



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

**Trabajo Fin de Grado Curso
académico 2023/2024**

ABORDAJE ENFERMERO Y PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL CUIDADO DE PACIENTES CON DELIRIO POSOPERATORIO

Cristina Caro García

Tutelado por: Lourdes Jiménez Navascués

Cotutelado por: M^a Luisa Sanz Muñoz

Soria, 27 de mayo de 2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El envejecimiento es un proceso natural e irreversible que reduce la fuerza muscular, altera la marcha y equilibrio, aumentando el riesgo de caídas y fracturas de cadera. La incidencia del delirio posoperatorio en personas mayores tras intervención quirúrgica por fractura de cadera es del 32- 50%. El delirio se puede prevenir en el 40% de los pacientes.

OBJETIVO. Analizar los cuidados enfermeros dirigidos a la prevención y abordaje de pacientes y familiares que sufren delirio o riesgo de desarrollarlo tras una intervención quirúrgica.

METODOLOGÍA. Metodología mixta con una revisión bibliográfica de alcance y un estudio de caso con metodología cualitativa. Se localizan los trabajos a revisar en las bases de datos Scopus, Cinhal y Pubmed, publicados entre 2018 y 2024. La calidad de los artículos se valoró con la herramienta CASPe. Se seleccionó a un familiar con experiencia de delirio de su madre. Se realizó una entrevista grabada con posterior transcripción, interpretación, codificación y categorización. Se analizaron los datos relacionados con los objetivos propuestos.

RESULTADOS. El delirio requiere un abordaje multicomponente, atención interdisciplinar e incluir a los cuidadores en el manejo del delirio. Las intervenciones se centran en la detección de factores de riesgo como la edad avanzada, deterioro cognitivo previo, dolor y trastornos del sueño. Los cuidados incluyen la estimulación sensorial, la orientación, manejo del dolor, promoción del sueño, deambulación temprana. El sentimiento predominante en la familia es el miedo y cansancio.

CONCLUSIÓN. El delirio posoperatorio es multifactorial, el factor más significativo es la edad. Las intervenciones enfermeras son multimodales. La percepción familiar es negativa relacionada con la falta de información por parte de los profesionales sanitarios. La familia es el principal cuidador y en quien recae gran parte del proceso. No siempre se aplican los cuidados recomendados en la literatura científica.

Palabras clave: Delirio posoperatorio, Cuidado enfermero, Familia, Caso cualitativo

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ABCDEF	Assess and manage pain, Both saturation, Choice of sedation, Delirium monitoring, Early mobility, Family engagement.
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
CAM	Confusion Assessment Method
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units
CASPe	Critical Appraisal Skills Programme
DesC	Descriptores de Ciencias de la Salud
DMS-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DPO	Delirio posoperatorio
h	Hora
mg	Miligramo
Nu-Desc	Nursing Delirium Screening Scale
OMS	Organización Mundial de la Salud
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
SatO2	Saturación de oxígeno
Sra.	Señora
VMK	Ventimask
4AT	Rapid clinical test for delirium
%	Porcentaje

ÍNDICE

1. INTRODUCCION.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS	3
4. METODOLOGÍA.....	4
4.1 Revisión bibliográfica	4
4.2 Estudio de caso cualitativo	6
5. RESULTADOS.....	7
5.1 Revisión bibliográfica	7
5.2 Estudio de caso clínico	8
6. DISCUSIÓN	10
7. CONCLUSIÓN	13
8. BLIOGRAFÍA	14
ANEXOS	i
ANEXO A – Consentimiento informado	ii
ANEXO B - Entrevista al familiar.	iii
ANEXO C – RESULTADOS	vi

INDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura 1. Diagrama de flujo	5
Tabla 2 – Categorización de la entrevista.....	9
Tabla 1 – Resumen de los artículos analizados	vi
Tabla 3 – Plan de cuidados	xi

1. INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso natural, continuo e irreversible; que modifica las funciones físicas y cognitivas del humano. Entre los cambios durante el proceso de envejecimiento se encuentran las modificaciones músculoesqueléticas, generando una paulatina reducción de la fuerza muscular y coordinación de las extremidades, con modificaciones en la marcha y el equilibrio (1). Durante el envejecimiento aumenta la fragilidad, definida como una condición de mayor vulnerabilidad a eventos estresantes como consecuencia de un deterioro de los sistemas fisiológicos que se asocia a un mayor riesgo de caídas (2). Más de un 30% de personas con más de 65 años, tienen un promedio de una caída por año (1).

La fractura de cadera es una consecuencia directa de las caídas en personas mayores. Se estima una incidencia de fracturas de cadera en hombres y mujeres del 6% y el 18%, respectivamente en todo el mundo. La proyección es que en el año 2050 aumenten entre 4,5 – 6,3 millones (3). El tratamiento quirúrgico es indicado con frecuencia para tratar las fracturas de cadera, desde la Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopédicos se recomienda una cirugía de emergencia entre las primeras 24 y 48 horas (4), pero no están exentos de complicaciones. Las personas mayores tienen riesgo de sufrir delirio posoperatorio.

El delirio o síndrome confusional agudo, es una alteración aguda y fluctuante de la conciencia y la cognición, siendo una patología que con frecuencia afecta a personas mayores hospitalizadas. A pesar de ser reversible, los episodios pueden persistir durante meses, transformándose en una afección crónica (5). La incidencia del delirio posoperatorio en personas mayores con fractura de cadera es aproximadamente entre el 32- 50% (4)(6)(7)(8). El delirio se puede manifestar en distintos subtipos psicomotores; el hipoactivo, donde predomina la baja actividad motora, el estado de alerta y la comunicación; y el hiperactivo con síntomas de agitación física y conductual, irritabilidad y alucinaciones. También se puede presentar con formas mixtas que fluctúan a lo largo del día o ausencia de manifestación motora (9). Hay estudios que demuestran que el delirio hiperactivo se presenta entre el 1 al 23% de la población, el hipoactivo entre el 19 y 68% y el mixto entre 14 y 55%. (10) . La presentación hipoactiva es la más prevalente y la cuarta complicación más común que ocurre en pacientes hospitalizados por una fractura de cadera (Plaza-Carmona et al., 2020), no siempre bien diagnosticada.

Los criterios diagnósticos se establecen en el Manual de Enfermedades Psiquiátricas DSM-V (12). Para el diagnóstico de delirio hay distintas herramientas propuestas como Confusion Assessment Method (CAM), Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units (CAM-ICU), Rapid clinical test for delirium (4AT), Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) y Nursing Delirium Screening Scale (Nu-Desc) (9). La herramienta de evaluación más utilizada es el método CAM, diseñado con pruebas

cognitivas breves y una entrevista con cuatro ítems para clasificar el delirio como presente o fluctuante: A) inicio agudo y curso fluctuante, B) falta de atención, C) pensamiento desorganizado y D) nivel de conciencia. Para obtener una prueba CAM positivo, se debe contar con los criterios A y B, y al menos uno o ambos de C y D. La entrevista y las pruebas cognitivas tienen una duración entre 5 y 10 minutos (13). La herramienta CAM-ICU es una variación utilizada en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. 4AT es un instrumento de cribado que puede integrarse en la práctica clínica posoperatoria diaria (14). Consta de 4 elementos: A) alerta, B) prueba mental abreviada, C) atención y D) cambio agudo o curso fluctuante. Tiene un rango de puntuación de 0 a 12, más de 3 sugiere un posible delirio (13). La herramienta RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) evalúa el nivel de sedación observando si el paciente tiene los ojos abiertos para diferencias los valores positivos de los negativos. Nu-Desc es una escala enfermera observacional de cinco ítems: desorientación, comunicación inapropiada, conducta inapropiada, alucinaciones y retraso psicomotor. Los síntomas se califican de 0 a 2 según la presencia e intensidad de los síntomas (9).

El delirio se puede prevenir en el 40% de los pacientes, lo que hace significativo tomar medidas para ello (6). Los cuidados enfermeros se basan en la detección de pacientes con factores de riesgo, prevención del delirio, evaluación y el diagnóstico del delirio, movilidad temprana y compromiso familiar (9). Para abordar el delirio se realizan intervenciones multicomponentes, atención interdisciplinar y educación a los cuidadores (15). El delirio está asociado a malos resultados de salud y angustia para los pacientes y sus familias. La familia cuando es receptor de atención puede desempeñar un papel vital en la identificación del delirio (16), y EL cuidador, puede actuar reduciendo la incidencia de delirio posoperatorio de forma significativa (17).

Modelo teórico de enfermería

Para la realización del trabajo se ha seguido el modelo de adaptación de Callista Roy desarrollado en 1964. El modelo se basa en que las personas son sistemas holísticos y adaptables. El paciente se observa como un sistema abierto y adaptativo que desarrolla un sistema para el proceso de adaptación. Los sistemas tienen entradas, estímulo que puede llegar desde el entorno o desde el interior de la persona, y salidas, reacciones y conductas de las personas y se dividen en repuestas adaptativas e ineficaces. En el metaparadigma enfermero la persona es un ser biopsicosocial que incluye a la familia formando un sistema unificado, en constante búsqueda de equilibrio desarrollando mecanismos de enfrentamiento tanto para el paciente como a su cuidador. La salud es la adaptación resultante de éxito al hacer frente a los productores. El entorno es el escenario clínico en el que se encuentra el paciente. Las enfermeras abarcan las intervenciones orientadas a lograr una adaptación de la persona o cuidadores. La

interacción se lleva a cabo para la adaptación que se centran en 4 áreas: área fisiológica, de autoimagen, de dominio de rol y de independencia.

