

Eficacia de un plan de cuidados de enfermería específico para el paciente con delirio

Effectiveness of a Specific Nursing Care Plan for the Patient with Delirium

María José Recasens López¹ <http://orcid.org/0000-0002-2889-8743>

Alberto Villamor Ordozgoiti^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-3108-349X>

María Teresa Sanz Díez¹ <http://orcid.org/0000-0002-8764-0793>

María Teresa Sánchez Morillo¹ <http://orcid.org/0000-0002-7353-9010>

Ramón Serna Landete¹ <http://orcid.org/0000-0003-3165-777X>

Yolanda Asensio Rubio¹ <http://orcid.org/0000-0001-6416-3464>

¹Hospital Clinic de Barcelona. España.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: avilla@clinic.ub.es

RESUMEN

Introducción: El síndrome confusional agudo o delirio es un trastorno psiquiátrico severo frecuente en pacientes mayores ingresados, tiende a agravarse en las horas del final de la tarde y nocturnas, con un gran impacto en los cuidados nocturnos.

Objetivos: Evaluar la eficacia de los cuidados de enfermería específicos ante el delirio nocturno en pacientes hospitalizados.

Métodos: Ensayo clínico cuasi-experimental en dos unidades de hospitalización de Medicina Interna de un hospital de alta complejidad. Se identificaron un grupo control y un grupo experimental, mediante muestreo de conveniencia. En ambos grupos, se seleccionaron pacientes con delirio, mediante la escala validada *Intensive Care Delirium Screening Checklist*. Se expuso al grupo experimental a plan de cuidados específico basado en bibliografía y plan de cuidados estándar al grupo control. Sobre resultados de indicadores de delirio, pre y posaplicación de planes de cuidados en ambos grupos, se realizaron pruebas de contraste (ANOVA, t-Student y Chi²-test de Fisher).

Resultados: Con incidencia de 12-15 %, los grupos control y experimental mostraron resultados homogéneos en el test del delirio PRE ($p > 0,05$). La edad, motivo de ingreso, género, y número de interrupciones durante el sueño, no mostraron repercusión sobre los resultados de delirio. Tras la aplicación de los planes de cuidados, el grupo experimental mostró reducción significativa de los índices de delirio ($p < 0,05$), y no se obtuvieron cambios significativos en el grupo control ($p > 0,05$).

Conclusiones: El plan de cuidados específico a pacientes con delirio demostró ser eficaz al mejorar los indicadores del test de delirio y evitar el empeoramiento del cuadro.

Palabras clave: Delirio; atención de enfermería; cuidados nocturnos.

ABSTRACT

Introduction: Acute confusional syndrome or delirium is a severe psychiatric disorder of frequent presentation in hospitalized elderly patients. It worsens likely in the late afternoon and evening hours, with a great impact on night care.

Objectives: To evaluate the effectiveness of specific nursing care for sundown delirium in hospitalized patients.

Methods: Quasi-experimental clinical trial in two hospitalization units of internal medicine of a high-complexity hospital. A control group and an experimental group were identified by convenience sampling. In both groups, patients with delirium were selected, using the validated scale Intensive Care Delirium Screening Checklist. The experimental group was exposed to a specific care plan, considering the bibliography; and the control group was exposed to a standard care plan. Regarding the results of delirium indicators, before and after the application of the care plans in both groups, contrast tests were performed (ANOVA, t-Student and Fisher's Chi-square test).

Results: With an incidence of 12-15%, the control and experimental groups showed homogeneous results in the delirium test PRE ($p > 0.05$). Age, reason for admission, gender, and number of interruptions during sleep did not show repercussion on delirium results. After the application of the care plans, the experimental group showed a significant reduction in delirium rates ($p < 0.05$), and no significant changes were obtained in the control group ($p > 0.05$).

Conclusions: The specific care plan for patients with delirium was shown to be effective in improving the indicators of the delirium test and avoiding the worsening of the health status.

Keywords: Delirium; nursing care; night care.

