</b>	Unidad de Cuidados Intensivos.
<b>VGI</b>	Valoración Geriátrica Integral.

## 1. INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad se ha producido un incremento de la población mayor, relacionado, entre otros motivos, con el incremento de la esperanza de vida, situándose en nuestro país entorno a los 85,9 años en las mujeres y alrededor de los 80 años en los hombres. En el perfil de la vejez destaca la feminización de esta etapa, superan en un 32% el número de mujeres frente al de los hombres (Pérez, et al., 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2030 la población mayor de 60 años aumentará un 34% en comparación con 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de modificaciones que pueden conllevar una disminución en la capacidad de adaptación del individuo en relación con su estado físico, emocional, espiritual, social y económico. Estas alteraciones implican una reducción de la capacidad funcional y resistencia a estresores que provocan vulnerabilidad. El incremento de la vulnerabilidad va a producir un aumento gradual de la fragilidad en las personas mayores (Bergman, et al., 2007). La prevalencia de la fragilidad en personas mayores alcanza el 18% y se incrementa hasta el 45% en caso de permanecer ingresados (Gómez, et al., 2021). Estas modificaciones producen un incremento de morbilidad en el grupo de los mayores (Cano-Gutierrez, et al., 2021).

El Síndrome Confusional Agudo (SCA), también descrito como delirium, se denominará de forma indistinta en el trabajo, representa una de las alteraciones cognitivas más prevalentes en la población mayor en el ámbito hospitalario. La prevalencia de este síndrome al ingreso supone entre un 10 y 15% de los mayores. Según el tiempo de estancia, llega a incrementarse hasta alcanzar un 40% de los mayores ingresados. Además, en el paciente mayor frágil hospitalizado las cifras de prevalencia se sitúan entorno al 60%. Los pacientes con SCA tienen alto riesgo de sufrir complicaciones y prolongar la estancia hospitalaria (Carbrera, et al., 2015). En relación con la atención hospitalaria a las personas mayores, los pacientes que presentan más incidencia son aquellos que están ingresados en cuidados intensivos (UCI) y pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente (fractura de cadera y cirugía cardíaca) (RNAO, 2016).

Los criterios, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), para el diagnóstico de Síndrome Confusional Agudo incluyen las siguientes manifestaciones relacionadas con el funcionamiento cognitivo: la reducción de la conciencia y atención, deterioro de la memoria reciente, mantenimiento de la memoria remota y desorientación espacial y temporal. El delirium puede cursar, también, con alteraciones psicomotoras como: hipo/hiperactividad, aumento del tiempo de reacción y aumento/enlentecimiento de la conversación. Es probable que se produzcan alteraciones del sueño manifestándose con insomnio o somnolencia. Los síntomas pueden empeorar durante la noche y producir alucinaciones o ilusiones en el despertar. Además, se presenta como un síndrome con un patrón fluctuante y de inicio rápido (Organización Mundial de la Salud, 2019). Otras manifestaciones que pueden acompañar a este síndrome son las alteraciones del estado anímico y en algunos casos psicosis (Wilson, et al., 2020).

Es un síndrome complejo, de origen multifactorial que involucra diferentes factores de riesgo en el paciente mayor (RNAO, 2016). Según el estudio realizado por Carbrera, et al. (2015) se

determina que el SCA puede estar debido a causas tumorales, infecciosas, convulsiones, trastornos metabólicos como desequilibrios del ácido base, alteraciones endocrinas como hiper/hipotiroidismo o por intoxicaciones medicamentosas. Así mismo existen una serie de factores asociados al desarrollo del síndrome como: la edad avanzada, antecedentes, fragilidad, demencia y cirugía. La restricción física, malnutrición, el sondaje vesical y la anestesia se consideran factores precipitantes del síndrome de delirium.

En el cuidado de las personas mayores, las enfermeras realizan intervenciones orientadas a la elaboración de planes de cuidados individualizados que se basan en la valoración y juicio diagnóstico enfermero. El diagnóstico, según la taxonomía NANDA, define el Riesgo de Confusión Aguda (00173) como la susceptibilidad del paciente de desarrollar de alteraciones reversibles cognitivas como la atención, conciencia y percepción, desarrollado en un periodo corto de tiempo. Se ve relacionado con la alteración del sueño, deshidratación, inmovilidad y dolor. El diagnóstico enfermero de Confusión Aguda (00128) lo define como una alteración reversible de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrolla en un periodo corto de tiempo, inferior a tres meses. La confusión aguda presenta una serie de factores relacionados y/o asociados: deterioro de la movilidad física, alteración del ciclo sueño-vigilia, preparaciones farmacológicas y el dolor. Las manifestaciones descritas en el diagnóstico propuesto por NANDA son: alteración de la ejecución motora, agitación psicomotora, disfunción cognitiva, percepción errónea y alucinaciones. (NNNConsult. Elsevier, 2022).

Según la valoración de los datos expuestos, se plantea la siguiente pregunta: En el paciente mayor hospitalizado por intervención quirúrgica, ¿qué estrategias de prevención y abordaje del delirium suponen una disminución o mejora de la aparición del Síndrome Confusional Agudo?

## 2. JUSTIFICACIÓN

La motivación personal para la realización del Trabajo de Fin de Grado sobre el cuidado del paciente mayor postquirúrgico con riesgo de delirium en atención especializada, responde a las reflexiones personales en los diferentes servicios por los que he rotado en los periodos de prácticas. En las diferentes unidades donde he realizado prácticas, he observado cómo se desarrolla el síndrome durante el ingreso hospitalario y especialmente en la noche. Las manifestaciones observadas con mayor frecuencia, son: la alteración de la conciencia, percepción, desorientación temporo-espacial, alucinaciones y complicaciones que derivan en un deterioro funcional. Esta experiencia, me ha alentado a optimizar mi conocimiento sobre la prevención y el abordaje de cuidados del paciente mayor con delirium, específicamente en pacientes mayores hospitalizados por intervención quirúrgica. Además, del deseo personal de especializarme, en un futuro, en el cuidado de las personas mayores. Pero no es el único motivo, al buscar información, antes del inicio del Trabajo de Fin de Grado, me he percatado de la elevada prevalencia del SCA que presentan las personas mayores tras una intervención quirúrgica y los costes que conlleva el desarrollo del delirium en un paciente mayor. Los costes humanos para la persona que los sufre van desde la prolongación del ingreso hospitalario, incremento de la dependencia y la afectación que supone para los familiares, causando ansiedad o miedo.

