

Estudio del síndrome confusional agudo en los registros de enfermería en pacientes geriátricos hospitalizados con interconsulta a psiquiatría

Study of delirium based on nursing records in hospitalized geriatric patients with psychiatric interconsultation

Rogelio Serrano Lázaro^{1,*}
M.^a Esther Samaniego Díez de Corcuera²
Ana Belén Subirón Valera³

1. Enfermero especialista en salud mental, Unidad de Psiquiatría, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España. Profesor asociado de Ciencias de la Salud, UNIZAR.
2. Enfermera especialista en salud mental. Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar. Zaragoza. España.
3. Departamento de Fisiatría y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. Grupo de Investigación Agua y Salud Ambiental (B43_20R), Instituto Universitario de Investigación en Ciencias Ambientales de Aragón, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España. Grupo de Investigación Sector III Sanidad (GIIS081), Instituto de Investigación de Aragón, Zaragoza, España.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rogser@unizar.es (Rogelio Serrano Lázaro).

Recibido el 19 de septiembre de 2019; aceptado el 9 de abril de 2020.

RESUMEN

Objetivos: Analizar, a partir de los registros de enfermería, las variables asociadas con la aparición del síndrome confusional agudo (SCA) en pacientes geriátricos de un hospital general. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal y retrospectivo realizado en el Hospital Royo Villanova, de Zaragoza, entre 2011-2014. Población de estudio: N = 881 diagnosticados de SCA (2,2% del total de ingresos); se obtuvo una muestra total de n = 79 pacientes de 60 años o más, con diagnóstico de SCA por psiquiatría de enlace. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 82,8 años. La detección de SCA se realizó en los pacientes tras 1,1 a 3,5 días de media desde el ingreso. Las puntuaciones del Índice de Barthel fueron de 40,9 a 60,8. Los fallecimientos durante el episodio de SCA fueron entre el 10,3% y el 15%. El cuadro de SCA fue mayoritariamente de tipo hiperactivo y se inició por la noche y por la tarde. Los síntomas más frecuentes de SCA registrados por enfermería fueron alteraciones motoras (agitación, inquietud) y desorientación. **Conclusión:** Enfermería registra el SCA antes de la petición de colaboración al servicio de psiquiatría, la cual se da en escaso número. Estos registros son precisos y certeros y coinciden con los términos médicos. Serían necesarios nuevos estudios de investigación que permitan minimizar el infradiagnóstico y no solo detectar SCA del tipo hiperactivo, ya que todos conducen a aumentar la morbimortalidad de nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: Registro de enfermería, síndrome confusional agudo, hospitalización, psicósomática, geriatría.

ABSTRACT

Objectives: To analyze, from the nursing records, the variables associated with the appearance of Acute Confusional Syndrome (here after SCA) in geriatric patients of a general hospital in the city of Zaragoza. **Methodology:** Descriptive cross-sectional and retrospective study conducted at the Royo Villanova hospital in Zaragoza between 2011-2014. Study population: N = 881 diagnosed with ACS (2.2% of total income). A total sample of n = 79 was obtained, patients ≥ 60 years, with a diagnosis of ACS by Link Psychiatry. **Results:** The average age of the patients was 82.8 years. The detection of ACS was performed in patients after 1.1 to 3.5 days on average from admission. Barthel Index scores were 40.9 to 60.8. The exitus during the episode of ACS were 10.3% / 15%. The SCA chart was mostly hyperactive and debuted at night and in the afternoon. The most frequent symptoms of ACS recorded by nursing were motor disorders (agitation, restlessness) and disorientation. **Conclusions:** Nursing usually register ACS before the request for collaboration to the psychiatry service, which occurs rarely. Besides these records are accurate and match with the medical terms. New research studies are required to minimize underdiagnosis and not only to detect hyperactivity ACS because all types lead to increased morbidity and mortality of our patients.

KEYWORDS: Nursing registry, acute confusional syndrome, hospitalization, psychosomatic geriatrics.