Recibido: 2016/11/17

Aprobado: 2017/04/09

INTRODUCCIÓN

El síndrome confusional agudo (SCA) o delirium es un trastorno psiquiátrico severo frecuente en pacientes ingresados, ^(1,2,3,4,5,6) con una incidencia hospitalaria de 10-30 %, puede llegar a 60 % en mayores de 65 años. Frecuentemente el delirio está infra diagnosticado (32-67 % de los casos), con una evidente consecuencia negativa tanto por el impacto que supone para el paciente/familia como por el riesgo de persistencia del síndrome por no tratarse tempranamente. Debe abordarse como una urgencia clínica, y es además un indicador de calidad asistencial y un indicador precoz de demencia. ^(5,6,7,8)

El delirio es de etiología multifactorial, con base orgánica, prevenible y reversible. De inicio agudo, transitorio y curso fluctuante en horas y días, con alteración del ciclo vigilia-sueño, se manifiesta con una alteración de la conciencia y cambios de las funciones cognitivas, atención, orientación, memoria y pensamiento, además, pueden darse ideas delirantes y alucinaciones. ^(5,9,10) Puede presentarse desde un punto de vista clínico de forma hiperactiva (agitación, inquietud) de mejor pronóstico, hipoactiva (somnia, letargia) y mixta (fluctuación entre las anteriores). ^(2,4) Resulta de la interacción de tres elementos: Vulnerabilidad del paciente (edad avanzada, alteraciones cognitivas previas, discapacidades sensoriales), factores ambientales (inmovilidad prolongada, hospitalización y práctica de intervención quirúrgica u otros procedimientos, pacientes en aislamiento) y alteraciones fisiológicas

(fiebre, dolor, hipotensión).^(6,9) Una vez diagnosticado, debe averiguarse la causa que lo ha desencadenado. De la prontitud del diagnóstico y tratamiento depende el pronóstico. Este trastorno se puede alargar en el tiempo hasta meses y años, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar una demencia y repercute en costos sanitarios, mayor morbilidad, mortalidad y sufrimiento paciente/familia.^(2,4,5)

El delirium se puede confundir según su manifestación con la depresión o la demencia en el mayor, de ahí la importancia de su diagnóstico diferencial.⁽³⁾ Con frecuencia, en pacientes con demencia establecida, se da el síndrome de la puesta de sol, crepuscular, *sundowning* o *sundown syndrom*, cuyas características son muy parecidas al SCA. El síndrome crepuscular se da en pacientes con demencia o Alzheimer; su inicio es progresivo, y se manifiesta al atardecer o durante la noche. El paciente, comúnmente institucionalizado, presenta cambios en el comportamiento a nivel motor, repetición de movimientos (tirar/coger cosas, tocar su ropa, las sábanas, camión, movimientos como coser) inquietud y agitación. A nivel expresivo, puede gritar, gemir, murmurar repetitivamente. Puede presentar síntomas idénticos al SCA.^(1,11,12) Todo esto junto con la confusión y desorientación tiene como resultado un estado de miedo y ansiedad, manifestado mediante ira, irritabilidad, así como momentos de apatía, tristeza y depresión. Otra consecuencia común en ambos síndromes es el insomnio, que puede derivar a una somnolencia diurna, aunque el paciente con delirio puede estar lúcido durante el día.^(11,13,14)

Según los investigadores, el SCA tiende a agravarse en las horas del final de la tarde y nocturnas, aunque también es fluctuante durante el día. El impacto en el turno de noche de enfermería es importante. Con frecuencia se ve alterado el estado de sueño y humor del paciente por una alteración del ritmo circadiano, que causan en el organismo variaciones hormonales y químicas en momentos inadecuados del día.^(11,13) Los ensayos clínicos para el manejo del delirio, centrados en el uso de fármacos, no disponen en la actualidad de una evidencia convincente, ni en su tratamiento ni prevención.^(1,10) El fármaco de elección para el estado agitado es el Haloperidol, por presentar menos efectos secundarios que otros antipsicóticos/neurolépticos.^(1,13)

El conocimiento del delirio por parte de enfermería es clave, suele ser el profesional que primero detecta su inicio y lo transmite al resto de equipo interdisciplinario para una actuación conjunta, además de requerir un abordaje específico de cuidados con una profunda comprensión de la situación del paciente.⁽¹⁵⁾