Por otra parte, durante mi periodo de prácticas he percibido que en ocasiones se encuentran dificultades en el control del estatus de delirium. Realizar este trabajo me parece una oportunidad para identificar el nivel de evidencia de las publicaciones científicas sobre el óptimo abordaje de este síndrome.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Analizar el nivel de evidencia sobre el abordaje integral del paciente mayor de 65 años postquirúrgico con riesgo de delirium en atención hospitalizada.

#### **3.2. Objetivos específicos**

1. Determinar los principales factores de riesgo y manifestaciones del delirium en el paciente mayor de 65 postquirúrgico en atención hospitalaria.
2. Identificar las intervenciones de prevención del Síndrome Confusional Agudo en el paciente mayor de 65 postquirúrgico hospitalizado.
3. Valorar el abordaje de cuidado del estatus de delirium en el paciente mayor de 65 posquirúrgico hospitalizado.

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática para identificar el nivel de evidencia sobre el abordaje integral del delirium en el paciente mayor de 65 años hospitalizado por intervención quirúrgica. Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: PubMed, Cinhal, Web of Science y Cochrane, en un periodo comprendido desde enero de 2022 hasta abril 2022.

Las palabras clave o descriptores de ciencias de la Salud (DeCs/MeSH), se seleccionaron en base a la pregunta planteada que se detalla en formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultado) en la Tabla 1. Pregunta: En el paciente mayor hospitalizado por intervención quirúrgica, ¿qué estrategias de prevención y abordaje del delirium suponen una disminución o mejora de la aparición del Síndrome Confusional Agudo?

Tabla 1. Descriptores de ciencias de la salud y pregunta formato PICO. Fuente: Elaboración propia.

Descriptores de ciencias de la salud y pregunta en formato PICO			
PREGUNTA			
PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADO
Mayores hospitalizados que han sido intervenidos quirúrgicamente.	Intervención enfermera. Prevención, abordaje y control del delirium.	Otras intervenciones.	Disminución del número de casos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo en el que revierte.</li> <li>• Posibles complicaciones</li> </ul>
Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs)/MeSH			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anciano/Aged</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo/Risk Factors</li> <li>• Prevención primaria/ Primary Prevention</li> <li>• Atención de enfermería/ Nursing care</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirio/delirium</li> </ul>

Se realizaron tres ecuaciones de búsqueda con el operador booleano AND para unir los diferentes términos de la ecuación.

- Primary Prevention AND Delirium AND Aged
- Nursing Care AND Delirium AND Aged
- Delirium AND Aged AND Risk Factors

#### 4.1. Criterios de inclusión y exclusión

Con respecto a la selección de artículos, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2022), cuya metodología fuese metaanálisis, revisión sistemática y ensayos clínicos aleatorizados, que su idioma fuera el español o el inglés y, por último, que la población fueran pacientes mayores postquirúrgicos hospitalizados.

Se determinaron como criterios de exclusión publicaciones previas a 2017, literatura gris, idioma distinto al inglés o español, y publicaciones con otras metodologías como casos control, cohorte, revisión descriptiva o casos. Se excluyeron publicaciones en las que la población fuesen pacientes postquirúrgicos ingresados en unidades específicas (UCI, paliativos).

#### 4.2. Selección de artículos

Se realizó una búsqueda avanzada en la que se recuperaron 13887 publicaciones, de estas, cumplían criterios de inclusión 1161, se excluyeron publicaciones que no cumplían con la metodología establecida (n=12726), publicaciones repetidas (n=171) y publicaciones que no cumplían criterios de población, intervención o entorno (n=971). Fueron evaluados el Título/Abstract de 19 artículos, de los cuales se rechazaron 7 y los 12 artículos seleccionados, se evaluaron mediante los criterios CASPe para valorar la calidad, se excluyeron 3 por no cumplir con el 80% de los criterios. Se incluyeron en la revisión un total de 9 artículos. Se muestra a continuación en la *Figura 1. Diagrama de flujo*.

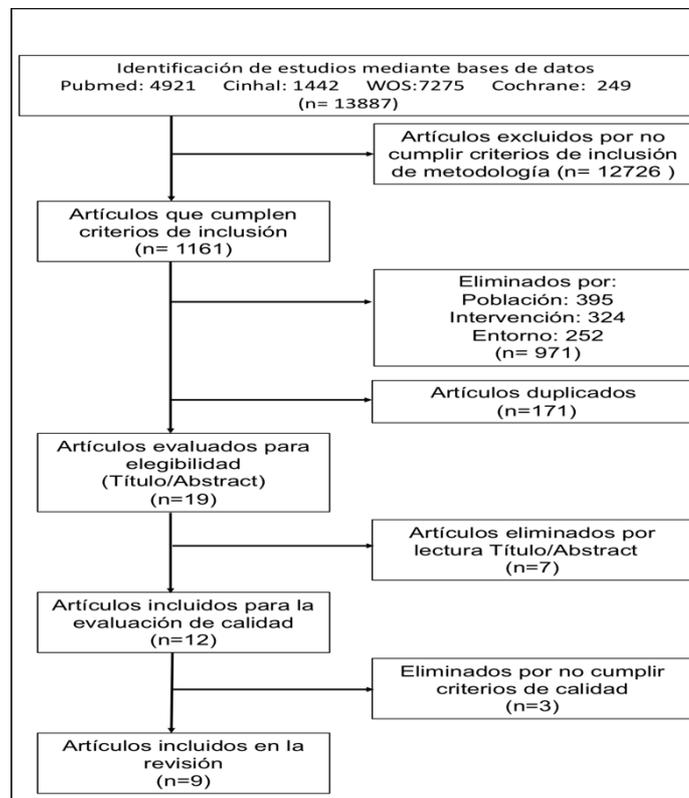


Figura 1. Diagrama de flujo. Fuente: Elaboración propia. Adaptación de (Page, et al., 2021).