Este modelo consideramos que es el que mejor se adapta al caso ya que la paciente tiene un nivel adaptativo comprometido como es el delirio, por lo que los diagnósticos e intervenciones enfermeras están dirigidas a fortalecer la educación tanto del paciente como a sus cuidadores sobre su condición clínica, en este caso solo la familia por el deterioro cognitivo de la paciente y formas de adaptarse a la nueva situación. En el trabajo nos centraremos en la atención familiar para adaptar las situaciones de salud que atraviesa el paciente en situación de dependencia y con delirio posoperatorio.

2. JUSTIFICACIÓN

La elección de este trabajo surge por una inquietud en mejorar el conocimiento sobre el delirio debido a un gran número de casos observados tanto en las prácticas clínicas como en la vida personal-familiar, en personas mayores tras un ingreso o intervención quirúrgica, con frecuencia la intervención de cadera. El objetivo es identificar las intervenciones enfermeras para tratar a estos pacientes y familiares en el momento de debutar el delirio y si este no revierte durante la hospitalización, determinar cómo abordarlo. Se realiza un estudio de caso para analizar situaciones que comprometen la salud y a través del aprendizaje reflexivo permita resolver las dudas surgidas durante las prácticas y desarrollar un pensamiento crítico. El caso permite estudiar los elementos que integran el metaparadigma enfermero como el entorno, sus afectaciones en el proceso de salud-enfermedad y el nivel de adaptación de paciente y cuidador.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar los cuidados enfermeros dirigidos a la prevención y abordaje de pacientes y familiares que sufren delirio o riesgo de desarrollarlo tras una intervención quirúrgica.

Objetivo específico

- Identificar el perfil de paciente con riesgo de desarrollar delirio en el posoperatorio inmediato.
- Determinar las intervenciones enfermeras en la atención de pacientes con delirio y sus familiares.
- Describir la percepción de los cuidadores principales de pacientes con delirio posoperatorio y con antecedentes de deterioro cognitivo.

4. METODOLOGÍA

En este estudio se realizó una metodología mixta con una revisión bibliográfica de alcance y una metodología cualitativa con un estudio de un caso real.

4.1 Revisión bibliográfica

Diseño

Se realizó una revisión bibliográfica de alcance para analizar los cuidados enfermeros dirigidos a la prevención y abordaje de pacientes y familiares que sufren delirio o riesgo de desarrollarlo tras una intervención quirúrgica.

La formulación de la pregunta de investigación se realizó siguiendo el esquema PIS (Población; Intervención; S): ¿qué cuidados enfermeros están indicados para pacientes con delirio y sus familiares en el posoperatorio tras una intervención quirúrgica? (P): pacientes geriátricos y familiares directos con delirio postoperatorio. (I): cuidados enfermeros orientados al manejo durante el delirio. (S): conducta del paciente, reacción y colaboración familiar.

Búsqueda y selección de trabajos

Se identificaron las palabras claves delirio, enfermería, fracturas de cadera, cuidados, fragilidad, postoperatorio, familia; y sus conversores en Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs) delirium, nursing, hip fractures, care, fragility, postoperative period y family. Para realizar la búsqueda se establecieron distintas fórmulas con las palabras clave y los operadores booleanos AND y NOT.

- (((nursing) AND (care)) AND (delirium)) AND (systematic review)) NOT (pediatric)
- (((family) AND (care)) AND (delirium)) AND (systematic review)) NOT (pediatric)
- (((nursing) AND (care)) AND (delirium)) AND (postoperative)) NOT (pediatric)
- ((delirium) AND (care)) AND (family)) NOT (pediatric)
- ((delirium) AND (nursing)) AND (prevention)
- (((delirium) AND (hip fracture)) AND (postoperative)) AND (nursing)) NOT (pediatric)
- (((delirium) AND (postoperative)) AND (nursing)) AND (family)) NOT (pediatric)

La búsqueda se realizó en las bases de datos de Pubmed, Scopus y Cinhal en los meses de febrero a mayo de 2024. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: artículos con texto completo, antigüedad de 5 años y el idioma en español, inglés o portugués, cumplir al menos el 80% de los criterios de calidad de CASPe. Se excluyeron artículos donde el delirio no era posoperatorio y no estaba relacionado con personas mayores de 65 años. Se eliminaron los artículos duplicados y después de revisar los títulos y el resumen, los estudios seleccionados se revisaron a texto completo y se evaluó la calidad como se indica a continuación, como se muestra en la figura 1.

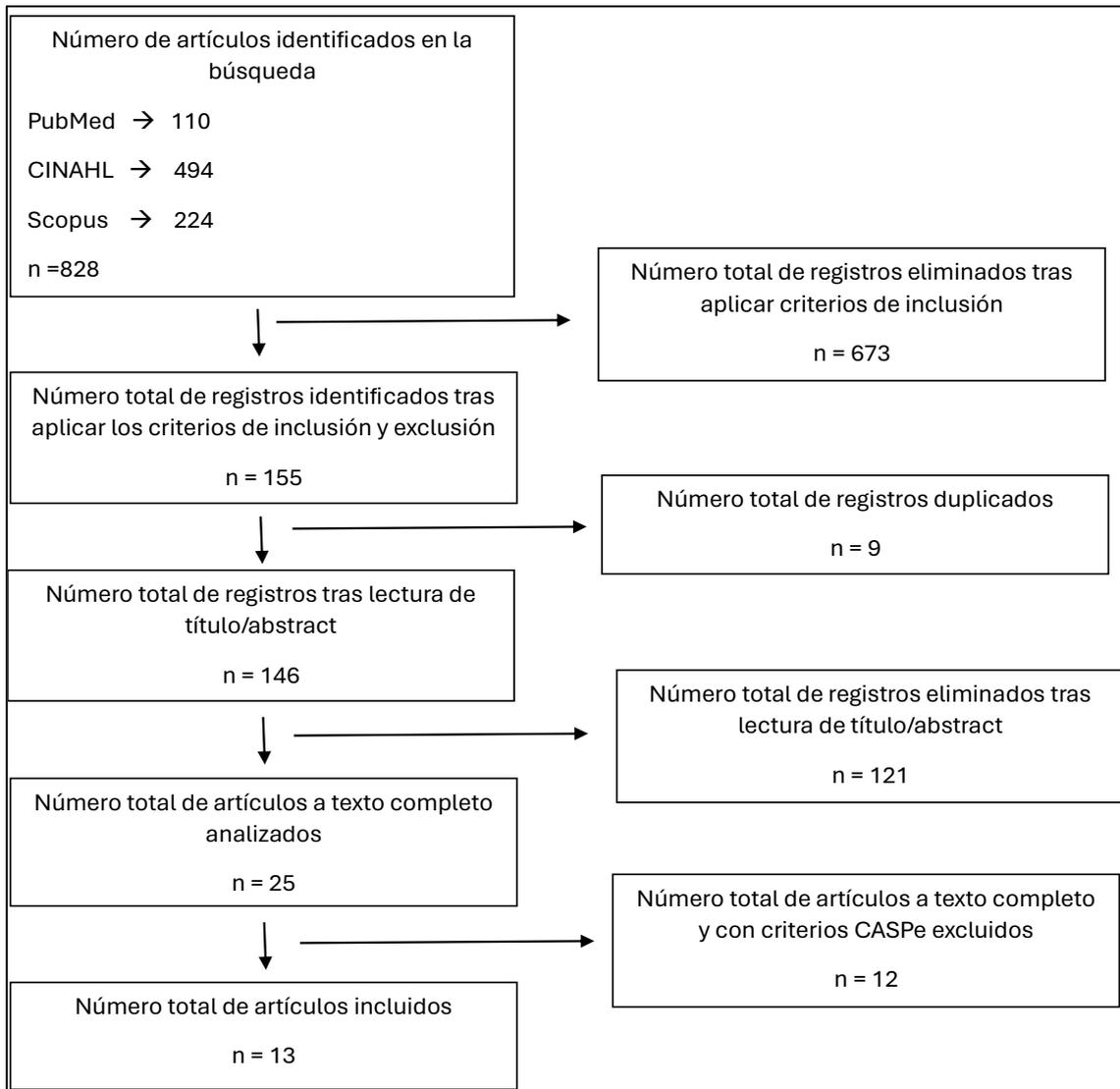


Figura 1. Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia.

Evaluación de calidad

La evaluación de la calidad de los artículos se realizó con la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español). Esta herramienta contiene una lista con preguntas que se centran en los aspectos más relevantes de cada diseño de investigación. Está compuesto por 10-11 preguntas. En esta plataforma se encuentran ocho herramientas para valorar la calidad en función de la metodología de los trabajos, excepto para los estudios descriptivos.

Análisis y síntesis

Tras seleccionar los artículos que cumplen los criterios de inclusión, se recuperaron, analizaron y clasificaron a texto completo para argumentar los objetivos planteados. Se analizó cualitativamente la información sobre el perfil de personas estudiadas, la metodología de los artículos, los factores de riesgo, las intervenciones

enfermeras y la percepción y sentimiento de los familiares que actúan como cuidadores. De los artículos seleccionados escritos en inglés y portugués se realizó una traducción libre.

4.2 Estudio de caso cualitativo

Descripción metodológica del caso

Se realizó un estudio de caso cualitativo, justificado en el punto 2. Se basa en la propuesta de Arroyo Rodríguez (18).