Existen medidas no farmacológicas cuyo principal responsable es el personal de enfermería.^(1,9,10,11) Aunque los estudios intervencionistas respecto a actuaciones únicamente no farmacológicas frente al delirio son escasos y no todos han ofrecido significación estadística, se puede confirmar que prácticamente la totalidad de la bibliografía hace referencia a la importancia de los cuidados sobre el entorno o de confort hacia este tipo de paciente. Incluso algunos autores anteponen estos cuidados como primera medida frente al tratamiento farmacológico.⁽¹⁾ Las intervenciones no farmacológicas reseñadas por diferentes autores son: Permitir la presencia de un acompañante, recurrir a estrategias de reorientación, dar explicaciones e instrucciones simples, propiciar un contacto visual frecuente, cuidar un entorno siempre tranquilo y sin ruidos, terapia de la luz (asegurar luz durante el día e ir disminuyéndola al llegar la noche), mantener luz tenue frente a la oscuridad absoluta, y evitar despertar al paciente durante las horas nocturnas.^(3,11) También se recomienda favorecer el uso de gafas y audífonos

al paciente, evitar las restricciones físicas, favorecer la autonomía y el autocuidado, tener en cuenta las necesidades de habitación compartida o no (evitar habitación compartida si los pacientes están desorientados) y reducir los fármacos a lo mínimo imprescindible,⁽³⁾ evitar en lo posible sondajes y catéteres, evitar el estreñimiento,^(3,10) evitar el consumo de bebidas o alimentos estimulantes, temperatura adecuada y proporcionar al paciente objetos familiares.⁽¹¹⁾

El presente ensayo se realizó bajo la hipótesis de que la aplicación de un plan de cuidados específicos a pacientes con delirio puede mejorar su estado y la evolución del cuadro, para comprobarla se asumió como objetivo evaluar la eficacia de un plan de cuidados específico al paciente hospitalizado con delirio.

MÉTODOS

Ensayo clínico cuasi-experimental con grupo control y grupo experimental a pacientes con delirio. Se aplicó en grupo experimental plan de cuidados específico diseñado por el equipo investigador, basado en la bibliografía sobre medidas no farmacológicas ante el delirio.

La población objeto de estudio fueron los pacientes ingresados en unidades de hospitalización con síndrome confusional agudo o delirio. El estudio se realizó en las unidades de hospitalización del Instituto de Medicina y Dermatología (ICMID) G092 y G11.1 del Hospital Clínic de Barcelona durante tres meses, sobre una muestra de 269 pacientes ingresados en este periodo, una media de 45 ingresos por mes y unidad y una población total aproximada de 540 pacientes por año en cada unidad de hospitalización.

La muestra, no probabilística, se obtuvo por conveniencia entre los pacientes que cumplen criterios de inclusión durante el periodo de estudio, asignándolos a Grupo Control en la unidad G11.1 o a Grupo Experimental en la Unidad G09.2, ambas unidades de hospitalización físicamente separadas. La selección de los participantes se llevó a cabo por el equipo investigador.

Criterios de inclusión: Paciente ingresado en Unidad de Hospitalización G11.1 y G09.2 en periodo de estudio con valoración positiva ante delirio durante el Turno de Noche según el test validado *Intensive Care Delirium Screening Checklist* con puntuaciones ≥ 3 .⁽¹⁶⁾

Criterios de Exclusión: Paciente con antecedentes que pudieran interferir con variables no controladas la valoración del estado de delirio, como enfermedad mental o neurológica conocida; alta o fallecimiento antes de finalizado el periodo de observación de 72 h; valores en escala de Agitación-Sedación de Richmond ≤ 2 ; historia de adicciones a drogas o alcohol.

Las variables a estudiar fueron: Independientes (edad, género, diagnóstico de ingreso, tratamiento farmacológico para el delirio, número de interrupciones del sueño nocturno, presencia de familiares), y Dependientes (evaluación del delirio según *Intensive Care Delirium Screening Checklist -ICDSC*).