### 4.3. Evaluación de calidad

Se realizó una lectura crítica para evaluar la calidad de 12 artículos seleccionados mediante la metodología Critical Appraisal Skills Programme (CASPe) que desarrolla unas herramientas para valorar criterios a tener en cuenta en relación con la evaluación crítica de las publicaciones y así determinar la calidad de los estudios que se iban a incluir (Cabello, 2005). Se rechazaron los artículos que obtuvieron una puntuación menor del 80% en la escala de calidad (n=3). Se muestra en *Tabla 2*.

*Tabla 2. Evaluación de calidad CASPe. Fuente: Elaboración propia.*

Evaluación de calidad de los artículos según CASPe											
Artículos evaluados	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
(Janssen, et al., 2019)	SI	100%									
(Rong, et al., 2021)	SI	100%									
(Saripella, et al., 2021)	SI	100%									
(Helfand, et al., 2021)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	90%
(Ho, et al., 2021)	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	80%
(Igwe, et al., 2020)	SI	100%									
(León-Salas, et al., 2020)	SI	100%									
(Galyfos, et al., 2017)	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	70%
(Lee, et al., 2020)	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	60%
(Yang, et al., 2017)	SI	100%									
(Baek, et al., 2020)	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	80%
(Yeung, et al., 2016)	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	70%

### 4.4. Análisis y síntesis

Una vez analizados los criterios de calidad, se excluyeron tres artículos por tener menor valoración del 80% en los criterios de calidad. Los nueve artículos seleccionados se tradujeron de forma libre al español, ya que el idioma original de todas las publicaciones es el inglés, y se analizaron los objetivos, metodología y resultados que reportan los autores. A continuación, se valoró la evidencia y grados de recomendación, según la clasificación de la evidencia planteada por Sackett (Camaño-Puig, 2019). Según se muestra en *Tabla 3*.

Tabla 3. Clasificación de los grados de recomendación según Sackett. Fuente: (Camaño-Puig, 2019).

Clasificación de los grados de recomendación según Sackett					
GR*	NE**	Terapia, prevención, etiología y daño	Pronóstico	Diagnóstico	Estudios económicos
A	1a	RS de EC con AA.	RS con homogeneidad y metaanálisis de estudios de cohortes concurrentes.	RS de estudios diagnósticos nivel 1.	RS de estudios económicos nivel 1.
	1b	EC con AA e intervalo de confianza estrecho.	Estudio individual de cohortes concurrente con seguimiento superior del 80% de la cohorte.	Comparación independiente y enmascarada de un espectro de pacientes consecutivos, sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia.	Análisis que compara los desenlaces posibles contra una medida de costos. Incluye un análisis de sensibilidad.
B	2a	RS de estudios de cohortes.	RS de estudios de cohortes históricas.	RS de estudios de diagnósticos de nivel mayor que 1.	RS de estudios económicos nivel mayor que 1.
	2b	Estudios de cohortes individuales EC de baja calidad.	Estudios individuales de cohortes históricas.	Comparación independiente y enmascarada de pacientes no consecutivos sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia.	Comparación de un número limitado de desenlaces contra una medida de costos. Incluye un análisis de sensibilidad.
	3a	RS con homogeneidad de estudios de casos y controles.			
	3b	Estudios de casos y controles individuales.		Estudios no consecutivos o carentes de un estándar de referencia.	Análisis sin una medida exacta de costo, con análisis de sensibilidad.
C	4	Series de casos. Estudios de cohortes y de casos y controles de mala calidad.	Series de casos. Estudios de cohortes de mala calidad.	Estudios de casos y de controles sin la aplicación de un estándar de referencia.	Estudio sin análisis de sensibilidad.
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología o en investigación teórica.	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología o en investigación teórica.	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología o en investigación teórica.	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología o en investigación económica.
*Grado de recomendación. **Nivel de evidencia.					

## 5. RESULTADOS

Se analizan un total de 9 artículos que cumplían los criterios de inclusión establecidos para realizar esta revisión bibliográfica sistemática, cuyos resultados se resumen en la Tabla 4 (ANEXO I). Todos los trabajos seleccionados cumplen al menos el 80% de los criterios establecidos por CASPe. La metodología definida por los autores corresponde revisiones bibliográficas sistemáticas y/o, metaanálisis, como se ha indicado en la metodología.

Las publicaciones analizadas incorporan un total de: 5 trabajos que aportan metaanálisis, 23 revisiones sistemáticas, 68 ensayos clínicos aleatorizado (ECA), de los cuales 2 no especifican el tipo y 7 son estudios de doble ciego aleatorizado, 47 publicaciones son revisiones bibliográficas, 30 estudios son casos control, 27 publicaciones son estudios prospectivos, 2 estudios observacionales prospectivos y 3 retrospectivos. La muestra analizada, en la totalidad de los trabajos, suma 42299 participantes. Todas son publicaciones internacionales, los autores han realizado sus estudios en: Países Bajos, Suiza, Estados Unidos, China.

Los resultados de esta revisión sistemática se presentan a continuación estructurados según los objetivos propuestos. En primer lugar, se abordan los factores de riesgo del delirium y manifestaciones, y a continuación los aspectos relacionados con la prevención del Síndrome Confusional Agudo, por último, las propuestas para el abordaje del estatus de delirium.

### 5. 1. Factores de riesgo del delirium y manifestaciones

Los factores de riesgo de desarrollo de delirium postoperatorio de los mayores (POD), se presentan a continuación, siguiendo la clasificación propuesta por Baek, et al. (2020), se ordenan en factores de riesgo modificables y no modificables.