Método de selección

Se llevo a cabo una selección intencionada de los familiares de una mujer que tras una fractura de cadera se desarrolló un delirio posoperatorio. El contacto se llevó a cabo directamente con el hijo con quien tengo relación familiar y quien solicitó la historia clínica del paciente. Se obtuvo previamente el permiso y autorización del participante.

Recogida de información

Se llevo a cabo una entrevista semiestructurada, en el que participó de forma voluntaria el hijo del familiar. Las preguntas se elaboraron específicamente sobre el tema de estudio tras una revisión bibliográfica. Se realizó una grabación de audio con el soporte de un móvil y se tomaron notas de campo. El guion se adaptó al lenguaje del informante. La entrevista (ANEXO B), se realizó el día 2 de abril de 2024, duró 34 minutos. Se realizó una segunda entrevista el 11 de mayo de 2024 que duro 15 minutos para dar la oportunidad de relatar nuevos aspectos. La transcripción fue literal y se dio la oportunidad de revisarla por el informante. Se selecciona la narrativa que está en relación con los objetivos del trabajo.

Análisis de los datos

Se elabora una narrativa del caso, presentando al informante y describiendo la experiencia de la familia. Se utiliza un nombre ficticio para anonimizar el caso. Se contrastó la información obtenida con los trabajos publicados relacionados con los objetivos en el que se enmarca el estudio. Se destacan las implicaciones que pueda tener en la práctica asistencial el conocimiento generado.

Aspectos éticos

Se solicitó el permiso por parte del familiar al hospital para valorar los antecedentes en la historia clínica. El informante firmó de forma voluntaria el consentimiento informado (ANEXO C), además de explicarle verbalmente el objetivo del estudio y se respondió sobre todas las dudas como se ha indicado anteriormente. Se empleará un nombre ficticio para preservar la identidad de los participantes, como ya se ha indicado. No existen conflictos de interés entre los principios éticos y en todo momento se ha mantenido una confidencialidad de los datos.

5. RESULTADOS

5.1 Revisión bibliográfica

Se analizan trece artículos (ANEXO D – Tabla 1). Los estudios recuperados aportan datos de muestras internacionales. Se describen los resultados en base a los objetivos específicos planteados en este trabajo.

Objetivo 1: entre los artículos seleccionados, 9 describen los pacientes con factores de riesgo de desarrollar delirio posoperatorio. Entre los factores de riesgo descritos los clasificamos en antecedentes de salud preoperatorio y los factores quirúrgicos. En los antecedentes de situaciones de salud destaca el factor de edad avanzada (10)(19)(20)(7)(21). Otros factores de riesgo descritos son deterioro cognitivo (19)(21)(8)(9)(7)(10), uso de benzodiazepinas u opioides (19)(21)(5)(10), nivel dolor (21)(8)(22), trastornos del sueño (19)(22)(10), desequilibrio de electrolitos (19)(9), antecedentes de consumo de tabaco (19)(10) y alcohol (21)(10) y sexo masculino (19)(8).

Los factores relacionados con la intervención quirúrgica, según la literatura revisada, son el tiempo de operación, estancias prolongadas en el hospital (8)(7) y transfusión de sangre posoperatoria (7). La hipoxia, con la liberación y síntesis de acetilcolina (20)(5), también es un factor de riesgo por lo que la monitorización de satO2 y oxigenoterapia preventiva son imprescindibles (19)(21). En el preoperatorio, el ayuno de 6 horas y restricción de líquidos de 2 horas alivia la resistencia a la insulina y catabolismo producido por el hambre, con ello el edema intestinal posoperatorio (5). El delirio está presente en el 50% de pacientes ventilados de forma espontánea y en el 80% ventilados mecánicamente (10).

Objetivo 2: las intervenciones enfermeras descritas en los artículos son multicomponentes, atención interdisciplinar, educación sobre el manejo del delirio y actividades cognitivas con estimulación mental (15)(20). Las intervenciones se clasifican en intervenciones de diagnóstico precoz, preoperatorias, ambientales, farmacológicas y familiares. El diagnóstico de delirio debe realizarse precozmente para ello utilizar herramientas de evaluación validadas (10). En el preoperatorio, la administración de oxigenoterapia evita la hipoxia que puede ser un factor de riesgo de delirio (20)(5).

Entre las intervenciones ambientales se encuentran la promoción de la orientación con relojes, calendarios, llamarla por su nombre, hablar lento y claro, habitación con luz natural y ventanas, fotografías (9)(10)(15)(20)(22); la promoción del sueño controlando los ruidos nocturnos como las alarmas, proporcionar tapones, evitar luces, reducir el sueño durante el día en siestas cortas (9)(15)(20)(22), un sueño óptimo está relacionado con mejor control del dolor, regulación del estado de ánimo y mejores funciones físicas y cognitivas (5). Para control del dolor se proponen estrategias no farmacológicas como la terapia musical y relajación (9)(15)(20). El paquete “ABCDEF” es

una técnica que promueve un ambiente cómodo y seguro para el paciente (9)(20)(10). Incluye evaluación y tratamiento de dolor, pruebas de respiración, sedación ligera si es necesario, evaluación y manejo del delirio, movilidad temprana y compromiso familiar. Otra intervención es la movilización y posicionamiento temprano con ejercicios pasivos, cambios posturales cada dos horas y trasladar al sillón, deambulación temprana y fomentar el ejercicio muscular (9)(10)(20)(22)(5).

Las intervenciones farmacológicas se centran en el manejo del dolor (22)(10) con analgesia preventiva, proporcionando medicación antes de la cirugía y hasta el tercer día posoperatorio, ya que el efecto analgésico acumulativo alcanza concentraciones de fármacos en sangre en estado estacionario en el posoperatorio temprano (9)(5).

La presencia familiar es una intervención que ofrece grandes beneficios, involucrando a la familia en los cuidados, ampliando el horario de visitas y educación sobre que es la confusión aguda (15)(22). La estimulación sensorial de los pacientes se ve favorecida con el uso de gafas, audífonos, prótesis dentales son elementos que la enfermera puede solicitar a la familia (9)(20)(22).

Objetivo 3: los resultados sobre la percepción de los familiares se han dividido en emociones, síntomas de delirio y comunicación del equipo sanitario. Los familiares perciben el sufrimiento como multidimensional (16). Las emociones y sentimientos más descritos son tristeza, cansancio, desesperación (16), compasión, incertidumbre, ansiedad, aprensión por el futuro (17) y angustia grave más notable entre los familiares más jóvenes de la familia (23). Los familiares identificaron síntomas en el paciente como inicio agudo y fluctuación, somnolencia, habla desorganizada, agitación, falta de atención (23) y desorientación (17)(23). La familia siente temor e impotencia al enfrentarse a una agresión verbal o física (16). Los artículos consideran que la familia está más tranquila tras recibir información sobre los síntomas del paciente, como abordarlo, pronóstico y el tratamiento y que sería útil recibir la información con antelación. Las familias que recibieron información escrita y verbal expresaron que esto mejoró su comprensión y confianza para responder a los síntomas (16).

5.2 Estudio de caso clínico

La Sra. Laura González Pérez de 91 años, viuda, ingresa por fractura de cadera con un leve deterioro cognitivo y dependencia en algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Situación social: reside en Toledo en la Residencia El Amanecer desde hacía tres meses. Tiene 3 hijos, dos residentes en Toledo y uno en el pueblo. Los tres hijos estaban implicados en el cuidado de las ABVD. La Sra. Laura a los dos meses de ingresar en la residencia sufrió una caída que conlleva a una fractura pertrocantérea de fémur izquierdo con posterior intervención quirúrgica.

Evolución: Tras la intervención de cadera el 29 de noviembre de 2023, la Sra. Laura ingresa en planta con desorientación, alucinaciones y agitación durante la noche y deterioro en la comunicación. Durante el ingreso cursa con empeoramiento de su estado general y la familia decide como mejor opción la sedación, falleciendo el 5 de diciembre de 2023.

El informante es uno de los hijos cuidadores de la Sra. Laura que acepta de forma voluntaria colaborar en el estudio que se le propone y manifiesta su interés por participar en la entrevista. En la narrativa del informante identificamos 3 categorías: comunicación con los profesionales, control posoperatorio de los síntomas y vivencia familiar.

Tabla 2 – Categorización de la entrevista. Fuente: elaboración propia.

Categoría 1: Comunicación con los profesionales	
Subcategoría Información	Verbatines
Información Residencia	“...que me hubieran dado la noticia en el momento en el que ocurrió y con más delicadeza y por parte de la residencia, no por parte de mi hermana, cuando ya estaba mal.”
Información Preoperatorio	“...estaba con muchísimo dolor y nosotros muy indignados con la actuación de lo enfermera de estar todo un día con la cadera rota con tanto dolor.” “Previo a la intervención sí. Nos informaron de todo el proceso de lo que iban a hacer.”
Comunicación URPA	“...un mejor trato, sobre todo del médico de la URPA, cuando nos dijo que no salía y se iba morir, cuando después salió.”
Información del Delirio	“...el médico no era partidario de la sedación por sus temas religiosos o culturales y con palabras textuales nos dijo: yo a mi madre no la sedaría”. “No, no nos dijeron nada, solo nos iban informando de la cadera y que había perdido mucha sangre.”
Categoría 2: Control posoperatorio de síntomas	
Subcategoría Síntomas	Verbatines
Dolor Desorientación	“...no tenía más que fuertes dolores y una desorientación muy grande.” “nos decía cosas sin mucho sentido.” “por las noches se agitaba y empezaba a hablar” “ninguna noche estuvo orientada.”