Herramienta de medida: Seleccionamos para la detección y evaluación del delirio la escala *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)*.⁽¹⁶⁾ De entre todas las escalas de evaluación del delirio, ICDSC está ampliamente utilizada, se considera un estándar de validación junto con *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV)*, es ágil de utilizar, de uso indistinto por médicos y enfermeras con total concordancia, una sensibilidad y especificidad muy

elevadas (sensibilidad del 43-99 % y especificidad del 87-98 %), y más variables de evaluación (8) que otras escalas como NU-DESC o DSM-IV.^(17,18) A pesar de estar ampliamente utilizada en unidades de Cuidados Intensivos, ninguna de sus especificaciones son contrarias a su aplicación en entornos de hospitalización convencional.

Los 8 indicadores incluidos puntúan 0 o 1 según estén ausentes o presentes, y la suma de todos ofrece el valor del test (rango 0-8). Considera puntuaciones ≥ 4 evaluación positiva para el delirio, y 1-3 delirio subsindrómico. Se valoran: Alteración del nivel de consciencia, inatención, desorientación, alucinación, agitación psicomotora, habla o estado de ánimo inapropiado, trastornos de sueño o vigilia, y fluctuación en los síntomas.

Sobre los grupos Control y Experimental se llevó a cabo una evaluación inicial del delirio mediante la escala *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)*, y tras 3 días de aplicación del plan de cuidados (específico o estándar) se volvió a medir la presencia de delirio con la misma herramienta y por las mismas investigadoras.

Tal y como se indica en la bibliografía, los equipos de enfermeras de las unidades donde se ubicaron los grupos control (G092) y experimental (G11.1) fueron instruidas en el uso de la herramienta de evaluación para optimizar su uso.⁽¹⁹⁾

Desde la inclusión de los pacientes en el estudio por estar en el turno de noche se codifica su registro de modo que no pueda ser identificable excepto por el equipo de enfermería investigador. Ninguno de los dos equipos de investigadores pertenecientes a las unidades separadas, donde se ubican el Grupo Control y el Grupo Experimental, conocen el contenido del plan de cuidados del otro grupo.

El plan de cuidados específico que se aplicó exclusivamente al grupo experimental entre los enfermos incluidos en el estudio persiguió vincular a estos pacientes a la realidad que les rodea, diferente a su rutina diaria, y evitar en la medida de lo posible la absoluta oscuridad, causas principales según numerosos estudios de su deterioro confusional.^(4,10,18,20,21,22)

Se pretendía facilitar su orientación en tiempo y espacio, reforzar el proceso de memoria, evitar los disturbios perceptivos al vincularle con la realidad, evitar el pensamiento desorganizado al establecer pautas regladas y sistemáticas de reflexión sobre su entorno y mantener el nivel de alerta sin interrumpir el ciclo de sueño si puede evitarse para la aplicación de los cuidados motivo de su ingreso hospitalario.

Plan de cuidados específico para el enfermo con delirio

1. Mantener una luz tenue durante la noche que permita al enfermo vincularse con el nuevo entorno y evitar la oscuridad absoluta.
2. Permitir, siempre que sea posible, la presencia de un familiar o conocido en la cabecera de la cama durante la noche.
3. En cada intervención de enfermería, recordarle si está despierto (o se le despierta de forma inevitable)
 - a. Identificación del Profesional que le atiende (Nombre, Categoría profesional).
 - b. Dónde se encuentra el Paciente (Hospital Clínic de Barcelona).
 - c. La intervención que se le realiza (técnica o actividad que se trate).
 - d. Hora y día del momento en que se produce el encuentro.
 - e. Si hay presencia de familiar, recordárselo con su nombre.

- f. Recordar al paciente que el Equipo de Enfermería estará pendiente de él o ella si le necesitara.

Intervención del grupo control

El equipo de enfermería del grupo control llevó a cabo los cuidados enfermeros prescritos según el plan individualizado de cada enfermo basado en el motivo de ingreso hospitalario. Ante el cuadro de delirio, garantiza la seguridad del enfermo y evita autolesiones.