■ INTRODUCCIÓN

El síndrome confusional agudo (SCA) es un síndrome clínico frecuente y de gran interés en la práctica clínica, que cobra especial relevancia porque principalmente afecta a pacientes de edad avanzada y asocia importantes consecuencias, incluso cuando ocurre en el ambiente hospitalario. Las investigaciones intentan llegar a datos certeros y clarificadores sobre

la prevalencia de SCA en enfermos hospitalizados, aunque al analizarlos se debe tener en cuenta que este cuadro clínico puede variar según el entorno de atención y los criterios de selección de muestra.

En el estudio de Inouye et al.¹ estiman, de forma global, que aproximadamente un tercio de los pacientes hospitalizados mayores de 70 años desarrollan SCA. En la mitad de los casos se inicia en el servicio de urgencias y en la otra mitad, durante el resto de la estancia

hospitalaria. Debemos señalar que estos datos varían en el caso de pacientes sometidos a procesos quirúrgicos, desde una menor prevalencia tras una cirugía mayor electiva (entre el 15% y el 25%), hasta una prevalencia de más del 50% tras cirugía de corrección de fractura de cadera o cirugía cardíaca mayor, llegando a cifras del 75-85% entre los pacientes sometidos a ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos y en los servicios de atención a cuidados paliativos al final de la vida¹.

Por otro lado, destacan otras investigaciones recientes que analizan de manera retrospectiva la prevalencia de SCA a través de los informes de alta hospitalaria utilizando el conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Con una extensa muestra de más de 4 millones de informes de altas hospitalarias y durante 7 años de investigación se afirma que la prevalencia de SCA es del 2,5% en pacientes hospitalizados. Esta cifra resulta visiblemente inferior a la de otras investigaciones, hecho que puede deberse al tipo de fuente utilizada para la recogida de datos^{2,3}.

Las tasas de SCA no diagnosticado, o no reconocido por un experto responsable del paciente, pueden llegar hasta el 60% según otras investigaciones⁴. La variabilidad entre estas cifras obliga a tener en cuenta factores que pueden influir en este hecho. A este respecto, las interacciones personales continuas de los pacientes con los profesionales de enfermería a lo largo de todo el día les colocan en una posición ideal para ser garantes de reconocer de forma temprana los síntomas de SCA, evaluar al paciente y administrar el adecuado tratamiento junto a las intervenciones de apoyo⁵.

Sin embargo, las cifras de detección en este colectivo profesional también son variables^{6,7}: en algunas investigaciones son superiores al 50%⁸⁻¹⁰, mientras que en otras oscilan entre el 21% y el 31%¹¹⁻¹⁴.

No obstante, diversos informes apoyan el hecho de que el personal de enfermería detecta mejor el fenómeno que los médicos no psiquiatras^{9,10,15-17}.

El diagnóstico habitualmente se hace basándose en lo establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), versión 10¹⁸.

Con base en estos criterios, se establece el diagnóstico clínico de SCA por parte de los facultativos de otras especialidades médicas. Por tanto y partiendo de unos criterios claros establecidos, se debe resaltar la importancia de los registros enfermeros como importante fuente de información para la detección y el abordaje de este diagnóstico por parte de la psiquiatría de enlace, aunque son pocas las investigaciones sobre el estudio de dichos registros tanto a nivel nacional¹⁹⁻²¹ como internacional²²⁻²⁴.

■ OBJETIVOS

Analizar, a partir de los registros de enfermería, las variables asociadas con la aparición del SCA en pacientes geriátricos de los servicios de medicina interna (MI) y medicoquirúrgicos (MQ), en los que se solicitó intervención de psiquiatría de enlace, en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

■ METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal y retrospectivo. Se revisaron de forma retrospectiva historias clínicas de pacientes dados de alta en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza, entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2014.

Muestra

El número total de colaboraciones a psiquiatría de enlace (servicio de psicósomática) por cuadro psiquiátrico durante el periodo de estudio fue de 988 casos. La solicitud de colaboración a dicho servicio por cuadros con características de SCA fue de 84 casos (8,5%); 5 de estos fueron excluidos por ser menores de 60 años. Por tanto, se incluye una muestra total de 79 pacientes. De estos, 39 corresponden al servicio de MI y 40 al resto de servicios MQ: oftalmología, cardiología, neurología, psiquiatría, digestivo, neurología, unidad de cuidados intensivos, urología, cirugía y traumatología (fig. 1).