	“siempre agarraba muy fuerte la mano como si se quejara de mucho dolor”
Categoría 3: Vivencia familiar	
Subcategorías	Verbatines
Emociones Pena Angustia Enfado	“pensábamos que lo mejor era que no sufriese.” “mucha pena y angustia por verla sufrir. Daba pena verla así” “también algo de enfado contra la residencia ya que, si no hubiera ocurrido la caída y hubiera estado vigilada, no estaría en esa situación”
Acompañamiento	“en todo momento nos dejaron estar con ella, incluso no había problema con estar 2 o 3 personas en la habitación” “la llevaron a una habitación individual, donde pudimos estar más cómodos.”

Tras el análisis de la información consideramos que, según el modelo de Callista Roy y el sistema de adaptación, la entrada en el sistema es el estímulo en forma de delirio posoperatorio que sufre la Sra. Laura; y las salidas son las reacciones y conductas al delirio con respuestas ineficaces. La unidad a cuidar está conformada por la familia y el paciente como sistema unificado. Los mecanismos de enfrentamiento de la familia fueron los recursos propios, según el informante, destacando la falta de información, situación que genera insatisfacción con la atención sanitaria. La falta de información y atención a la familia no ha ayudado a la adaptación a la situación de salud que atravesó el paciente en situación de dependencia, ni a los familiares que le acompañaron.

6. DISCUSIÓN

Durante el preoperatorio, hay estudios que concluyen que un ayuno de seis horas y restricción de líquidos de dos horas alivia la resistencia a la insulina y el catabolismo, reduciendo el edema intestinal y el riesgo de delirio (5). La Sra. Laura tuvo un ayuno absoluto desde las 0:00 horas hasta las 11:30 horas, que comenzó la operación, por lo que su ayuno fue prolongado. La administración de oxigenoterapia al ingreso y tras la operación evita la hipoxia que es un factor de riesgo de delirio (20)(5). Por el contrario, basándome en los informes, a la Sra. Laura no se le administró oxigenoterapia previa a la cirugía, aunque después de esta se colocó Ventimask (VMK) a 15l por saturaciones de oxígeno (SatO2) de 76%. Situaciones que indican que la Sra. Laura tenía riesgo de presentar delirio.

Según la literatura, el factor de mayor riesgo es la edad avanzada (10) (19) (20) (7)(21), seguido de antecedentes de deterioro cognitivo (19)(21)(8)(9)(7)(10), uso de benzodiazepinas u opioides (19)(21)(5)(10), nivel dolor (21)(8)(22) y trastornos del sueño

(19)(22)(10). Un estudio describe que no hay correlación entre la edad y el delirio (19). Según la entrevista al familiar, la Sra. Laura era una mujer de edad avanzada con un deterioro cognitivo previo. En el caso analizado para prevenir el dolor, se usó de mediación preventiva, Paracetamol 1g/8h y se pautó si dolor Metamizol 2g/8h y Tramadol 100mg/8h. Durante la operación se administró Metamizol 2g. El hijo narra que su madre tenía dolor, aunque esta no lo expresara verbalmente por el deterioro cognitivo, el hijo era quien demandaba las pautas de analgesia, con una respuesta adecuada por parte de las enfermeras.

Durante la cirugía la Sra. Laura fue intubada, según la literatura el 80% de los pacientes ventilados mecánicamente sufren delirio (10). El tiempo de operación, estancia hospitalaria y transfusión de sangre son otros factores de riesgo (8)(7). Según los informes, la operación duró 90 minutos, la estancia no es valorable por el fallecimiento y no se realizó transfusión de sangre a pesar de tener una hemoglobina de 8. Con estos datos se puede valorar que la Sra. Laura tenía factores de riesgo para desarrollar delirio.

Sobre las intervenciones, la primera recomendada es diagnosticar el delirio con herramientas validadas (10). Según los informes consultados, no se describe la herramienta usada para el diagnóstico del delirio. Las intervenciones susceptibles de valorar en el caso son ambientales como el uso de relojes, calendarios, llamar por su propio nombre, hablar lento, habitación con luz natural y ventana (9)(10)(15)(20)(22), en el caso de la Sra. Laura la habitación era individual con luz natural, pero no había calendarios ni relojes. Según el informante, las enfermeras la llamaban por su nombre y la comunicación era clara y lenta. Para el cuidado del sueño los artículos describen el control de los ruidos nocturnos, evitar luces y reducir el sueño por el día en siestas cortas (9)(15)(20)(22). El informante pasaba las noches con ella y ha comentado el exceso de ruidos y alarmas.

Otras intervenciones, están orientadas a los familiares, incluyen su implicación en los cuidados, ampliando el horario de visitas y educando sobre la prevención, abordaje y conductas sobre la confusión aguda (15)(22). El hijo confirma que pudieron estar en todo momento con su madre, sin ninguna restricción en los horarios *“no había problema con estar 2 o 3 personas en la habitación. No tuvimos problema de estar durante el día y la noche”* y le educaron en cuidados *“nos dijeron que tenía que estar vigilada y acompañada, orientarla en donde estaba y lo que había ocurrido y no gritarla. También poner medios de sujeción”*. Según la literatura, la estimulación sensorial se trata con el uso de gafas, audífonos, prótesis dentales que la enfermera pide a los familiares y estos entregan (9)(20)(22); sin embargo, la Sra. Laura precisaba dentadura, pero no fue solicitada.

Como se ha especificado en los resultados de la revisión bibliográfica, los sentimientos más comunes expresados por los familiares son tristeza, cansancio, desesperación (16), compasión, incertidumbre, ansiedad, aprensión por el futuro (17) y

angustia grave (23). En la entrevista, el familiar describe estar viviendo una situación de angustia: *“mucha pena y angustia por verla sufrir. Daba pena verla así”* y expresa cansancio al acompañar a su madre durante la tarde y la noche tras salir de trabajar. No muestra ansiedad, solo incertidumbre y compasión por el futuro de su madre. *“Me gustaría pues que mi madre hubiese recuperado su estado mental”*.

Según la literatura, los síntomas se asocian a un inicio agudo y fluctuante, somnolencia, habla desorganizada, agitación, falta de atención (23) y desorientación (17)(23). En la entrevista el familiar comenta la desorientación *“por las noches se agitaba”*, falta de atención y habla desorganizada *“nos decía cosas sin mucho sentido”*, no observa ningún tipo de agresión. Los artículos consideran que informar al paciente y una comunicación adecuada tranquiliza a la familia (16)(17), pero el hijo de la Sra. Laura percibe falta de información por parte del médico *“... sin ninguna información. Y los médicos que realizaron la operación no nos informaron de nada”*, ausencia de recursos sobre cómo abordarlo y desinformación acerca del pronóstico *“nadie nos dijo un diagnóstico en concreto”*.

Existe poca evidencia y puede ser una futura línea de investigación identificar la mejor forma de educar e informar a la familia y/o cuidadores de pacientes con delirio posoperatorio, con el propósito de ayudarles a identificar y colaborar en el manejo de los pacientes que lo desarrollen. La principal limitación del estudio es las pocas publicaciones localizadas sobre la percepción familiar en el delirio posoperatorio. La percepción negativa del familiar puede ser un sesgo en las aportaciones que ha transmitido durante la entrevista.

Como aspecto de mejora en la práctica, teniendo en cuenta la literatura y la percepción familiar se plantea mejorar la comunicación por parte de los profesionales de la salud a los familiares y cuidadores de personas con delirio. La intervención se debería orientar a: informar, prevenir, abordar o tratar el delirio. Como sugerencia se plantea un plan de cuidados para pacientes con confusión aguda siguiendo el diagnóstico NANDA (ANEXO B – TABLA 3).