Los datos estadísticos de contraste para comparar medias de medidas repetidas por medio de T-Student, χ^2 en variables cualitativas (test de Fisher para frecuencias < 5) y ANOVA, con significancia para todas las pruebas $p < 0,05$, índice de confianza de 95 %, estadísticos de dispersión (intervalo de confianza para 95 %) y tendencia central (medias), y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

Todos los participantes y sus familiares, previo a su participación voluntaria, fueron informados de los objetivos, contenidos e intervenciones del estudio. No se registró consentimiento informado al no requerir la investigación ningún dato personal de los participantes. Toda la recogida de datos fue estrictamente anónima y de forma codificada, sin registrar ningún dato que permitiera la identificación de los participantes. El protocolo de investigación fue aprobado por los Responsables de Enfermería de las Unidades participantes, y obtuvo la conformidad del Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital.

RESULTADOS

Luego de tres meses de estudio, en el grupo control, de un total de 126 ingresos se incluyeron 19 casos, de los cuales 9 fueron finalmente excluidos por diferentes causas (altas previas al periodo de observación, fallecimiento u otras) $n = 10$. En el grupo experimental, de un total de 143 ingresos se incluyeron 18 casos, de los cuales 7 fueron excluidos por diferentes causas (altas previas al periodo de observación, fallecimiento u otras) $n = 11$.

La totalidad de enfermos incluidos en el estudio en ambos grupos presentó signos de desorientación también durante la jornada diurna, por lo que la incidencia de *Sundown syndrom* tras esta experiencia y en un entorno como el estudiado (salas de medicina interna de un hospital de alta complejidad) es inferior a 0,7 %. La incidencia de delirio en el ámbito del presente estudio fue entre un 12,58 % y un 15,07 %.

Todos los pacientes incluidos en la muestra recibieron el tratamiento farmacológico estandarizado prescrito ante el cuadro de delirio con Haloperidol en gotas vía oral desde el inicio del cuadro.

Las pruebas de contraste tras la evaluación del delirio mediante el ICSDC pre intervención entre el grupo control y el grupo experimental no ofreció diferencias significativas ($p > 0,05$), por lo que se interpreta la homogeneidad de los grupos previos a la aplicación de los planes de cuidados estandarizado (grupo control) y específico (grupo experimental).

En el análisis de frecuencias de cada uno de los ocho indicadores del ICSDC entre las mediciones pre y post aplicación del plan de cuidados, se encontró que ninguno de ellos mostró diferencias significativas en el grupo control ($p > 0,05$) y uno de los indicadores mostró empeoramiento de los resultados. El grupo

experimental mostró sin embargo mejorías significativas en dos de ellos ($p > 0,05$) (Tabla 1).

Tabla 1- Frecuencia, porcentaje y significancia pre-pos por variables ICDSC

Grupo experimental	Pre n (%)	Pos n (%)	Diferencia pre-pos	Valor p
Alteración Nivel Consciencia	7 (63,64)	6 (54,55)	- 1	> 0,05
Inatención	9 (81,82)	8 (72,73)	- 1	> 0,05
Desorientación	9 (81,82)	5 (45,45)	- 4	< 0,05
Alucinaciones	3 (27,27)	1 (9,09)	- 2	> 0,05
Agitación Psicomotriz	7 (63,64)	5 (45,45)	- 2	> 0,05
Lenguaje Inapropiado	11 (100,00)	7 (63,64)	- 4	< 0,05
Alteraciones del ciclo del Sueño	5 (45,45)	5 (45,45)	0	> 0,05
Síntomas Fluctuantes	11 (100,00)	11 (100,00)	0	NA
Grupo control				
Alteración Nivel Consciencia	3 (30,00)	5 (50,00)	+ 2	> 0,05
Inatención	5 (50,00)	3 (30,00)	- 2	> 0,05
Desorientación	8 (80,00)	7 (70,00)	- 1	> 0,05
Alucinaciones	2 (20,00)	2 (20,00)	0	1
Agitación Psicomotriz	4 (40,00)	2 (20,00)	-2	> 0,05
Lenguaje Inapropiado	7 (70,00)	6 (60,00)	- 1	> 0,05
Alteraciones del ciclo del Sueño	6 (60,00)	4 (40,00)	- 2	> 0,05
Síntomas Fluctuantes	10 (100,00)	10 (100,00)	0	NA

ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist; PRE: Medición PRE intervención; POS: Medición POS intervención.