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de SCA por parte de psiquiatría de enlace.

Criterios de exclusión

Pacientes que no solicitaron colaboración a psiquiatría de enlace.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó de la siguiente manera: los datos totales los proporcionó el servicio de documentación clínica. Se revisaron de forma manual la totalidad de las solicitudes de colaboración de la unidad de psiquiatría de enlace. Aquellas que cumplieron los criterios de inclusión fueron seleccionadas y se realizó la revisión de la historia y el registro de evolución de enfermería. Los datos de la unidad de psiquiatría de enlace y la documentación de enfermería hubo que revisarlos de forma manual ya que estaban manuscritos.

Procedimiento de recogida de datos

La muestra son los pacientes diagnosticados de SCA, los cuales se dividen en dos partes: los ingresados en MI y el resto de las unidades del hospital que se agrupan bajo la denominación de especialidades MQ.

Variables del estudio

Variables sociodemográficas: edad en años y sexo: hombre/mujer.

VARIABLES CLÍNICAS

Duración en días desde el ingreso hasta las primeras anotaciones de enfermería sobre síntomas de SCA. Duración en días en los que se mantienen signos y síntomas (SCA) registrados por enfermería.

Índice de Barthel (IB): se utiliza para medir la capacidad para realizar tareas básicas de la vida diaria en 10 áreas: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina. Las puntuaciones del IB oscilan entre 0 y 100: cuanto más alta sea la puntuación, más independiente la persona²⁵.

Portadores de sonda vesical, antecedentes de demencia o deterioro cognitivo, fallecimiento durante el episodio, términos de colaboración del facultativo/médico –del servicio donde tiene lugar el SCA– al psiquiatra. Se dividen en dos categorías: cuando refieren síntomas (agitación psicomotora, agitación, agresividad, desorientación, en alguna ocasión hablan de alucinaciones o de fluctuaciones) y cuando establecen un diagnóstico los términos utilizados (confusión, confusión aguda, SCA y