Los estudios identifican factores de riesgo modificables relacionados con aspectos que dependen del abordaje del paciente durante la cirugía, la administración de fármacos, factores anestésicos y otros factores. Con respecto a la cirugía, la literatura científica analiza como factores de riesgo la cantidad de volumen de líquido infundido por vía intravenosa y duración de la cirugía (Baek, et al., 2020). En cuanto a la administración de antipsicóticos y opioides se asocia significativamente con el incremento del desarrollo del delirium (Baek, et al., 2020). Los pacientes intervenidos quirúrgicamente con anestesia raquídea tuvieron menor probabilidad de sufrir POD en comparación con la anestesia general (Rong, et al., 2021). Otros factores de riesgo modificables identificados son los hábitos tóxicos como el tabaquismo (Baek, et al., 2020), así como, las alteraciones de los datos analíticos prequirúrgicos, asociando los valores bajos de proteínas totales, albúmina y hemoglobina con un aumento del riesgo de POD (Rong, et al., 2021).

Los factores de riesgo no modificables se relacionan con el tipo de cirugía, antecedentes clínicos del paciente y la capacidad funcional previa al ingreso. Los estudios reflejan que los pacientes sometidos a intervenciones de columna cervical (Baek, et al., 2020) y artroplastia total de cadera (Yang, Y, et al., 2017) presentan mayor riesgo de desarrollo de SCA. Los autores han analizado como patologías predisponentes al desarrollo de SCA, la hipertensión, enfermedad pulmonar (Baek, et al., 2020), insuficiencia cardíaca, trastornos psiquiátricos

(Yang, et al., 2017), antecedentes cerebrovasculares (Rong, et al., 2021) (Baek, et al., 2020) y el deterioro cognitivo previo (Yang, et al., 2017). La capacidad funcional disminuida la describen como un factor de riesgo no modificable (Baek, et al., 2020), así como la edad de la persona (Yang, et al., 2017) (Rong, et al., 2021) e institucionalización del mayor (Yang, et al., 2017).

Las principales manifestaciones clínicas del SCA en pacientes mayores analizadas en las publicaciones son la alteración de las funciones cognitivas como la atención, conciencia, memoria y capacidad mental, además, se indica que es un trastorno fluctuante en el tiempo (Baek, et al., 2020).

Los autores detallan los distintos tipos de presentación de estatus de delirium, según las manifestaciones con las que cursa el paciente, se diferencian el delirium hipoactivo y el delirium hiperactivo. El delirium hipoactivo cursa con somnolencia o letargo, la disminución de manifestaciones conductuales dificulta su reconocimiento, además, es el tipo de delirium más común en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas. Durante las tres primeras horas del postoperatorio, entre el 20% y el 50% de los pacientes presentan delirio hipoactivo (Baek, et al., 2020). El delirium hiperactivo a menudo se manifiesta con cambios en la conducta del paciente, produciendo agitación o agresividad, lo cual hace más fácil su reconocimiento (Baek, et al., 2020) (Yang, et al., 2017).

## **5.2. Prevención del Síndrome Confusional Agudo**

Según Saripella, et al.(2021) es preciso la implantación de un modelo de atención geriátrica integral en pacientes que van a ser sometidos a cirugía tanto en el pre como en el postoperatorio. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) incluye la evaluación del estado funcional, fisiológico, social y psíquico, antes de la intervención y se realiza con el fin de cribar el estado cognitivo del individuo y poder diseñar un plan de intervención en caso de deterioro cognitivo. Se determina la importancia de la evaluación y abordaje del deterioro cognitivo de forma previa a la cirugía, como método de prevención de desarrollo del delirium y también como mejora de los efectos postoperatorios adversos. Para el reconocimiento del SCA, es importante que los profesionales de enfermería evalúen la conducta previa del paciente, y así, detectar posibles cambios en el comportamiento indicativos de delirium (Baek, et al., 2020). La VGI permite evaluar la comorbilidad de los pacientes, como los problemas cognitivos, anemia o disfunción cardíaca. También se incluye en la valoración a los familiares/cuidadores de los pacientes (Janssen, et al., 2019).

Entre las actividades preventivas propuestas en las publicaciones analizadas se encuentran la ayuda auditiva o visual y el asesoramiento dietético (Janssen, et al., 2019). La elaboración de un plan de cuidados individualizado, tras la intervención, de ejercicio físico y rehabilitación previene del desarrollo de delirium (Saripella, et al., 2021) (Janssen, et al., 2019). Se describen actividades preventivas como el manejo de síntomas del deterioro cognitivo (Rong, et al., 2021) (Baek, et al., 2020) (Saripella, et al., 2021) (Yang, et al., 2017), atención a la fragilidad y la inmovilidad previa a la cirugía, así como actividades encaminadas al tratamiento de náuseas y vómitos, manejo del equilibrio hemodinámico (Janssen, et al., 2019) y administración de analgésicos para el control del dolor (Janssen, et al., 2019) (Igwe, et al., 2020). Otras

intervenciones descritas por León-Salas, et al. (2020) para la prevención del delirium en personas mayores hospitalizadas incluyen la atención individualizada, educación del paciente, terapia de orientación, estimulación sensorial, favorecer que el paciente tenga objetos familiares, estimulación cognitiva, valoración el estado de ánimo, asegurar la correcta hidratación, oxigenación e higiene del sueño. Se destaca la atención del paciente desde la valoración e intervención de un equipo multidisciplinar, que incluya una VGI.

### **5.3. Cuidado del estatus de delirium**

#### *5.3.1. Detección del síndrome de delirium*

A continuación, se detallan las herramientas de detección precoz del síndrome confusional agudo analizadas en los artículos incluidos en la revisión, es la primera acción que se propone para valorar de forma objetiva el riesgo de SCA. El Confusion Assessment Method (CAM), Delirium Observation Screening Scale (DOSS), Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98), and Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) son cuatro de las herramientas validadas con el objetivo de la detección del SCA (Helfand, et al., 2021).

Todos los instrumentos mencionados en el párrafo anterior incluyen como criterios de detección valorar: el nivel de atención, desorientación y alteraciones cognitivas, pensamiento desorganizado, agitación motora y alucinaciones, que presenta el mayor. MDAS y DOSS no incluyen datos sobre el inicio del síndrome, si es agudo y con un patrón fluctuante. El DRS-R-98 no incluye en su valoración si se presenta un patrón de conciencia alterado, el resto de escalas de valoración si incluyen este dato. La elección de una herramienta u otra, se sugiere, que depende del tiempo que se precisa para evaluar al paciente, por ejemplo, el DOSS proporciona una evaluación en alrededor de 5 minutos, lo que permite una detección rápida del delirium (Helfand, et al., 2021). Por otro lado, el DRS-R-98 ofrece una valoración más minuciosa, que requiere mayor tiempo, en torno a media hora (Helfand, et al., 2021). El CAM, se muestra como un instrumento que consume poco tiempo, es altamente sensible y específico, respaldado por la evidencia científica para la detección del SCA en pacientes quirúrgicos mayores (Ho, et al., 2021) (Helfand, et al., 2021).