El grupo control no ofreció diferencias significativas pre-pos en los valores del test ICDSC ($p > 0,05$). Sin embargo, el grupo experimental mostró diferencias significativas a favor de la evolución de mejoría del cuadro de delirio ($p < 0,05$) (Tabla 2).

Tabla 2- Valores ICDSC y significancia pre-pos por grupos

Contraste ICDSC	Pre Media (IC95 %)	Pos Media (IC 95 %)	Valor p
Grupo Experimental	5,64 (4,79 6,48)	4,36 (3,20 5,52)	< 0,05
Grupo Control	4,50 (3,61 5,39)	3,90 (2,87 4,93)	> 0,05

IC: Intervalo de confianza para 95 %; ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist; PRE: Medición PRE intervención; POS: Medición POS intervención.

Los resultados de las pruebas del ICDSC pre-pos intervención en el grupo experimental, se recodificaron en tres dimensiones de una nueva variable, evolución del delirio: MEJORA (valor ICDSC menor en pos intervención), NO MEJORA (valor ICDSC pre-pos idéntico), y EMPEORA (valor ICDSC mayor en pos intervención). Esta nueva variable sirvió para realizar pruebas de contraste con las variables independientes (diagnóstico, género, edad, interrupciones del sueño).

La edad media de todos los pacientes incluidos finalmente en el estudio fue de 83,90 (IC95 % 80,00 87,81), en Grupo control 83,80 (IC95 %, 79,32, 88,28), y en el

grupo experimental 84,00 (IC95 %, 80,54, 87,46), sin diferencias significativas entre grupos. No existen diferencias significativas entre la edad y los resultados en el análisis con la variable recodificada ICDSC pos intervención ($p > 0,05$) en ninguno de los dos grupos.

En el grupo control, el 70 % de los pacientes incluidos que terminaron el estudio fueron mujeres, y hombres el 30 %. En el grupo experimental, el 54 % fueron mujeres y el 46 % hombres. No se encontraron diferencias significativas respecto al género en los resultados tras el análisis con la variable recodificada ICDSC pos intervención ($p > 0,05$) en ninguno de los dos grupos.

En el grupo control, 70 % de los pacientes presentó enfermedades de tipo respiratorio, 20 % cardiocirculatorio y 10 % intoxicación. En el grupo experimental, 46 % presentó enfermedades de tipo respiratorio, 27 % cardiocirculatorio y 27 % miscelánea. En ninguno de los grupos se hallaron diferencias significativas respecto a la variable recodificada ICDSC pos intervención ($p > 0,05$).

Durante el periodo de estudio, se registró el número de interrupciones del sueño que, o bien espontáneamente o debido a la necesidad de cuidados ajenos al proceso de investigación, se producían en los enfermos incluidos en el estudio. Ninguno de los resultados de esta variable muestra diferencias significativas con respecto a los resultados finales de la evolución del delirio.

La presencia de familiares, variable incluida en el plan de cuidados especiales para el enfermo con delirio aplicado en el grupo experimental, no pudo ser investigada al no disponer el 95 % de los pacientes de ambos grupos acompañante familiar durante el periodo de estudio.

En el análisis de los resultados sobre la variable recodificada evolución del delirio, se realizó una comparación entre los grupos control y experimental. Aunque sin obtener significancia ($p > 0,05$), probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra, las tendencias de ambas series indican una evolución mayor hacia el no empeoramiento del cuadro del delirio en el grupo experimental (Tabla 3).

Tabla 3- Evolución del delirio tras aplicación planes de cuidados según ICDSC

Resultados Agrupados pre-pos	G. Control n (%)	G. Experimental n (%)	Valor p control vs. experimental
Empeora	3 (30,00)	2 (18,20)	> 0,05
Igual	1 (10,00)	3 (27,3)	
Mejora	6 (60,00)	6 (54,50)	

ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist; PRE: Medición PRE intervención; POS: Medición POS intervención.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, la incidencia del *sundown syndrom* o síndrome del delirio nocturno entre los enfermos hospitalizados no se ha identificado, pudiendo resultar muy relevante los criterios de selección de pacientes, que identificaban la ausencia de demencia o Alzheimer para ser incluidos. Sin embargo, la incidencia de cuadros de delirio entre 12,5 % y 15 % del total de enfermos agudos hospitalizados en áreas de medicina interna coincide con otros autores.^(1,2)