7. CONCLUSIÓN

- El delirio posoperatorio es multifactorial, según la literatura destaca la edad seguida de un deterioro cognitivo previo, uso de benzodiazepina u opioides, dolor, alteraciones del sueño y antecedentes de consumo de alcohol y tabaco, siendo la prevención de estos factores la mejor opción para el cuidado del delirio.
- La detección precoz, con herramientas validadas, es esencial para la prevención y evaluación temprana de los factores de riesgo, cuyo objetivo es reducir la incidencia de delirio posoperatorio.
- Según la literatura, las intervenciones para el delirio posoperatorio son multimodales, destacando la promoción de la orientación y del sueño, control del dolor y la presencia familiar. La enfermera, en su competencia de educadora, debe informar al paciente y familiares sobre cómo abordar la situación vivida.
- La comunicación clara y anticipada del equipo sanitario sobre los síntomas, el pronóstico y el tratamiento del paciente, mejora significativamente la comprensión y la confianza de los familiares para responder a la situación del paciente.
- El caso clínico demuestra que la literatura trata e investiga sobre el delirio posoperatorio, pero no siempre se planifican los cuidados recomendados en todos los casos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas E, Battaglia G, Patti A, Brusa J, Leonardi V, Palma A, et al. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly. *Medicine* [Internet]. 2019 Jul;98(27):e16218. DOI: 10.1097/MD.00000000000016218
2. Wang X, Hu J, Wu D. Risk factors for frailty in older adults. *Medicine* [Internet]. 2022 Aug 26;101(34):e30169. DOI: 10.1097/MD.00000000000030169
3. Bai F, Leng M, Zhang Y, Guo J, Wang Z. Effectiveness of intensive versus regular or no exercise in older adults after hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2023 Jan;27(1):100482. DOI: 10.1016/j.bjpt.2023.100482
4. Hua Y, Yuan Y, Wang X, Liu L, Zhu J, Li D, et al. Risk prediction models for postoperative delirium in elderly patients with hip fracture: a systematic review. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Sep 15;10. DOI: 10.3389/fmed.2023.1226473
5. Wang C, Tan B, Qian Q. The impact of perioperative enhanced recovery nursing model on postoperative delirium and rehabilitation quality in elderly patients with femoral neck fractures. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2023 Dec 6;24(1):947. DOI: 10.1186/s12891-023-07068-4
6. Qi Y ming, Li Y juan, Zou J hong, Qiu X dong, Sun J, Rui Y feng. Risk factors for postoperative delirium in geriatric patients with hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2022 Aug 3;14. DOI: 10.3389/fnagi.2022.960364
7. Meyer M, Götz J, Parik L, Renkawitz T, Grifka J, Maderbacher G, et al. Postoperative delirium is a risk factor for complications and poor outcome after total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthop* [Internet]. 2021 Nov 2;92(6):695–700. DOI: 10.1080/17453674.2021.1980676
8. Liu XH, Zhang QF, Liu Y, Lu QW, Wu JH, Gao XH, et al. Risk factors associated with postoperative delirium in elderly patients undergoing hip surgery. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023 Oct 19;14. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1288117
9. Bozkul G. Postoperative Delirium and Evidence-Based Nursing Management in Geriatric Patients. *Journal of Education and Research in Nursing* [Internet]. 2023;20(4)399–405. DOI: 10.14744/jern.2021.21262
10. Flores-Oñate G, Ceballos-Vásquez P, Mejías-Parada R. Cuidados para el manejo de delirio en Unidades de Paciente Crítico: una revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2021;(59). DOI: 10.14198/cuid.2021.59.15
11. Plaza-Carmona M, Requena-Hernández C, Jiménez-Mola S. Predictors of Delirium in Octogenarian Patients Hospitalized for a Hip Fracture. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Oct 14;17(20):7467. DOI: 10.3390/ijerph17207467
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596

13. Shenkin SD, Fox C, Godfrey M, Siddiqi N, Goodacre S, Young J, et al. Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method. *BMC Med* [Internet]. 2019 Dec 24;17(1):138. DOI: 10.1186/s12916-019-1367-9
14. Di Santo L. Postoperative cognitive decline: the nurse's role in identifying this underestimated and misinterpreted condition. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2019 Apr 11;28(7):414–20. DOI: 10.12968/bjon.2019.28.7.414
15. Lee Y, Lee J, Kim J, Jung Y. Non-Pharmacological Nursing Interventions for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adult Patients: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Aug 22;18(16):8853. DOI: 10.3390/ijerph18168853
16. Featherstone I, Hosie A, Siddiqi N, Grassau P, Bush SH, Taylor J, et al. The experience of delirium in palliative care settings for patients, family, clinicians and volunteers: A qualitative systematic review and thematic synthesis. *Palliat Med* [Internet]. 2021 Jun 30;35(6):988–1004. DOI: 10.1177/02692163211006313
17. Lin L, Peng Y, Zhang H, Huang X, Chen L, Lin Y. Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open* [Internet]. 2022 Jul 17;9(4):1933–42. DOI: 10.1002/nop2.1214
18. Arroyo Rodríguez A, Amezcua M, Orkaizagirre Gómara A. Diez claves para la elaboración de un Estudio de Caso cualitativo. *Index de enfermería digital*. 2023 Sep 18;e14663. DOI: 10.58807/indexenferm20235871
19. Kappen PR, Kakar E, Dirven CMF, van der Jagt M, Klimek M, Osse RJ, et al. Delirium in neurosurgery: a systematic review and meta-analysis. *Neurosurg Rev* [Internet]. 2022 Feb 16;45(1):329–41. DOI: 10.1007/s10143-021-01619-w
20. Melguizo-Herrera E, Acosta-López A, Gómez-Palencia IP, Manrique-Anaya Y, Hueso-Montoro C. The Design and validation of a Nursing Plan for Elderly Patients with Postoperative Delirium. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Nov 15;16(22):4504. DOI: 10.3390/ijerph16224504
21. Ruppert MM, Lipori J, Patel S, Ingersent E, Cupka J, Ozrazgat-Baslanti T, et al. ICU Delirium-Prediction Models: A Systematic Review. *Crit Care Explor* [Internet]. 2020 Dec 16;2(12):e0296. DOI: 10.1097/CCE.0000000000000296
22. Sousa L, Simões C, Araújo I. Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2019 Dec;(22). DOI: 10.19131/rpesm.0263
23. Martins S, Pinho E, Correia R, Moreira E, Lopes L, Paiva JA, et al. What effect does delirium have on family and nurses of older adult patients? *Aging Ment Health* [Internet]. 2018 Jul 3;22(7):903–11. DOI: 10.1080/13607863.2017.1393794
24. NNNConsult. Elsevier. 2015 [cited 2024 May 18]. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Consultado el 18 de mayo de 2024] Available from: <http://www.nnnconsult.com/>

ANEXOS

ANEXO A – Consentimiento informado.

Título del estudio:

Yo,

He hablado con

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información y respuestas adecuadas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - cuando quiera.
 - sin tener que dar explicaciones.
 - sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

De conformidad con lo que establece el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, declaro haber sido informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información y **presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.**

Firma del participante.

Firma del investigador.

Deseo que me comuniquen la información derivada de la investigación que pueda ser relevante para mí salud:

SI NO

Firma del participante.

Firma del investigador.

Revocación del consentimiento informado

Yo _____ deseo informar de mi decisión de retirarme de este proyecto de investigación y que mis datos no se incluyan en el mismo.

Firma del participante.

Firma del investigador.

ANEXO B - Entrevista al familiar. Fuente: elaboración propia.

Presentación y explicación de trabajo que se va a realizar, el consentimiento informado y la grabación de la entrevista. Acepta verbalmente y de forma escrita participar y se agradece participar en el estudio y se comienza la entrevista.

P: me gustaría saber cómo vivió desde su perspectiva la fractura de cadera, como vivió aquellos momentos previos.

I: Bueno, pues lo fractura ocurrió el día 27 de noviembre, y yo me entré al día siguiente, porque en la residencia en la que estaba, no nos informaron hasta el día siguiente, el 28. Llamaron a mi hermana de que mi madre estaba en la ambulancia de camino al hospital por una posible fractura de cadera. El proceso fue que el día 27 se cayó de la silla de ruedas y las enfermeras no nos dijeron nada ya que no pensaban que podía haber una rotura. Nosotros vimos el video de la caída donde no estaba vigilada ni acompañada por ninguna persona. Al día siguiente el médico lo miró y determino llevarla al hospital. Allí la hicieron una placa y más pruebas y sobre las 14:00h del día 28 determinaron que tenía rota la cadera.

P: Según los informes, el 23/05/2023 diagnosticaron a su madre de un inicio de deterioro cognitivo. ¿Qué ocurrió a partir de ahí?

I: Sí, ella vivía sola en el pueblo, pero debido a su edad empezamos a realizar algunos cuidados como preparar la comida y asearla. Como no podíamos estar en el pueblo todos los días, en septiembre ingreso en una residencia de ancianos, donde empeoró. Empezó a desorientarse, adelgazo mucho, por lo que le costaba más andar.

P: Respecto al ingreso en el hospital, ¿Cómo recibiste la noticia?

I: Yo me entero por mi hermana, que, al no trabajar, me llama sobre las 12:00h que está en observación con mi madre. Lo dije que me iba a acercarme allí, pero me dijo que para qué, que no podía, porque en urgencias en Burgos solo puede entrar una persona. Estuvo en Urgencias hasta que le dieron cama a las 15:30h y es cuando subí a verla. Estaba con muchísimo dolor y nosotros muy indignados con la actuación de la enfermera de estar todo un día con la cadera rota con tanto dolor.

P: Crees que no recibiste bien la noticia.

I: Claro que no, me gustaría que me hubieran dado la noticia en el momento en el que ocurrió y con más delicadeza y por parte de la residencia, no por parte de mi hermana, cuando ya estaba mal.

P: ¿A ti no te llamó la residencia?

I: No, la residencia tenía los dos números de teléfono y solo llamaron a mi hermana.

P: ¿Qué pensaste durante la intervención quirúrgica?

I: Bueno, los médicos la operaron al día siguiente, el 29 por la mañana, en el segundo turno de operaciones. Ya nos dijeron que era una operación difícil por la edad, pero que tenían buen pronóstico ese tipo de operaciones. Durante la operación nos mandaron irnos a casa porque entre que la operaban y la metían a la URPA pasaba mucho tiempo. Cuando estábamos comiendo me llamó el médico, diciendo que en la URPA no remontaba, que tenía problemas, que él creía que no remontaba y que había posibilidad de fallecimiento, porque no remontaba, tenía poca sangre y estaba en mal estado.

P: ¿Crees que fue bien informado por todos los sanitarios durante la intervención o justo al finalizar la intervención?

I: Previo a la intervención sí. Nos informaron de todo el proceso de lo que iban a hacer. Durante la reanimación el médico no nos trató bien, ya que nos llamó diciendo que se moría, sin más, sin nada previo, sin ninguna información. Y los médicos que realizaron la operación no nos informaron de nada.

P: ¿Después de la operación cree que los cuidados enfermeros fueron los correctos?