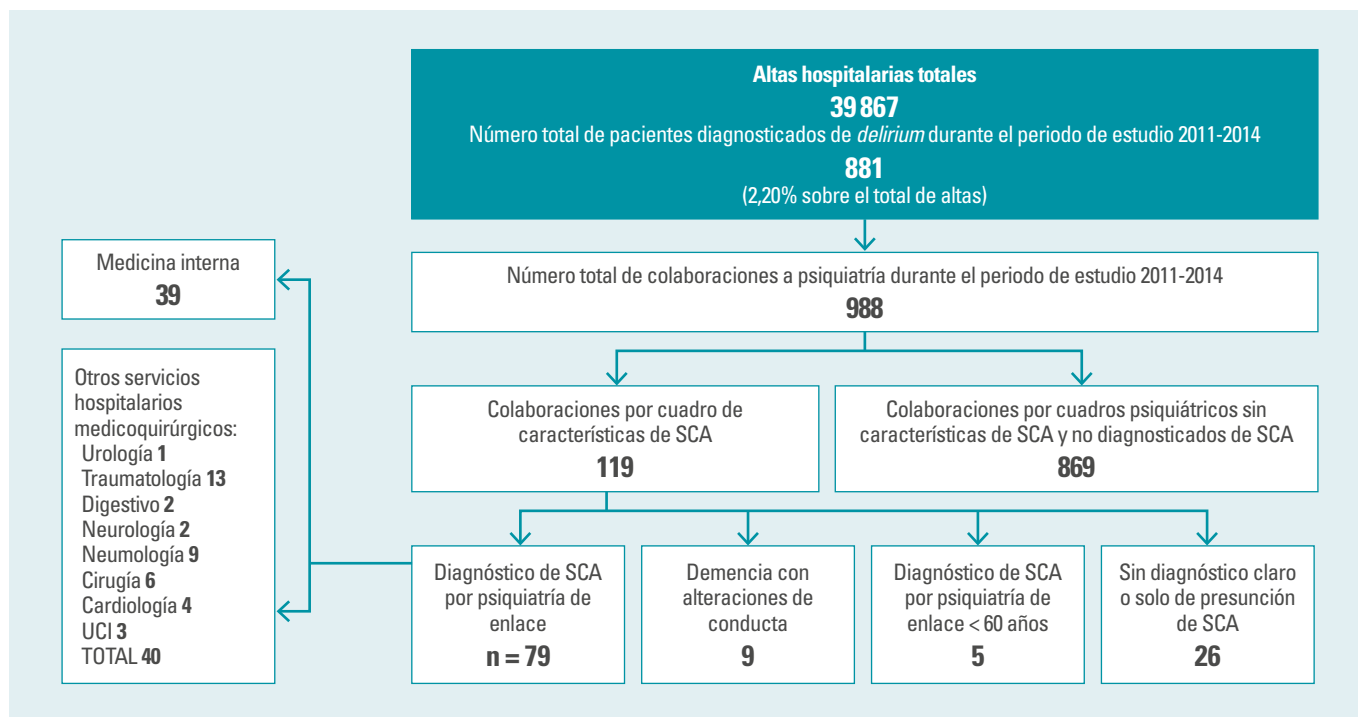


Figura 1. Selección de la muestra de estudio.

delirium). El turno donde se inicia el SCA. Tipo de SCA (categorizado en tres opciones: hipoactivo, hiperactivo y mixto). Síntomas registrados por enfermería que se utilizan en el inicio del SCA (síntomas motores y desorientación, y mixto: síntomas motores-desorientación).

Análisis estadístico

En la estadística descriptiva se utilizaron, para las variables cualitativas, frecuencias totales y porcentajes, y para las variables cuantitativas, media y desviación típica. En el análisis bivariado se utilizó el estadístico no paramétrico de Kruskal Wallis o el test de Anova para distribuciones paramétricas y χ^2 de Pearson para variables cualitativas, y en las cuantitativas *t* de Student para muestras independientes que cumplieran criterios de normalidad. Los datos se registraron en una hoja de Excel y posteriormente se analizaron con el sistema de SPSS versión 21.0

■ RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registró un incremento progresivo de pacientes con diagnóstico al alta de SCA. El número total de pacientes diagnosticados fue del 2,2% (881 casos sobre un total de 39 867 altas hospitalarias).

Fue en el servicio de MI donde se diagnosticaron casi dos tercios de los casos (n=546), mientras que en el resto de los servicios, incluidos en este estudio como MQ, se detectaron cifras menores (n=335) (fig. 2 y tabla 1).

En la tabla 2 se muestra la descripción de resultados sobre las diversas variables analizadas. La edad media de los pacientes en el momento de aparición del SCA fue de 82,8 años en el caso del servicio de MI y algo inferior en los servicios MQ, donde fue de 78,3 años. Los pacientes diagnosticados fueron mayoritariamente varones en los servicios de MI

(66,7% y 55% en MQ), frente a los casos de mujeres (33,3% en MI y 45% en MQ).

Resulta importante destacar que la celeridad en el diagnóstico de este síndrome fue diferente en un servicio respecto a otro; en el servicio de MI, la detección del cuadro de SCA se realizó en los pacientes tras 1,1 días de media desde el ingreso, frente a los 3,5 días de media en los servicios MQ, con resultados estadísticamente muy significativos a este respecto ($p < 0,004$). La duración media de la estancia hospitalaria fue de algo más de 10 días para ambos servicios, con una desviación típica de 10,28 para MI y 12,74 para MQ, mientras que el periodo de tiempo medio para la petición de interconsulta a psiquiatría fue similar en ambos servicios: 4,2 días en MI y 4,4 días en los servicios de MQ.

La tabla 3 recoge las puntuaciones medias del IB, que fueron muy diferentes en ambos servicios a estudio: en MI fue de 40,9 mientras que en MQ fue de 60,8, teniendo en cuenta que la condición de portadores de sonda vesical se presentó en un 41% y 40%, respectivamente, de los casos en ambos servicios.

Los pacientes con antecedentes de demencia fueron superiores en el servicio de MI; sin embargo, los casos de fallecimiento durante el episodio de SCA fueron del 10,3% para el servicio de MI y del 15% para el servicio de MQ.