#### *5.3.2. Intervenciones no farmacológicas*

Las actividades no farmacológicas se incluyen en el cuidado del paciente que ya ha desarrollado el estatus de delirium. Los autores destacan la importancia de la prevención como actividad no farmacológica (Igwe, et al., 2020) (León-Salas, et al., 2020) (Janssen, et al., 2019), medidas ya expuestas en el apartado anterior, así como una detección precoz (Helfand, et al., 2021) (Ho, et al., 2021).

En la literatura científica se especifica que durante el desarrollo de un estatus de delirium se podrán realizar las siguientes actividades: mejorar la iluminación del entorno, mejorar la capacidad auditiva del paciente, estimular la percepción sensorial (Janssen, et al., 2019), realizar terapia de orientación a la realidad y brindar una atención y valoración del paciente mayor de forma individualizada y multidisciplinar (León-Salas, et al., 2020).

### *5.3.3. Intervenciones farmacológicas*

Según los resultados de los artículos analizados, el tratamiento farmacológico que produjo una reducción de la incidencia de POD en personas mayores es la administración de dexmedetomidina y pregabalina (Igwe, et al., 2020). Janssen, et al. (2019) determinó en su estudio que la administración de 0,2-0,4 µg/kg/h de dexmedetomidina durante la cirugía disminuye significativamente la incidencia de POD. Existe acuerdo en la propuesta de que el manejo del dolor se considera importante en la prevención de POD en pacientes mayores (Igwe, et al., 2020) (Janssen, et al., 2019). La administración de antipsicóticos, como el haloperidol, como tratamiento sintomático del POD, no está recomendado a menos de que su uso sea estrictamente necesario, no se ha demostrado que produzca efectos en la incidencia del delirium, sin embargo, puede provocar efectos secundarios negativos (síntomas extrapiramidales), en concreto los casos estudiados fueron en pacientes intervenidos por fractura de cadera y cirugía abdominal (Igwe, et al., 2020). El donepezilo, indicado para el control sintomático de pacientes con deterioro cognitivo, no ha demostrado tener efectos en la incidencia de la POD, y la melatonina tampoco parece que tenga efectos sobre la incidencia (Igwe, et al., 2020).

En relación con el tipo de anestesia utilizada en la intervención Igwe, et al. (2020) analiza la administración de sevoflurano, xenón y propofol, los resultados demuestran que el uso de sevoflurano es más seguro que el propofol en relación con la incidencia de POD. La monitorización del nivel de anestesia mediante el Índice Biespectral (BIS) parece ser una ventaja frente a la anestesia sin controlar (Janssen, et al., 2019).

## **6. DISCUSIÓN**

Aunque el número de trabajos recuperados no es muy alto aportan un alto nivel de evidencia, sin embargo, se considera que es preciso continuar profundizando en este tema con metodología que aporte mayor evidencia, como son los ensayos clínicos aleatorizados, para confirmar y apoyar las recomendaciones sobre las intervenciones a los mayores postquirúrgicos con riesgo de desarrollar delirium.

### **6. 1. Factores de riesgo del delirium y manifestaciones**

Las personas mayores frágiles, presentan una menor capacidad de adaptación frente a enfermedades y les genera mayor vulnerabilidad ante situaciones de estrés como, pueden ser, una hospitalización y una intervención quirúrgica (Yang, et al., 2017). Según los resultados analizados, existe un consenso sobre el carácter multifactorial del riesgo de desarrollo del síndrome, se propone que el deterioro cognitivo previo, comorbilidad (Rong, et al., 2021) (Baek, et al., 2020) (Yang, et al., 2017) y la institucionalización (Yang, et al., 2017) como los principales factores de riesgo. La literatura sugiere que la edad es un factor de riesgo debido a las modificaciones que se producen con el proceso de envejecimiento (Yang, et al., 2017) (Rong, et al., 2021).

Se considera que las enfermeras y todos los miembros del equipo deben conocer e implicarse en la planificación y cuidado del mayor hospitalizado con indicación de intervención quirúrgica. Las intervenciones estarán orientadas a actuar sobre los factores de riesgo modificables, como controlar el volumen de líquidos infundido, uso preoperatorio de opioides y duración de la intervención, además de resaltar la importancia de conocer los factores de riesgo no modificables como el tipo de cirugía o antecedentes clínicos del paciente (Baek, et al., 2020). La elaboración de protocolos de actuación frente al SCA supone un factor de prevención de POD importante (Baek, et al., 2020) (Saripella, et al., 2021), puede ser una nueva línea de trabajo en los centros en los que no se disponga de ellos.

Se pueden encontrar dificultades en la detección del delirium hipoactivo debido a que las modificaciones conductuales del paciente son inferiores a las del delirium hiperactivo, lo cual sugiere que es necesario implementar medidas de prevención y de reconocimiento del síndrome, incidiendo especialmente en el delirium hipoactivo, ya que está infradiagnosticado (Baek, et al., 2020) (Yang, et al., 2017).

### **6. 2. Prevención del Síndrome Confusional Agudo**

Como se ha descrito en el apartado anterior los factores de riesgo son susceptibles de identificar e intervenir en la prevención del delirium, lo que justifica la importancia de una detección precoz de los mismos para evitar que se produzcan estatus de POD. Según los autores hay suficiente evidencia para recomendar una VGI, ya que posibilita a los profesionales a optimizar los cuidados del paciente, asesorar sobre la reducción del riesgo de desarrollo de delirium y establecer posibilidades de tratamiento (Saripella, et al., 2021) (Janssen, et al., 2019). Las publicaciones indican la necesidad de la valoración y manejo del deterioro cognitivo

previo a la cirugía como modo de prevención, debería incorporarse como un elemento a tener en cuenta de forma sistemática en la valoración del paciente (Rong, et al., 2021) (Baek, et al., 2020) (Saripella, et al., 2021) (Yang, et al., 2017). Aunque, en ocasiones no es posible realizar una evaluación del estado cognitivo previo a la cirugía debido al carácter urgente de las mismas (Yang, et al., 2017).