I: Sí, por parte de la enfermería la mayoría se portaron bastante bien y nos iban informando de todo. Mas crítica contra los médicos porque cuando salió de la URPA pasaron unos días y no tenía más que fuertes dolores y una desorientación muy grande, dijimos que la sedaran a los tres o cuatro días. El médico no era partidario de la sedación por sus temas religiosos o culturales y con palabras textuales nos dijo "yo a mi madre no la sedaría", pero nosotros dijimos que nosotros a la nuestra sí. No quiso sedarla al principio,

pero cuando nos enfrentamos al médico y a una enfermera que tampoco estaba de acuerdo, les dijimos que era necesario porque tenía muchísimos dolores. Nosotros creemos que lo dijimos el día 3, por la mañana no querían, pero a la tarde ya dijo que no había otra solución. Tenía mucho dolor y un deterioro cognitivo que no recuperaba, no era casi consciente después de la operación, pensábamos que lo mejor era que no sufriese.

P: ¿Cómo le gustaría que hubiesen tratado a su madre?

I: Pues con un poco más de humanidad, porque cuando no hay remedio, es mejor que no sufran y fallezcan, yo creo que es lo mejor.

P: ¿Notaste algún empeoro del deterioro cognitivo o algún signo de delirio después de la operación?

I: sí, ya te digo, después de la operación, la hablábamos y solo nos hacía gestos, no nos contestaba, solo nos decía cosas sin mucho sentido. No sabíamos si nos reconocía y por las noches se agitaba y empezaba a hablar, no sé si era debido al dolor. Además, por la fractura no volvió a andar y perdió la movilidad.

P: ¿en algún momento le comunicaron que su madre estaba sufriendo delirio posoperatorio?

I: No, no nos lo dijeron directamente. Nos comentaron que estaba desorientada debido a la operación y la avanzada edad, pero nadie nos dijo un diagnóstico en concreto.

P: ¿les dejaron acompañar en todo momento a su madre?

I: Sí, sí. En todo momento nos dejaron estar con ella, incluso no había problema con estar 2 o 3 personas en la habitación. No tuvimos problema de estar durante el día y la noche. Yo me quedaba por las tardes y noche y mi hermana por la mañana. Pudimos estar los 3, es más cuando vieron el proceso en el que estaba, 2 o 3 días antes del fallecimiento, la llevaron a una habitación individual, donde pudimos estar más cómodos.

P: ¿Cuándo notaba que tenía más dolores y estaba desorientada, las enfermeras realizaron cuidados enfermeros?

I: sí, cuando notábamos que tenía algún dolor o cambiaba su comportamiento, llamábamos a las enfermeras y ponían algún calmante en vena o analgesia, no sé lo que era. Intentaban comunicarse con ella. En cuanto llamábamos acudían.

P: ¿en algún momento tu madre estaba más orientada debido a las intervenciones enfermeras?

I: no se si sería por las enfermeras, pero por el día estaba más tranquila, nos miraba y decía que quería irse a casa; pero ninguna noche estuvo orientada.

P: Por la noche, ¿había ruidos de alarmas en la habitación o conversaciones muy altas de las enfermeras?

I: las enfermeras intentaban siempre hacer las cosas lo mejor posible sin ruido, pero sí que sonaban muchas alarmas.

P: para el ruido, ¿se la ofrecieron tapones para los oídos?

I: no, no. Nunca la pusieron tapones, ni nos lo propusieron.

P: durante el día, ¿se quedaba dormida en algún momento?

I: sí, de repente se tranquilizaba y se dormía. Nosotros no la despertábamos porque así descansaba algunos ratos y no sufría.

P: ¿Qué sentiste al ver a tu madre de aquella manera?

I: mucha pena y angustia por verla sufrir. Daba pena verla así. No entendía como de un día para otro había cambiado tanto su estado de salud. También algo de enfado contra la residencia ya que, si no hubiera ocurrido la caída y hubiera estado vigilada, no estaría en esa situación. Mi hermana estaba muy enfadada con la residencia por eso pidió el video de la caída.

P: ¿Por qué piensas que pudo ser el causante de desarrollar el delirio?

I: hombre yo creo que como ya tenía una edad avanzada y un poco de deterioro cognitivo, tuvo que afrontar una operación de cadera con complicaciones que le pudo causar muchas secuelas. Yo creo que fue debido a ello.

P: ¿Qué pensaste que era lo mejor para ella cuando la visto con delirio?

I: pues lo mejor para ella sería volver al pueblo a la casa en la que había vivido siempre, con sus amigas y vecinos; pero debido a la situación en la que estaba era imposible, además de que ahora era una persona totalmente dependiente. En ese momento mis hermanos y yo, vimos que estaba muy mal, había perdido mucha sangre y los médicos nos dijeron que era muy difícil que saliera hacia delante porque no tenían fuerza su corazón ni sus pulmones. No la queríamos ver sufrir y decidimos que la sedación era la mejor opción.

P: ¿te informaron si se la podía pasar el delirio o si era irreversible?

I: No, no nos dijeron nada, solo nos iban informando de la cadera y que había perdido mucha sangre. Yo pensé que ya no iba a volver a estar bien y como a los pocos días falleció, no sabíamos que se podía curar y recuperar su estado mental, pensé que era crónico.

P: ¿observaste si hubo una mejoría o empeoramiento de sus desorientaciones?

I: la verdad que no vi ninguna mejoría es más la veía cada día peor. Siempre agarraba muy fuerte la mano como si se quejara de mucho dolor.

P: ¿recibieron educación sobre los cuidados que tenían que realizar a su madre debido al delirio?

I: sí yo creo que sí, nos dijeron que tenía que estar vigilada y acompañada, orientarla en donde estaba y lo que había ocurrido y no gritarla. También poner medios de sujeción para que no se levantara sola de la silla y ocurriese lo mismo. Yo creo que sí.

P: ¿tras la intervención colocasteis aparatos como gafas, audífonos o dentadura postiza para favorecer la estimulación sensorial?

I: No, ella solo precisaba dentadura postiza, y no se la colocamos porque después de la operación nos dijeron que había riesgo de tragársela.

P: ¿habías vivido alguna vez alguna situación similar con algún familiar con deterioro cognitivo o síntomas de desorientación, falta de atención...?

I: no, no lo había vivido porque el caso más cercano era el de mi padre y cuando murió era consciente y sabía todo lo que le pasaba, es más, siempre decía que quería estar en el pueblo que no le gustaba el hospital, aunque estuviera enfermo.

P: ¿Qué cambiarías una vez vivida la experiencia?

I: Pues una mayor información de la residencia, simplemente que nos hubieran dicho que se había caído, porque luego nos dijeron que no era la primera vez que sucedía. De la operación, un mejor trato, sobre todo del médico de la URPA, cuando nos dijo que no salía y se iba morir, cuando después salió. También más información sobre el delirio porque decía cosas repetidas y no la entendíamos. Por parte de las enfermeras, cuando una de ellas no estaba de acuerdo en aplicar la sedación y no nos trató de forma correcta. Respecto al resto de enfermeras eran muy amables y trataban a mi madre con mucho cariño. Me gustaría pues que mi madre hubiese recuperado su estado mental de antes de la operación para poder saber lo que ella quería, pero creo que hicimos lo mejor por ella.

P: muchas gracias por participar y atenderme, no sé si quieres comentarme algo más.

I: muchas gracias a ti, y gracias por dar visibilidad a estos casos y a las personas mayores que sufren de delirio.

ANEXO C – RESULTADOS

Tabla 1 – Resumen de los artículos analizados. Fuente: elaboración propia.

Ref.	Caspe	Objetivo	Metodología	Resultados
(5)	9/11	Efectos de la introducción del modelo de enfermería de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS) sobre la aparición de delirio posoperatorio y la calidad de la rehabilitación en pacientes ancianos con fracturas del cuello femoral.	Un total de 160 pacientes de edad avanzada con fracturas femorales del cuello, que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron ingresados entre marzo de 2021 y marzo de 2023, se dividieron en dos grupos: el grupo de atención tradicional y el grupo modelo de enfermería ERAS.	<p>OBJETIVO 1: Como factor de riesgo encontramos los medicamentos anestésicos administrados durante la cirugía.</p> <p>OBJETIVO 2: Los resultados de la investigación mostraron diferencias en el número de aparición de delirio a las 48 y 72 h después de la cirugía y la estancia hospitalaria entre el grupo ERAS y el grupo de atención tradicional.</p> <p>Las intervenciones enfermeras del grupo ERAS son: deambulación temprana que reduce la atrofia muscular y minimiza el riesgo de complicaciones. La calidad del sueño, un sueño óptimo está relacionado con el mejor control del dolor, una mejor regulación del estado de ánimo y mejores funciones físicas y cognitivas. La calidad de vida posoperatoria afecta al bienestar físico, psicológico y social.</p> <p>En el grupo ERAS, las enfermeras brindan educación preoperatoria integral sobre el curso de la enfermedad al paciente, demostrando conceptos de atención centrada en el paciente y tratamiento cooperativo.</p> <p>Cambio en el ayuno preoperatorio: el grupo ERAS adoptó un ayuno de 6 horas y restricción de líquidos de 2 horas, aliviando la resistencia a la insulina y el aumento del catabolismo provocado por el hambre, lo que alivia el edema intestinal posoperatorio.</p> <p>Proporcionar la oxigenoterapia al ingreso: Los tejidos cerebrales son sensibles a la hipoxia, una disminución en la síntesis y liberación de acetilcolina, junto con un desequilibrio de oxígeno, puede producir delirio.</p> <p>El uso de una manta térmica durante la cirugía: evita la hipotermia que puede aumentar la tensión del nervio simpático con vasoconstricción periférica, aumento de la viscosidad de la sangre lo que puede causar arritmias y coagulopatías.</p> <p>Tras la operación, el manejo de dolor se controla con la analgesia preventiva, proporcionando el uso de celecoxib hasta el tercer día posoperatorio. El efecto analgésico acumulativo ofrece analgesia preventiva, alcanza concentraciones de fármacos en sangre en estado estacionario en el postoperatorio temprano.</p> <p>El ejercicio funcional del paciente hasta el período preoperatorio y prescripciones de ejercicio individualizadas basadas en la condición del paciente. La deambulación temprana, junto con el uso de rivaroxaban, fomenta el ejercicio muscular y acelera la circulación sanguínea, previniendo así la trombosis.</p>
(7)	10/11	Analizar el impacto de DPO en el resultado después de una artroplastia total de cadera y rodilla	Estudio retrospectivo con 140 pacientes que se han sometido a una artroplastia total de cadera y rodilla	<p>OBJETIVO 1: Los pacientes con complicaciones tras la operación tienen mayor riesgo de DPO. DPO tiene mayor riesgo de reoperación, reingreso y complicaciones. Los factores de riesgo más conocidos son la demencia preexistente, las comorbilidades y la edad. El tiempo de operación, duración de la estancia en el hospital, y enfermedades cerebrovasculares, transfusiones también son factores de riesgo.</p>