A priori, el equipo investigador interpretó en base a la bibliografía disponible que los factores predisponentes eran los que motivaban los cuadros de delirio, y que limitándolos, contrarrestando sus efectos, o intentando anularlos mediante un

plan de cuidados específico y la detección precoz por los equipos de enfermería podría disminuir su incidencia o mejorar su evolución.^(3,6,11)

La edad en la presente serie resulta muy homogénea en ambos grupos, mostrándose como un factor predisponente en consonancia con la bibliografía, aunque sin relación significativa entre franjas de edad y resultados de evolución.^(10,20,22)

Género y diagnóstico de ingreso tampoco mostraron diferencias significativas con los resultados de evolución de los cuadros de delirio, así como las interrupciones del sueño nocturno. Tanto los enfermos con un sueño nocturno mayoritariamente conservado como aquellos que sobrepasaban las cuatro interrupciones por noche o los que permanecían insomnes mostraron una evolución similar a las de los totales por grupos, sin significancia derivada de esta variable.

La utilización de la herramienta *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)* en pacientes hospitalizados en unidades convencionales para la identificación del delirio por equipos de enfermería ha mostrado resultar útil, de fácil manejo y con capacidad para comparar grupos de pacientes con rigor estadístico.⁽¹⁶⁾

La prescripción médica de tratamiento farmacológico al inicio de la detección del delirio permite atribuir el efecto del plan de cuidados a las diferencias en los resultados de evolución de los grupos control y experimental.

Tras la aplicación del plan de cuidados específico en el grupo experimental se obtuvo una mejor evolución del cuadro de delirio y una disminución del empeoramiento atribuible a los cuidados no farmacológicos aplicados, tal y como apuntan algunos autores.^(2,3,4,10)

A pesar de obtener diferencias significativas en la mejora de la evolución del delirio al aplicar el plan de cuidados específicos, la imposibilidad de incluir en el estudio la influencia de la presencia de familiares durante la noche, y el pequeño tamaño de la serie, obliga a una interpretación cautelosa de los resultados.

Trabajos con muestras mayores de pacientes o multicéntricos de equipos de enfermería en la aplicación de planes de cuidados a pacientes con delirio son necesarios para confirmar los resultados obtenidos.

En conclusión, la aplicación de un plan de cuidados de enfermería específico para pacientes con delirio demostró ser eficaz al mejorar su estado, la evolución del cuadro y disminuir los indicadores de delirio, con diferencias significativas respecto a la no intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khachiyants N, Trinkle D, Son SJ, Kim KY. Sundown syndrome in persons with dementia: An update. *Psychiatry Investig*. 2011;8(4):275-87.
2. Romero Carbrera Á, Amores Hernández L, Alonso Cabrera E, Olascoaga Pérez F, Fernández Casteleiro E. Guía de práctica clínica para la atención al adulto mayor hospitalizado con delirium. *MediSur*. 2015;13(3):458-66. Acceso: 23/07/2016. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Castro CC. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. *Recomendaciones generales. Enfermería Glob*. 2012;11(3):356-78.