Es importante destacar que en el 75% de las ocasiones los profesionales médicos utilizaron, en sus hojas de colaboración a psiquiatría de enlace, los mismos términos tanto en pacientes de MI como en MQ. Y en el 25% coincide su posible diagnóstico de SCA.

El cuadro de SCA se inició casi siempre por la noche, y con menor frecuencia por la tarde. En el servicio de MI, el comienzo de los síntomas ocurrió en el 30,8% de los casos por la tarde y en el 59% fueron nocturnos, mientras que en los servicios de MQ, un 20% de los casos comenzaron por la tarde y un 75% tuvo una presentación nocturna.

Mayoritariamente, el SCA fue de tipo hiperactivo. Los síntomas más frecuentes y que más comúnmente expresaron los profesionales de enfermería al describir el cuadro de SCA fueron los términos que hacen referencia a alteraciones motoras (agitación, inquietud): 53,8% en MI y 27,5% en MQ, y desorientación (18,3 y 25%, respectivamente), o de manera mixta (agitación y desorientación).

■ DISCUSIÓN

Buena parte de las publicaciones desvelan que el SCA es un cuadro clínico en ocasiones infradiagnosticado²⁶. Son escasas las investigaciones que revelan datos sobre el diagnóstico de SCA en un periodo considerablemente largo. Pero, al mismo tiempo, en muchas de las investigaciones se afirma que se sospecha de tasas reales de prevalencia elevadas que van del 57% al 83%²⁶.

Los resultados de nuestro estudio aportan datos sobre cifras de prevalencia totales del 2,2% respecto al total de altas hospitalarias en un periodo de 4 años. Esta cifra coincide con el 2,5% de prevalencia del trabajo de Méndez et al.³, donde se analizaba una extensa muestra de 4 millones de informes de altas hospitalarias, pero en esta ocasión exclusivamente en los servicios de MI. Si comparamos la cifra de prevalencia aislada en el servicio de MI de nuestro estudio, esta es del 5,23% de casos, aunque encontramos cifras de otras investigaciones muy diferentes, del 25,4% en Formiga et al.²⁷, del 21,4% en Bellelli et al.²⁸ o del 18,6% de casos en González Pezoa et al.²⁹.

La falta de herramientas validadas para el cribado del SCA es otro de los factores relacionado con las bajas cifras de detección. En la investigación de Vollmer et al.¹⁶ se tomó una escasa muestra de pacientes de los servicios de urología. Para ello, se utilizó el Confusion Assessment Method (CAM) y el Índice de comorbilidad de Charlson (ICC). Los resultados mostraron una incidencia de SCA del 6%, pero 6 pacientes de los 17 estudiados (35%) no mostraban registros relativos al SCA por parte de sus médicos. Sin embargo, por parte del personal de enfermería, solo se obvió esta información en un solo paciente. A este respecto, la investigación de Zaragoza et al.² coincide con nuestros resultados al resaltar la importancia del reconocimiento y la capacita-

Tabla 1. Diagnóstico del síndrome confusional agudo (SCA) al alta hospitalaria

	Año de registro de historias de SCA	N	% (n)
Total	2011	9310	1,4 (138)
	2012	9886	1,8 (184)
	2013	10022	2,3 (240)
	2014	10449	3 (319)
	2011-2014	39867	2,2 (881)