Continuación Tabla 1 – Resumen de los artículos analizados. Fuente: elaboración propia.				
(8)	10/11	Establecer una base clínica para prevenir el delirio posoperatorio después de una cirugía de cadera.	Un análisis retrospectivo de registros médicos de pacientes tras una cirugía de cadera, en China. Entre enero de 2022 y agosto de 2022 se recibieron 120 pacientes con cirugía de cadera, tras los criterios de inclusión se seleccionaron 97 pacientes.	<p>OBJETIVO 1: Recopilación de 43 factores de riesgo asociados a la aparición de DPO, en 120 pacientes.</p> <p>Estudios anteriores demostraron que factores de riesgo son: un deterioro cognitivo preoperatorio, niveles de inteligencia reducidos y presencia de demencia; por lo que se eliminaron del estudio, así como los pacientes con problemas de audición y visión.</p> <p>La edad avanzada se relaciona con duraciones de delirio más prolongadas. La frecuencia de DPO aumentó con la edad y aumentó en un 12% por cada incremento de 10 años en la edad.</p> <p>Otros factores de riesgo son: la altura, el sexo masculino, la VSG preoperatorio y posoperatoria; los niveles de lactato preoperatorio y las puntuaciones de dolor el día de la cirugía.</p> <p>No se relacionaron diferencias entre hipertensión, diabetes mellitus y DPO.</p>
(9)		Identificar el delirio posoperatorio e intervenciones de enfermería en pacientes geriátricos de acuerdo con información actual basada en evidencia.	Revisión de la literatura sobre las intervenciones enfermeras en pacientes geriátricos con delirio posoperatorio con información actual basada en evidencia, revisado por pares externos	<p>OBJETIVO 1: Los pacientes con factores de riesgo para desarrollar delirio deber ser evaluados y monitoreado en las 24 primeras horas. Los factores de riesgo fisiopatológicos del delirio posoperatorio son: estrés, fármacos metabólicos, predisposición genética, respuesta inflamatoria, alteración de la barrera hematoencefálica, disfunción cerebral, desequilibrio de electrolitos, deficiencia de acetilcolina, aumento de dopamina y glutamina y anomalías en neurotransmisores.</p> <p>OBJETIVO 2: Las intervenciones para prevenir el delirio posoperatorio incluyen limitar la profundidad de la sedación, administrar analgesia antes y después de la cirugía. Un estudio evaluó que el efecto de la música en el servicio de traumatología y ortopedia, ninguno de los pacientes desarrollo delirio. El paquete “ABCDEF” incluye A: evaluación y tratamiento del dolor con herramientas y escalas para un control adecuado, uso de anestesia regional y complementos no opioides y técnicas de sedación basadas en analgesia con fentanilo. B: pruebas de respiración espontánea, control de satO2 y liberación rápida de ventilación mecánica. C: sedación ligera si es necesaria, evitar benzodiacepinas. D: evaluación y manejo del delirio con herramientas como CAM, intervenciones no farmacológicas e higiene durante el sueño y dexmedetomidina o antipsicóticos si hay agitación. E: movilidad temprana, coordinación de la actividad con la saturación. F: compromiso familiar, reorientación y estimulación cognitiva.</p> <p>Otras actividades son conductuales, rehabilitación, adaptación ambiental, apoyo psicológico y social. La mejora sensorial con uso de anteojos y audífonos, estímulo de la movilidad al menos con actividades dos veces al día, orientación cognitiva, comunicación simple, seguimiento de la ingesta de alimentos y líquidos y mejora del sueño</p>

Continuación Tabla 1 – Resumen de los artículos analizados. Fuente: elaboración propia.			
(10)		Analizar en la evidencia bibliográfica los aspectos que influyen en el desarrollo del delirio, manejo, evaluación objetiva y los cuidados relacionados a la promoción y prevención de éste en los usuarios hospitalizados en unidades críticas.	Revisión integrativa, en bases de datos CINAHL; SCOPUS y Scielo. Fueron seleccionados 19 artículos limitados por año (2016-2017). OBJETIVO 1: el delirio está presente en el 50% de pacientes ventilados de forma espontánea y en el 80% ventilados mecánicamente. El delirio está relacionado con citosinas inflamatorias, daño microvascular, trombosis, alteración del metabolismo oxidativo e inflamación sistemática y la mala perfusión tisular. Entre los factores de riesgo están: edad avanzada, tabaquismos, alcoholismo sin estar clara la asociación, actividad física baja, bajo índice de masa corporal, discapacidad auditiva, fibrilación auricular, antecedentes de accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, trastornos del sueño, depresión, antecedentes de delirio, medicación con benzodiacepinas, neurolépticos y opioides, somnolencia identificada con RASS -1. Los factores precipitantes son la cirugía de emergencia, cirugía abierta, catéteres, medicaciones. OBJETIVO 2: Intervenciones: diagnosticar con herramientas de evaluación de delirio, así se podrá identificar a usuarios con mayor predisposición al delirio, manejo del dolor, un modelo de visita extendida, ya que acorta la duración del delirio, disminuye el estrés y la ansiedad, la movilización temprana, orientación repetida, reducción de ruido, educar a los profesionales para la evaluación, ya que en este estudio solo el 31% utilizaron herramientas validas. Utiliza el Bundle ABCDEF en cuidados críticos.
(15)	8/10	Identificar intervenciones de enfermería no farmacológicas para la prevención y tratamiento del delirio en pacientes adultos hospitalizados.	Revisión sistemática siguiendo las pautas PRISMA. Se incluyeron 9 artículos internacionales: Bélgica, España, Canadá, Irán, China, EE. UU. y Japón. OBJETIVO 2: Intervención multicomponente, atención multidisciplinaria, educación multimedia, escucha de música, tutoría de cuidadores familiares sobre el manejo del delirio, exposición a luz brillante, tapones para los oídos, intervenciones para la presencia familiar y actividades cognitivas. Las intervenciones incluyeron a miembros de la familia, manejo del sueño, orientación, comunicaciones fortalecidas y manejo nutricional.
(16)	8/10	Comprender la experiencia del delirio y su atención en contextos de cuidados paliativos de pacientes, familiares, médicos y voluntarios.	Se realiza una revisión sistemática cualitativa y una síntesis temática. Los 16 estudios se realizan en Australia, Canadá, Reino Unido, EE.UU., Japón, Israel y Nueva Zelanda. OBJETIVO 3: Algunos familiares y personal de enfermería vieron las experiencias angustiantes de los pacientes como expresiones de sufrimiento psicológico, espiritual o existencial. Algunos familiares percibieron el sufrimiento de los pacientes con delirio como multidimensional. Describieron tristeza cuando el delirio interfirió para comunicarse y tener conversaciones. Los familiares estaban molestos y a veces temerosos cuando se enfrentaban a una agresión verbal o física, se angustiaron al presenciar el sufrimiento y se sintieron impotentes ante ello. Describieron sentimientos de extremo cansancio y desesperación. Los familiares expresaron diferentes necesidades de apoyo. Algunos se sintieron apoyados cuando el personal alivió su carga de atención y les permitió descansar. Otros tras recibir tranquilidad y apoyo sobre cómo cuidar al paciente. La familia consideró que sería útil recibir información relacionada con las causas del delirio, los síntomas, el tratamiento, el malestar del paciente, cómo abordarlo, el pronóstico y el proceso de muerte y que sería útil recibirla con antelación. Los familiares del estudio de Gagnon que recibieron información escrita y verbal dijeron que esto mejoró su comprensión y confianza para responder a los síntomas, les permitió pasar más tiempo con el paciente y redujo su propia angustia. La familia describió que las enfermeras tratan a los pacientes como individuos, con amabilidad y respeto.