La VGI también está indicada para detectar los problemas relacionados con la capacidad cognitiva, indican que la demencia leve puede aumentar el riesgo de delirium, estudiado en pacientes sometidos a cirugía de cadera (Yang, et al., 2017). Yang, et al. (2017) y Rong, et al. (2021) señalan en sus publicaciones que los pacientes con un diagnóstico previo de alteración psiquiátrica presentan un mayor riesgo de desarrollar delirium postquirúrgico, sugiriendo que deben ser evaluados con mayor atención.

En las publicaciones analizadas, hay consenso en las actividades encaminadas a prevenir el desarrollo del Síndrome Confusional Agudo, destacan la indicación de: movilizaciones activas o pasivas, realización de ejercicio físico, mantenimiento del sueño, una correcta dieta e hidratación del paciente (Saripella, et al., 2021) (León-Salas, et al., 2020) y alivio del dolor (Janssen, et al., 2019) (Igwe, et al., 2020). Realizar intervenciones encaminadas a mejorar la estimulación cognitiva y programar terapia de orientación, mejora la prevención y abordaje del SCA (León-Salas, et al., 2020).

La implementación de actividades multicompetentes pueden reducir la incidencia del delirium en comparación con la atención habitual en la atención hospitalaria, reduciendo la duración del delirio y gravedad. Sin embargo, no se ha encontrado suficiente evidencia para afirmar que tenga efecto en la duración del ingreso, mortalidad, tiempo de regreso a la vida independiente de los pacientes, caídas e infecciones del tracto urinario. El SCA se caracteriza por ser multifactorial, por lo que la intervención recomendada es programar actividades que modifiquen los factores de riesgo de forma simultánea (León-Salas, et al., 2020).

### **6.3. Cuidado del estatus de delirium**

Existen alrededor de 40 instrumentos diferentes para la detección, diagnóstico y valoración de la gravedad del delirium, este número de instrumentos provoca dificultades a la hora de hacer comparaciones entre ellos y poder realizar una recomendación. Los estudios analizados, indican el uso del CAM, DOSS, DRS-R-98 y MDAS como instrumentos de detección precoz del SCA (Helfand, et al., 2021). Las herramientas que pueden resultar más útiles para los profesionales de enfermería son el DOSS (Helfand, et al., 2021) y el CAM (Ho, et al., 2021) (Helfand, et al., 2021) debido a que la valoración consume menos tiempo.

En relación con el tratamiento farmacológico indicado en personas mayores en situación de riesgo de desarrollo de SCA, los autores concuerdan en que la administración de dexmedetomidina reduce la incidencia del delirium postoperatorio (Igwe, et al., 2020) (Janssen, et al., 2019), además el análisis realizado por Igwe, et al. (2020) añade la indicación de pregabalina. En relación con el tipo de anestesia utilizada durante la cirugía, Igwe, et al. (2020) señala que es necesario más investigaciones sobre la acción de los anestésicos sobre el desarrollo de POD.

## 7. LIMITACIONES

En este estudio se encuentran algunas limitaciones, como pueden ser el número de artículos que se han incluido en la revisión (n=9), no se han localizado más estudios con la metodología y criterios de calidad planteados. El criterio de inclusión establecido en relación con el tiempo de publicación de 2017 a 2022 supone también una limitación a este estudio, ya que se han podido excluir publicaciones de alto nivel de evidencia pero de menor actualidad.

El análisis de la evidencia hace posible que se determine una explicación válida y actualizada sobre el abordaje integral del paciente mayor con riesgo de delirium postoperatorio, como fuente de oportunidades para mejorar la calidad asistencial, sin embargo, algunas cuestiones incluidas en el análisis precisarían un mayor número de investigaciones, como las intervenciones no farmacológicas y farmacológicas. Esto nos motiva a trabajar en el futuro sobre el delirium postquirúrgico en pacientes mayores, ya que es la población que más frecuentemente lo presenta.