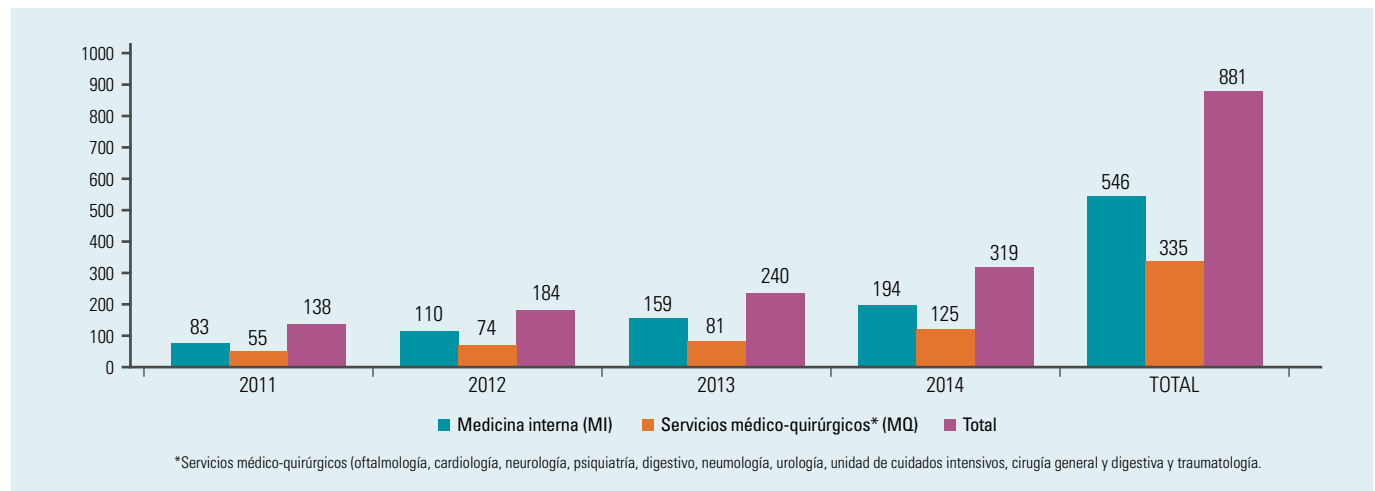


Figura 2. Tasas de diagnóstico de síndrome confusional agudo por servicios.

Tabla 2. Variables sociodemográficas y otras relacionadas con síndrome confusional agudo (SCA)

	Medicina interna n=39	Médico-quirúrgica n=40	Valor de p
Edad (media (DE) % (n))	82,8 (6,63)	78,3 (9,16)	0,300
Sexo	Hombre	66,7 (26)	0,288
	Mujer	33,3 (13)	
Duración/días desde la detección de síntomas por enfermería de SCA tras ingreso	1,1 (2,23)	3,5 (6,94)	0,004
Duración/días de registro de datos (SCA) por enfermería	10,4 (10,28)	10,8 (12,74)	0,860
Duración/días hasta solicitud de colaboración a psiquiatría	4,2 (5,16)	4,4 (5,65)	0,944

Tabla 3. Variables relacionadas con enfermería y síndrome confusional agudo

	Medicina interna n=39	Médico-quirúrgica n=40	Valor de p
	Media (DE) % (n)	Media (DE) % (n)	
Índice de Barthel	40,9 (35,25)	60,8 (35,90)	0,028
Sonda vesical	41 (16)	40 (16)	0,926
Antecedentes demencia/deterioro cognitivo	38,5 (15)	25 (10)	0,198
Fallecimiento en episodio	10,3 (4)	15 (6)	0,198
Términos colaboración del médico al psiquiatra			0,948
Síntomas	74 (29)	75 (30)	
Diagnóstico médico	25,6 (10)	25 (10)	
Turno de inicio del SCA			0,304
Mañana	10,3 (4)	5 (2)	
Tarde	30,8 (12)	20 (8)	
Noche	59 (23)	75 (30)	
Tipo de SCA			
Hipoactivo	5,1 (2)	0	
Hiperactivo	46,2 (18)	65 (26)	
Mixto	48,7 (19)	35 (14)	
Síntomas de SCA registrados por enfermería			0,072
Síntomas motores	53,8 (21)	27,5 (11)	
Desorientación	10,3 (4)	25 (10)	
Mixto motor/desorientación	30,8 (12)	40 (16)	
No se detecta	5,1 (2)	2,5 (1)	
Otros	0	5 (2)	

ción del personal de enfermería como profesionales clave en el diagnóstico precoz del SCA². Según los estudios consultados, la mayoría de la documentación relativa a los enfermos con SCA emerge de la documentación efectuada por enfermería. La investigación de Laurila et al.⁹, llevada a cabo en Finlandia, afirma que las enfermeras reconocían síntomas de SCA en un 83,1% de sus registros frente al 40,3% de los registros médicos⁹. La diferencia sigue siendo considerable en el estudio de Hope et al.¹⁰ en el que, sobre una muestra de 25 pacientes, las enfermeras documentaban signos y síntomas del SCA en 16 de los 25 pacientes (56%) frente a 8 (23%) de los registros médicos, mientras que en la investigación de Gustafson et al.¹⁵ esta diferencia disminuye, y en este caso las enfermeras detectaron el 38,7% de los casos de confusión aguda frente al 21% los médicos.