4. Cataldi Amatrian R, Iriso Santiago A, Santos Javier A GA. Manejo del delirium en el anciano. *Rev Soc Med Interna*. 2014;1(12):2-4.
5. Domínguez Belloso FJ, Soto Loza A. Delirium (I): Aspectos histórico-conceptuales, nosología, epidemiología, etiopatogenia y clínica. *Psiquiatria.com*. 2012;16(1):1-27. Acceso: 23/07/2016. Available from: <http://hdl.handle.net/10401/5257>
6. Herrejón EP, Artola BS. Delirio: recuerdo semiológico. *JANO*. 2010;(1757):65-8. Acceso: 23/07/2016. Available from: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1757/65/00650068_LR.pdf
7. Carrasco GM, Hoyl MT, Marín LPP, Hidalgo AJ, Lagos DC, Longton BC, et al. Subdiagnóstico de delirium en adultos mayores hospitalizados. *Rev Med Chil*. 2005;133(12):1449-54. Acceso: 23/07/2016. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
8. Mccarron M, Mccallion P, Reilly E, Mulryan N. A prospective 14-year longitudinal follow-up of dementia in persons with Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2014;58(1):61-70.
9. González TM, de Pablo RJ, Valdés MM. Delirium: la confusión de los clínicos. *Rev Med Chil*. 2003;131(9):1051-60. Acceso: 23/07/2016. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Quiroz T, Araya E, Fuentes P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2014;52(524):288-97.
11. Toledo ÁM. Correlatos de incidencia del ocaso en estados anímicos, agitación y conducta agresiva en ancianos: Síndrome de Sundowning. *Alcmeon, Rev Arg Clin Neuropsiq*. 2007;14(1):72-80. Acceso: 23/07/2016. Available from: <http://www.alcmeon.com.ar/14/53/toledo-5.pdf>
12. Yevchak AM, Steis MR, Evans LK. Sundown syndrome: a systematic review of the literature. *Res Gerontol Nurs*. 2012;5(4):294-303. Acceso: 23/07/2016. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22998659>
13. Franco Vásquez GJ. Delirium. *Med UPB*. 2005;24(2):127-37.
14. Cipriani G, Lucetti C, Carlesi C, Danti S, Nuti A. Sundown syndrome and dementia. *European Geriatric Medicine*. 2014;6(4):375-80.
15. Egede-Nissen V, Jakobsen R, Sellevold GS, Sørli V. Time ethics for persons with dementia in care homes. *Nurs Ethics*. 2013;20(1):51-60. Acceso: 25/07/2016. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22918063>
16. Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Intensive care delirium screening checklist: Evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med*. 2001;27(5):859-64.
17. Abelha F. Evaluación del delirio en pacientes postoperatorios: validación de la versión portuguesa de la Nursing Delirium Screening Scale en Cuidados Intensivos. *Rev Bras Anesthesiol*. 2013;63(6):450-5. Acceso: 25/07/2016. Available from: <http://rba.elsevier.es/>
18. Brummel NE, Girard TD. Preventing Delirium in the Intensive Care Unit. *Crit Care Clin*. 2013;29(1):51-65. Acceso: 25/07/2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2012.10.007>.
19. Devlin JW, Fong JJ, Schumaker G, O'Connor H, Ruthazer R, Garpestad E, et al. Use of a validated delirium assessment tool improves the ability of physicians to identify delirium in medical intensive care unit patients. *Crit Care Med*. 2007;35(12):2721-4. Acceso: 26/07/2016. Available from:

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0003246-200712000-00007>

20. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* (London, England). 2014;383(9920):911-22. Acceso: 26/07/2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23992774>

21. Le Guen M, Nicolas-Robin A, Lebard C, Arnulf I, Langeron O. Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: A randomized study. *Br J Anaesth*. 2014;112(1):89-95.

22. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*. 2014;69(6):540-9. Acceso: 11/09/2016. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24813132>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

María José Recasens López: Investigadora Principal, participó en la revisión bibliográfica de la introducción, en la recogida y análisis de los datos, realizó el análisis estadístico y su interpretación en la redacción de resultados.

Alberto Villamor Ordozgoiti: Diseñó el protocolo de investigación y participó en el análisis estadístico y la redacción del artículo.

María Teresa Sanz Díez: Diseñó y seleccionó la muestra del estudio, diseñó la recogida de datos, seleccionó la herramienta validada, participó en la revisión bibliográfica de la introducción y en la redacción de los resultados y discusión.

María Teresa Sánchez Morillo: Colaboró en la recogida de datos, participó en la revisión bibliográfica de la introducción y en la redacción de los resultados y la discusión.

Ramón Serna Landete: Realizó la revisión bibliográfica del estudio, diseñó la recogida de datos, seleccionó la herramienta validada y participó en la redacción de la introducción, de los resultados y la discusión.

Yolanda Asensio Rubio: Realizó la revisión bibliográfica, participó en la recogida y análisis de los datos, colaboró en la redacción de los resultados, la discusión y las conclusiones.