## 8. CONCLUSIONES

1. La Valoración Geriátrica Integral previa a la intervención quirúrgica del mayor, presenta suficiente evidencia como para recomendar su implementación, con el objetivo de identificar el riesgo y planificar medidas preventivas de desarrollo del SCA centradas en la persona.
2. Se dispone de distintos instrumentos de detección precoz validados, según la facilidad de uso se recomienda para el personal de enfermería la valoración con: Confusion Assessment Method (CAM) y el Delirium Observation Screening Scale (DOSS).
3. Las recomendaciones con mayor evidencia sobre las intervenciones no farmacológicas orientadas a la prevención y tratamiento del paciente mayor con riesgo de delirium postquirúrgico, son: la realización de movilizaciones, ejercicio físico, rehabilitación, terapia de orientación, estimulación sensorial, asegurar la nutrición e hidratación, estimulación cognitiva y el control del dolor.
4. Recomendaciones farmacológicas: La administración de dexmedetomidina y olanzapina se relaciona con una reducción de la incidencia del SCA.
5. En relación con los factores de riesgo modificables asociados a la intervención, se considera importante controlar la cantidad de líquidos infundidos por vía intravenosa y la duración de la cirugía. Además, de recomendar que las enfermeras conozcan los factores de riesgo no modificables asociados a la intervención, como es el tipo de cirugía.
6. Las manifestaciones que se producen con más frecuencia en el delirium hiperactivo son la agitación e hiperactividad. Sin embargo, se enfatiza en la importancia de conocer y detectar las manifestaciones del SCA hipoactivo, que está infradiagnosticado, debido a que las manifestaciones conductuales son inferiores a las del delirium hiperactivo.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Baek, W., Kim, Y. M., Lee, H. (2020). Risk Factors of Postoperative Delirium in Older Adult Spine Surgery Patients: A Meta-Analysis. *AORN journal*, 112(6), 650-661. <https://doi.org/10.1002/aorn.13252>
- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunanathan, S., Wolfson, C. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 731-737. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.731>
- Cabello, J. (2005). Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. *CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica* (pp. 13–17). Recuperado el 21 de febrero de 2022 de: <https://redcaspe.org/materiales/>
- Camaño-Puig, R. (2019). Evidencia científica, metodología y clasificaciones: niveles y recomendaciones. En Moreno-Castro, C. y Cano-Orón, L. (eds.), *Terapias Complementarias en la esfera pública*, (pp. 259-293). Dextra Editorial Recuperado el 21 febrero de 2022 de: <https://scienceflows.com/session/evidencia-cientifica-metodologia-y-clasificaciones-niveles-y-recomendaciones/>
- Cano-Gutierrez, C., Gutiérrez-Robledo, L. M., Lourenço, R., Marín, P. P., Martínez, F. M., Parodi, J., Gil, C. H. Z. (2021). La vejez y la nueva CIE-11: posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.112>
- Carbrera, Á. J. R., Hernández, L. A., Cabrera, E. A., Pérez, F. O., Casteleiro, E. F. (2015). Guía de práctica clínica para la atención al adulto mayor hospitalizado con delirium. *MediSur*, 13(3), 458-466. Recuperado el 15 de febrero de 2022 de: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2975>
- Janssen, T. L., Alberts, A. R., Hooft, L., Mattace-Raso, F. U. S., Mosk, C. A., van der Laan, L. (2019). Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1095. <https://doi.org/10.2147/CIA.S201323>
- Gómez, M. E. J., Céspedes, A. A., Zamora, E. B. C., & Molina, R. G. (2021). Prevalencia de fragilidad en adultos mayores hospitalizados: Revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, (95), 161. Recuperado el 16 de mayo de 2022 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8248250>
- Helfand, B. K., D'Aquila, M. L., Tabloski, P., Erickson, K., Yue, J., Fong, T. G., Jones, R. N. (2021). Detecting Delirium: A Systematic Review of Identification Instruments for Non-ICU Settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(2), 547-555. <https://doi.org/10.1111/jgs.16879>
- Ho, M. H., Nealon, J., Igwe, E., Traynor, V., Chang, H. C., Chen, K. H., Montayre, J. (2021). Postoperative Delirium in Older Patients: A Systematic Review of Assessment and Incidence of Postoperative Delirium. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(5), 290-301. <https://doi.org/10.1111/wvn.12536>
- Igwe, E. O., Nealon, J., Mohammed, M., Hickey, B., Chou, K. R., Chen, K. H., Traynor, V. (2020). Multi-disciplinary and pharmacological interventions to reduce post-operative delirium in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Anesthesia*, 67, 110004. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.110004>

- Janssen, T. L., Alberts, A. R., Hooft, L., Mattace-Raso, F. U. S., Mosk, C. A., van der Laan, L. (2019). Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1095. <https://doi.org/10.2147/CIA.S201323>
- León-Salas, B., Trujillo-Martín, M. M., Martínez del Castillo, L. P., García-García, J., Pérez-Ros, P., Rivas-Ruiz, F., Serrano-Aguilar, P. (2020). Multicomponent Interventions for the Prevention of Delirium in Hospitalized Older People: A Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(12), 2947-2954. <https://doi.org/10.1111/jgs.16768>
- NNNConsult. (2022). Elsevier. Recuperado el 11 de abril de 2022 de: <http://www.nnnconsult.com>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Envejecimiento y salud. Recuperado el 13 marzo del 2022 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. Recuperado el 9 de mayo de 2022 de: <https://icd.who.int/es>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red no 25, 39p. Recuperado el 4 mayo de 2022 de: <https://envejecimientoenred.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2020-indicadores-estadisticos-basicos/>
- RNAO. (2016). Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: valoración y cuidados. Recuperado el 3 de marzo de 2022 de: <https://rnao.ca/bpg/language/delirio-demencia-y-depresión-en-las-personas-mayores-valoración-y-cuidados-segunda-edición>
- Rong, X., Ding, Z. C., Yu, H. D., Yao, S. Y., Zhou, Z. K. (2021). Risk factors of postoperative delirium in the knee and hip replacement patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 16(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13018-020-02127-1>
- Saripella, A., Wasef, S., Nagappa, M., Riazi, S., Englesakis, M., Wong, J., Chung, F. (2021). Effects of comprehensive geriatric care models on postoperative outcomes in geriatric surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC anesthesiology*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01337-2>
- Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLulich, A. M., Ely, E. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 1-26. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>
- Yang, Y., Zhao, X., Dong, T., Yang, Z., Zhang, Q., Zhang, Y. (2017). Risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*, 29(2), 115-126. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0541-6>

## 10. ANEXOS

### ANEXO I

Tabla 4. Resumen de los artículos analizados. Fuente: elaboración propia

RESUMEN DE LOS ARTÍCULOS ANALIZADOS						
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	CASPe	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PROPUESTOS		
				Factores de riesgo y manifestaciones	Prevención del delirium	Cuidado del estatus de delirium
(Rong, et al., 2021)	100%	Conocer la prevalencia y factores de riesgo de POD en pacientes sometidos a cirugía de reemplazo de rodilla o cadera.	<p>Revisión bibliográfica sistemática y metaanálisis. 22 estudios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 casos controles.</li> <li>• 16 estudios de cohortes prospectivos.</li> </ul> <p>11934 pacientes del estudio se sometieron a reemplazo de rodilla o cadera y 1841 desarrollaron POD*.</p>	<p>Edad avanzada. Deterioro cognitivo. Antecedentes cerebrovasculares. Comorbilidad. Factores quirúrgicos y anestésicos.</p> <p>Pruebas de laboratorio: proteínas totales bajas.</p>		

Continuación de la Tabla 4. Resumen de los artículos analizados.