El hecho de que el diagnóstico de SCA sea exclusivamente clínico y basado en una evaluación cognitiva y una observación cuidadosa de sus características supone un reto en pacientes con situaciones especiales asociadas como la demencia o trastornos depresivos. Cuando el SCA se manifiesta de forma “hipoactiva” o con carácter fluctuante, requiere evaluaciones repetidas y la participación de todo el equipo multidisciplinar para minimizar falsos negativos. Y aunque la forma hiperactiva es la más frecuente en nuestra investigación y en el resto de la bibliografía consultada, no debemos obviar las cifras de casos, también complicados,

que presentaron un cuadro de tipo mixto, con un 41,7% en nuestra investigación y un 15,9% en el estudio de Millares³⁰. A este respecto, resultó interesante el análisis de las 35 colaboraciones con características de SCA, en las cuales los términos expresados en la hoja colaboración eran agitación psicomotora, agitación y agresividad, pero que después resultaron ser 9 casos de demencia con alteración de la conducta y 26 no recibieron diagnóstico. Todo esto refleja las dificultades del diagnóstico de *delirium*, al ser este fundamentalmente clínico² y la dificultad para hacer el diagnóstico diferencial con la demencia^{31,32}.

En nuestra investigación, de los 79 casos objeto de estudio solamente en 3 no se detectaron datos sobre el *delirium* en los registros enfermeros, cifras muy superiores a las de la literatura especializada, si bien la mayor parte de ellos eran de tipo “hiperactivo” y mixtos y en estos, la tasa de detección del SCA por enfermería es superior. Aunque ha quedado demostrado que el personal de enfermería es una pieza clave en la detección temprana de este síndrome, en el estudio de Hasemann et al.³³ estos profesionales detectaron en sus registros el 100% de los casos del tipo “hiperactivo”, el 60% en los de tipo mixto y solamente en el 38% de los casos de tipo “hipoactivo” debido a su complejidad.

El comienzo del SCA, en el servicio de MI se presentó en una media de 1,10 días frente al 3,5 de los pacientes MQ, datos que concuerdan con lo publicado en el trabajo de del Campo et al.¹⁹ y

Moreno²⁰. El SCA se inició, principalmente en el servicio de MI, durante turnos de tarde y noche, con una diferencia significativa respecto a los ingresados en los servicios MQ, similar a otras publicaciones¹⁹. Nuestros datos reafirman que gran parte de los enfermos son ancianos; solo 28 de 881 eran menores de 60 años, mayoritariamente pacientes varones ingresados en MI frente a los de MQ, lo que es congruente con la literatura¹.

A esta pluralidad de condiciones se une, en muchos de los casos, los antecedentes de demencia, que también se describen en múltiples investigaciones de enfermería realizadas en nuestro país. En nuestra investigación, el 25% de los casos de SCA del servicio de MQ tenían antecedentes de demencia o deterioro cognitivo; en el trabajo de Moreno et al.²⁰, el 17,8%.

De igual manera, en la valoración de la complejidad de este síndrome consideramos los resultados del IB y la presencia de sonda vesical como factores de riesgo para su aparición. Las cifras aportadas de nuestra investigación a este respecto eran similares a las del estudio de Díez Manglano et al.²¹.

Respecto a las tasas de fallecimientos relacionadas con el SCA, en nuestro caso fueron entre el 10% y el 15% según se tratara del servicio de MI o MQ, inferiores a las descritas por Koebrugge et al.³⁴ con un 29,4% y Navines³⁵, donde la tasa de fallecimientos durante el episodio de SCA fue del 23,9%.

Mientras en otros estudios las cifras fueron coincidentes con los de nuestra investigación, Brouquet et al.³⁶ describe un 14% de fallecimientos tras SCA poscirugía digestiva muy similares a los del estudio de Millares et al.³⁰, que fueron del 11,4%.