Continuación Tabla 1 – Resumen de los artículos analizados. Fuente: elaboración propia.				
(17)	8/10	Determinar si la intervención de atención centrada en la familia reduce la prevalencia del delirio de la UCI.	Revisión sistemática y metaanálisis siguiendo las pautas PRISMA. Se seleccionaron 7 artículos, 3 fueron de ECA y 4 cusialeatorios.	OBJETIVO 3: Los familiares sintieron compasión, incertidumbre y ansiedad, así como aprensión sobre el futuro. Describieron la desorientación y distorsiones de percepción de los pacientes. Valoraron la comunicación con el equipo, la participación en el cuidado y signos de recuperación. Las familias valoraron estar comprometidas e incluidas en los esfuerzos por orientar al paciente.
(19)	9/10	Evaluar el diagnóstico, la incidencia, los factores de riesgo y resultados de salud del delirio en esta población.	Revisión sistemática y metaanálisis en las bases de datos de Embase, Medline, Web of Science, PsycINFO, Cochrane desde el inicio hasta el 31 de marzo de 2021. Se incluyeron 20 en análisis cualitativo y 18 en análisis cuantitativo.	OBJETIVO 1: Se presentaron los factores de riesgo de 8 estudios. La edad en 4 estudios, el sexo masculino en tres, las alteraciones del sueño y cirugía de mayor duración en 2 estudios. El resto solo en un estudio: menos nivel de educación secundaria, mal estado funcional, hemoglobina baja, consumo de tabaco, alteraciones de electrolitos, temperatura > 38,5°C, anestesia de duración, patología de meningioma, adenoma pituitario, zona de silla de montar, hipertensión, signo de monte Fuji, duración de la estancia preoperatoria, deterioro cognitivo y tumores. La mea-regresión se realizó para la edad y el género, donde no se encontró una correlación con la aparición de delirio. La mayor incidencia de delirio se encontró en paciente tras una cirugía neurovascular, posiblemente por isquemia cerebral, hipoxia y estrés oxidativo.
(20)	9/10	Diseñar y validar un plan de cuidados de enfermería para pacientes ancianos con delirio postoperatorio	Revisión sistemática para identificar las intervenciones enfermeras. Estas intervenciones se agruparon en tres líneas de atención: evaluación del estado cognitivo, intervenciones no farmacológicas e intervenciones farmacológicas. Se utilizó el método Delphi con 36 enfermeras en la primera ronda y 33 en la segunda	OBJETIVO 1: Una edad mayor de 65 años ha sido descrita como un factor de riesgo para el delirio postoperatorio. OBJETIVO 2: las enfermeras eligieron los diagnósticos NANDA: riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral, patrón de sueño perturbado, confusión aguda, disminución del gasto cardiaco, nutrición desequilibrada: inferior a las necesidades corporales, deficiencia de la movilidad física, dolor agudo y patrón de respiración ineficaz. Siendo los de mayor porcentaje los dos primeros con un 98,1% en la primera ronda. En la segunda ronda el diagnóstico nutrición desequilibrada: inferior a las necesidades corporales obtuvo un 100%. Entre las intervenciones identificadas se destaca el manejo de la cognición, el sueño y la comodidad. El uso de una técnica como el paquete ABCDE afecta la promoción de un ambiente cómodo y seguro para el paciente. Los objetivos relacionados con los NOC incluyen facilitar el uso de lentes o dispositivos auditivos, haloperidol a dosis bajas y tratamiento con morfina. Finalmente escogieron varias intervenciones entre las que se encuentran: manejo de delirio, monitorización neurológica, mejora de la autoconciencia, mejora de la autoconciencia, enseñanza: ejercicio prescrito, estimulación cognitiva, mejora de la comunicación: déficit del habla y déficit auditivo, monitorizar signos vitales: mantener presión arterial promedio a 80mmHg, monitorear los niveles de hematocrito y hemoglobina, monitoreo y gestión nutricional: permitir acompañar a los familiares durante las horas de comida, mejora del sueño: reduzca el sueño durante el día a siestas cortas, gestión ambiental, terapia musical, estimular el ejercicio físico y mental durante el día, evitar medicamentos sedantes, manejo del dolor, monitorear la saturación de O2 y administrar oxigenoterapia 3-4L/min., facilitar la accesibilidad a la campana, mantener en fowler si es posible.

Continuación Tabla 1 – Resumen de los artículos analizados. Fuente: elaboración propia.				
(21)	9/10	Resumir el desempeño y el desarrollo de los modelos de predicción del delirio en la UCI publicados en los últimos 5 años.	Revisión sistemática en PubMed, Embase, Cochrane Central, Web of Science y CINAHL. De los 18 estudios incluidos, 12 se referían al desarrollo de nuevos modelos de predicción y seis con la validación de modelos existentes.	OBJETIVO 1: Factores de riesgo: edad, puntuación APACHE II, coma, ventilación mecánica, uso de sedantes, uso de morfina, urea sérica, acidosis metabólica, ingreso urgente y categoría de ingreso. Factores predisponentes: antecedentes de deterioro cognitivo y antecedentes de consumo de alcohol.
(22)		Identificar intervenciones autónomas de enfermería que previenen la confusión aguda en pacientes adultos ingresados en UCI.	El método utilizado fue una revisión integradora de la literatura sobre intervenciones autónomas de enfermería que previenen la confusión aguda en adultos ingresados en UCI. Los 8 estudios que componen la revisión integrativa se distribuyen en diferentes tipos de métodos: 3 metodología cuantitativa (2 estudios descriptivos y exploratorios y 1 experimental controlado); 3 son cualitativos y 2 son revisiones de la literatura.	OBJETIVO 1: El dolor puede aumentar la agitación psicomotora y ser un factor de riesgo. La alteración del sueño se considera un factor de riesgo. OBJETIVO 2: Las intervenciones se dividieron en 7 áreas. 1. Promoción de la estimulación sensorial: el uso de gafas, audífonos, dentaduras son importantes para promover la orientación temporal y espacial. 2. Promoción de la orientación: llamar por su nombre, explicación de los cuidados, uso de pizarras, fotografías, calendarios, relojes, habitación con ventanas y luz natural. 3. Participación familiar: involucrar a la familia, ampliando los horarios de visita. Se debe informar a la familia sobre que es la confusión aguda y sobre estrategias preventivas. 4. Manejo del dolor: se deben usar estrategias no farmacológicas y analgesia. 5. Gestión ambiental: promover un ambiente tranquilo, aireado, luminoso según la fase del día. Reducir el volumen de las alarmas, cerrar puertas, tapones para los oídos, disminuir el tono de conversaciones. 6. Promoción el sueño: un sueño de 4 a 8 horas por la noche, controlar luz y ruidos, técnicas de relajación. 7. Movilización temprana y posicionamiento: ejercicios pasivos, posicionar cada 2 horas, sentar en el borde de la silla, trasladar al sillón.
(23)	10/11	Analizar el nivel de angustia causada por el delirio en los familiares de los pacientes y sus enfermeras, e identificar factores asociados con la angustia psicológica en familias de pacientes.	Se llevó a cabo un estudio piloto prospectivo con familias y enfermeras de pacientes adultos mayores ≥ 65 años del Servicio de Medicina Intensiva de un Hospital Universitario. El delirio se evaluó con el test CAM.	OBJETIVO 3: Se identificaron 107 pacientes de ≥ 65 años y hospitalizados, 53 fueron excluidos por primera vez y de los 54 pacientes restantes, 12 fueron excluidos posteriormente por abandono. De 42 pacientes, 32 familiares estuvieron presentes durante la hospitalización y todos aceptaron participar en el estudio. Los familiares tenían una edad media de 50,6 años, la mayoría mujeres y casados. El 36% vivían con el paciente. Los familiares identificaron inicio agudo y fluctuación (100%), somnolencia (90,9%), habla desorganizada (63,6%), desorientación (63,6%), agitación psicomotora (54,5%) y falta de atención (54,5%). Los familiares expresaron malestar con exceso de somnolencia, agitación psicomotriz y el habla desorganizada. El nivel medio de angustia familiar en la escala Likert de cinco puntos fue 3 y el 66,7% informó angustia grave. La edad se asoció con una mayor angustia entre los miembros más jóvenes de la familia.

Tabla 3 – Plan de cuidados. Fuente: (24).

Plan de cuidados enfermeros	
Diagnostico NANDA	
[00128] Confusión aguda r/c alteración del ciclo sueño-vigilia, deterioro de la movilidad física, malnutrición y dolor m/p disfunción cognitiva, alucinaciones, agitación psicomotora y percepción errónea	
NOC	
[0916] Nivel de delirio	
Indicadores:	
Escala 14 grado de un estado o respuesta negativo o adverso.	
[91601] Desorientación temporal de 2 a 3	
[91602] Desorientación espacial de 2 a 3	
[91617] Trastorno del patrón sueño-vigilia de 3 a 4	
[91605] Deterioro cognitivo de 2 a 2	
NIC	NIC
[6440] Manejo de delirio	7110] Fomentar la implicación familiar
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> – Identificar el delirio precozmente con escala validada y documentar el subtipo. – Administrar oxigenoterapia evitando la hipoxia como factor de riesgo de delirio. – Utilizar terapia farmacológica como analgesia preventiva para controlar el dolor y evitando el dolor como factor de riesgo. – Orientar mediante pistas ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios), estimular la memoria, reorientar y promover una conducta adecuada. – Promocionar el sueño con siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño. Observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor o molestias y frecuencia urinaria) y psicológicas como miedo o ansiedad. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. – Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados. – Realizar movilizaciones y cambios posturales según capacidades. – Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la estimulación sensorial (dentaduras postizas). 	<ul style="list-style-type: none"> – Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente. – Indicar a los familiares como vigilar y afrontar los síntomas del paciente agitado. – Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos y conductas. – Solicitar a la familia el uso de dispositivos que aumenten la estimulación sensorial (dentaduras postizas). – Proporcionar información relevante a los miembros de la familia sobre el paciente y su pronóstico.