(Saripella, et al., 2021)	100%	Determinar los modelos de atención geriátrica y la disminución de los resultados adversos del delirium comparándolo con la atención habitual en pacientes quirúrgicos geriátricos.	<p>Revisión bibliográfica sistemática y metaanálisis.</p> <p>Se incluyeron 11 estudios con 2672 pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensayos clínicos aleatorizados: 4.</li> <li>• No ensayos clínicos aleatorizados: 7.</li> </ul>		<p><b>Prequirúrgico:</b> Evaluación del estado fisiológico, social, psicológico y funcional.</p>	<p><b>No farmacológico:</b> Ejercicio o plan personalizado después de la evaluación. Rehabilitación. Evitar complicaciones como neumonía. Potenciar actividades de la vida diaria de forma autónoma. Vigilancia del estado funcional y síndromes geriátricos.</p>
(Helfand, et al., 2021)	90%	Examinar los instrumentos para identificación del delirio, detección o diagnóstico y cuáles son los más utilizados y validados.	<p>Revisión bibliográfica sistemática.75 artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 metaanálisi</li> <li>• 23 revisiones sistemáticas</li> <li>• 47 revisiones narrativas.</li> </ul>			<p>Cuatro instrumentos cumplen con criterios COSMIN y muchos DSM-5**. Estos fueron el CAM***, DRS-R-98****, MDAS***** y DOSS*****.</p>

Continuación de la Tabla 4. Resumen de los artículos analizados.

(Ho, et al., 2021)	80%	Resumir las herramientas de evaluación del delirio utilizadas para evaluar el POD.  Estimar las tasas de incidencia del POD entre pacientes mayores.	Revisión bibliográfica sistemática.  19 estudios de metodología prospectiva de cohortes.  3533 participantes.	La incidencia de POD varió del 11,1 % al 45,6 %. Las estimaciones de incidencia agrupadas para la cirugía mixta (cirugía no cardíaca), la cirugía ortopédica y la cirugía tumoral fueron del 23 %.		Todas las herramientas de evaluación del delirio son válidas y demuestran sensibilidad. Más del 50 % de los estudios usaron la CAM en diferentes tipos de pacientes quirúrgicos.
(Igwe, et al., 2020).	100%	Sintetizar datos sobre intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para reducir POD entre las personas mayores intervenidos quirúrgicamente.	Revisión bibliográfica sistemática y metaanálisis. Total: 25 estudios.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio prospectivo 2.</li> <li>• Ensayo clínico aleatorizado 12.</li> <li>• Ensayo clínico 2.</li> <li>• Ensayo clínico aleatorizado prospectivo 2.</li> <li>• Estudio doble ciego</li> </ul>			<p><b>No farmacológicas:</b> monitorización continua, detección de POD, reducir polifarmacia, alivio adecuado del dolor y entrenamiento psicológico sistemático y orientación.</p> <p><b>Farmacológicas:</b> Dexmedetomidina y pregabalina reducen la incidencia de POD.</p>

Continuación de la Tabla 4. Resumen de los artículos analizados.

			<p>aleatorizado 7.</p> <p>Total: 5301 participantes.</p>			<p>Reducción del dolor. Haloperidol: no se recomienda debido a efectos secundarios.</p> <p>Donepezilo y la melatonina no tienen un efecto sobre la incidencia del POD en personas mayores.</p>
(Janssen, et al., 2019)	100%	<p>Evaluar los resultados de la eficacia de los métodos de prevención de delirium en pacientes mayores programados para cirugía.</p>	<p>Revisión bibliográfica sistemática y metaanálisis</p> <p>31 ensayos clínicos aleatorizados.</p> <p>Alrededor 10000 pacientes en total.</p>		<p>Evaluación geriátrica integral, problemas cognitivos, anemia y función cardíaca.</p> <p>Incluye a familiares/cuidadores y asesoramiento del paciente y rechazo de polifarmacia.</p>	<p><b>No farmacológicos:</b></p> <p>movilización temprana, estimulación sensorial, ingesta de nutrientes y líquidos, sueño y estimulación cognitiva.</p> <p><b>Farmacológico:</b></p> <p>Administración de 0,2-0,4 µg/kg/h de dexmedetomidina durante la cirugía disminuyó la incidencia del</p>

Continuación de la Tabla 4. Resumen de los artículos analizados.

						síndrome.
(León-Salas, et al., 2020)	100%	Evaluar la evidencia disponible sobre la seguridad y eficacia de las intervenciones multicomponentes para la prevención del delirio en personas mayores hospitalizadas	Revisión bibliográfica sistemática y metaanálisis.  10 ensayos clínicos aleatorizados, 2850 pacientes.		<b>Duración del delirium:</b> 1,18 días más corta con intervenciones multidisciplinares.  <b>Gravedad:</b> Las intervenciones multidisciplinares redujeron la gravedad del delirio.	Se redujo la incidencia de UPP por las intervenciones multidisciplinares en comparación con la atención habitual.
(Yang, et al., 2017).	100%	Resumimos los factores de riesgo del delirium postquirúrgico.	Revisión bibliográfica sistemática y metaanálisis.  24 estudios de caso control con 5364 pacientes.	<b>Aumento de la incidencia de POD:</b> Deterioro cognitivo previo. Institucionalización, insuficiencia cardíaca. Artroplastia total de cadera. Administración de morfina		
(Baek, et al., 2020)	80%	Revisar los factores de riesgo del delirio postoperatorio en pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de	Metaanálisis. 2 estudios observacionales	<b>Factores de riesgo modificables:</b> volumen de líquidos, opioides y	La enfermería presta atención constante, es fundamental en la detección precoz	

Continuación de la Tabla 4. Resumen de los artículos analizados.

		columna.	prospectivos y 3 estudios observacionales retrospectivos. 645 participantes.	duración de la cirugía. <b>Factores de riesgo no modificables:</b> Cirugía de columna, fusión de columna y comorbilidad. <b>Manifestaciones:</b> Trastornos de la atención, conciencia, memoria, capacidad mental y cognitiva. Presenta un patrón fluctuante.	del delirium postquirúrgico. Conocimiento de la conducta previa del paciente, para detectar cambios en el comportamiento indicativos de delirium.	
<p>*Delirium postoperatorio.  ** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.  *** Confusion Assessment Method.  **** Delirium Rating Scale-Revised-98.  ***** Memorial Delirium Assessment Scale.  ***** Delirium Observation Screening Scale.</p>						