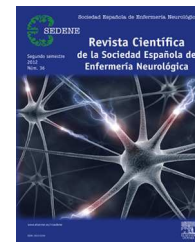


Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



CARTA AL EDITOR

Actuar frente al delirium salva vidas

Acting against delirium saves lives

Sr. Editor:

El delirium en el anciano se caracteriza por una alteración del nivel de consciencia y un cambio de las funciones cognitivas que se desarrollan a lo largo de un breve periodo de tiempo y que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia.

En el año 1994 se publicaron los criterios diagnósticos del delirium en el DSMIV, que establecían los siguientes:

1. Criterio A: alteración de la conciencia junto a una disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
2. Criterio B: cambio en las funciones cognitivas o presencia de un trastorno de la percepción que no se explica por una demencia preexistente, establecida o en desarrollo.
3. Criterio C: la alteración se desarrolla en corto periodo de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día.
4. Criterio D: demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración está causada por:
 - Enfermedad médica.
 - Intoxicación por sustancias o efectos secundarios de los fármacos.
 - Síndrome de abstinencia.
 - Múltiples etiologías.
 - Etiología incierta.

Para detectar esta afección tan prevalente en los pacientes ancianos, sobre todo en los que padecen demencia de cualquier tipo¹, y en especial en los que han sido intervenidos de fractura de cadera, tenemos a nuestra disposición el *Confusion Assessment Method* (CAM)², que está validado en este tipo de pacientes. Esta escala se creó basándose en los criterios diagnósticos del DSM III-R e incluye los siguientes ítems:

1. Inicio agudo y curso fluctuante.
2. Inatención.
3. Pensamiento desorganizado.
4. Nivel de conciencia alterado.

Debiendo, para ser positivo, estar presentes los 2 primeros (1 y 2) y al menos uno de los 2 siguientes (3 y 4).

Esta enfermedad en muchas ocasiones es reversible, a diferencia de la demencia, pero está demostrado en la bibliografía que su presencia aumenta considerablemente la mortalidad y morbilidad en los pacientes³. Es por ello por lo que en nuestro servicio, y concretamente en la unidad de Orto geriatria, decidimos crear un grupo multiprofesional formado por médicos y enfermeras para prevenir, detectar y tratar esta comorbilidad.

Los fármacos neurolépticos son usados con mucha frecuencia en los pacientes que padecen delirium y su uso está avalado en las guías de tratamiento, pero de la misma forma en otros estudios se recomiendan las terapias no farmacológicas al menos de manera coadyuvante⁴; es por lo que en este grupo de trabajo nos hemos querido centrar en ellas.

Como medida inicial de actuación hemos realizado un póster (fig. 1) para que todo el personal en contacto con el paciente (celadores, auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos) pudiera colaborar en prevenir, detectar y tratar el delirium.

Este póster contiene información de los factores precipitantes del delirium, qué hacer para evitarlo, cómo detectarlo y algunas conductas a seguir si aparece. Se ha diseñado para ser colocado en los controles de enfermería de la Unidad de Orto geriatria a la vista de todo el personal y se ha insistido en su lectura y su puesta en marcha.

Tras la realización de la memoria del año 2011 y la constatación de aumento progresivo de la incidencia de delirium en los pacientes intervenidos de fractura de cadera, se elaboró un plan de actuación. El simple hecho de transmitir al personal la intención de elaborar y divulgar dicho plan, ya ha tenido repercusión en la concienciación del mismo, objetivándose una disminución del síndrome confusional. Estamos convencidos de que en un futuro próximo, tras la implementación del póster, continuará disminuyendo la incidencia.

Es fundamental en un Servicio de Geriatria que todo el personal conozca (en la medida de sus posibilidades) las pautas de actuación y las medidas de prevención frente al delirium. Si conseguimos reducir su incidencia la mortalidad y morbilidad de nuestros pacientes será menor, aumentando la calidad de vida de los cuidadores, muchas veces superados por estas circunstancias.

Sigue siendo un reto hoy en día que todos los profesionales sanitarios sepan tratar correctamente el delirium en el anciano. Demostrado está que el conocimiento del mismo

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA



Grupo prevención del delirium. Servicio de Geriátria. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza

Dr. José Luis Bonafonte Marteles, Dña María Ángeles Carnicer Navarro, Dra. Raquel María Quílez Pina, Dra María Elena Castro Vilela, Dña Rosa María Arbiol Latorre, Dña Sofía Roda Gonzálvez, Dra. Pilar Mesa Lampre

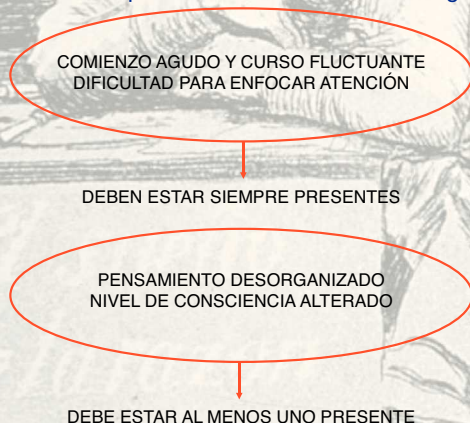
FACTORES PRECIPITANTES: Fractura de cadera, retención aguda de orina, estreñimiento, dolor, anemia, hipoxia, hipoglucemia, deshidratación, contención mecánica, proceso quirúrgico urgente, infección, sondas, venoclisis, fármacos.

¿QUE HACER PARA EVITARLO?



DETECCIÓN DEL DELIRIUM

Escala CAM para detectar Sd confusional agudo



CONDUCTA A SEGUIR



BIBLIOGRAFÍA:

- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) clinical guideline. Delirium: diagnosis, prevention and management. BMJ 2010;341:c3704
- An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. Vidán MT, Sánchez E, Alonso M et al. J Am Geriatr Soc. 2009;57(11):2029-36
- Cost-effectiveness of multi-component interventions to prevent delirium in older people admitted to medical wards. Akunne A, Murthy L, Young J. Age Ageing. 2012;41(3):285-91
- Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Annals of Internal Medicine. Inouye SD, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP. 1990.113(12):941-948

Figura 1 Póster para actuar frente al delirium utilizado en nuestro servicio.

reduce su incidencia⁵, por ello es clave que los especialistas, tanto médicos como enfermeras en Geriátría, promuevan y difundan estos conocimientos.

Bibliografía

1. Travers C, Byrne G, Pachana N, Klein K, Gray L. A prospective observational study of dementia and delirium in the acute hospital setting. *Intern Med J.* 2013;43:262–9.
2. Inouye SD, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP. Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113:941–8.
3. González M, Carrasco M. Delirium: marcador de estado del paciente geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:38–41.
4. Durán Alonso JC, Pageo Giménez M. Tratamiento no farmacológico del delirium. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:25–32.
5. McAiney CA, Patterson C, Coker E, Pizzacalla A. A quality assurance study to assess the one-day prevalence of delirium in elderly hospitalized patients. *Can Geriatr J.* 2012;15:2–7.

José Luis Bonafonte Marteles*, Raquel María Quílez Pina, María Elena Castro Vilela y María Ángeles Carnicer Navarro

Servicio de Geriátría, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlbm15@hotmail.com

(J.L. Bonafonte Marteles).