CONCLUSIÓN

Los profesionales de enfermería registran signos y síntomas clínicos del SCA normalmente antes de producirse la petición de colaboración al servicio de psiquiatría, teniendo en cuenta que dicha colaboración se da en un escaso número de ocasiones. Cuando examinamos estos registros de enfermería observamos que se caracterizan por ser precisos y certeros y coinciden en la utilización de los términos con los profesionales médicos en la mayoría de las ocasiones.

Pero este síndrome continúa siendo infradiagnosticado y cada vez más prevalente, tal y como se recoge en numerosas publicaciones. Por tanto, se deberían proponer nuevos estudios de investigación que permitan visibilizar más este problema de salud y reconocer el trabajo de los diferentes profesionales implicados en el diagnóstico y el cuidado. Además, es necesario reseñar la continuidad de cuidados de los profesionales de enfermería les coloca en una posición que permite identificar de manera precoz esta y otras alteraciones del estado mental. Por último, concluimos señalando que sería necesario capacitar a dichos profesionales a través de una correcta formación y un uso de herramientas de diagnóstico apropiadas que permitiesen un abordaje biopsicosocial del paciente con un diagnóstico de SCA. No solo se deberían detectar síntomas de SCA del tipo hiperactivo que requieren una intervención médica urgente, sino también cuando aparezcan de modo hipoactivo, ya que en ambos casos conducen hacia un cuadro idéntico de morbimortalidad de nuestros pacientes ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Inouye SD, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383:9-11.
- Zaragoza J, Murcia M, Wittel M, Bernabeu M. Delirium en los servicios de medicina interna: mucho por hacer. *Rev Clin Esp*. 2019;219(8):445-6.
- Méndez M, Cruz-Jentoft AJ, García Klepzig JL, Calvo E, Canora J, Zapatero A. Características clínicas del delirio y sus implicaciones pronósticas en los servicios de medicina interna españoles: análisis de una gran base de datos clínico-administrativa. *Rev Clin Esp*. 2019;219:4-15.
- de la Cruz M, Fan J, Yennu, S, Tanco, K, Shin, S, Wu J. The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*. 2015;23(8):2427-33.
- Hosie A, Agar M, Lobb E, Davidson PM, Phillips J. Palliative care nurses' recognition and assessment of patients with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique. *Int J Nurs Studies*. 2014;51(10):1353-65.
- Rice KL, Castex J. Strategies to improve delirium recognition in hospitalized older adults. *J Cont Educ Nurs*. 2013;44(2):55-6.
- El Hussein M, Hirst S, Salyers V. Factors that contribute to under-recognition of delirium by registered nurses in acute care settings: a scoping review of the literature to explain this phenomenon. *J Clin Nur*. 2015;24:7-8.
- Voyer P, Richard S, McCusker J, Cole MG, Monette J, Champoux N. Detection of delirium and its symptoms by nurses working in a long-term care facility. *JAMDA*. 2012;13(3):264-71.
- Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Detection and documentation of dementia and delirium in acute geriatric wards. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(1):31-5.
- Hope C, Estrada N, Weir C, Teng CC, Damal K, Sauer BC. Documentation of delirium in the VA electronic health record. *BMC Research Notes*. 2014;7(1):208.
- Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney Jr LM. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med*. 2001;161(20):2467-73.
- Fick DM, Hodo DM, Lawrence F, Inouye SK. Recognizing delirium superimposed on dementia: assessing nurses' knowledge using case vignettes. *J Gerontol Nurs*. 2007;33(2):40.
- Rice KL, Bennett MJ, Clesi T, Linville L. Mixed-methods approach to understanding nurses' clinical reasoning in recognizing delirium in hospitalized older adults. *J Contin Educ Nurs*. 2014;45(3):136-48.
- Rice KL, Bennett MJ, Gomez M, Theall KP, Knight M, Foreman MD. Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult. *Clinical Nurse Specialist*. 2011;25(6):299-311.
- Gustafson Y, Brännström B, Norberg A, Bucht G, Winblad B. Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elderly hip fracture patients. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(8):760-5.
- Vollmer CM, Bond J, Eden BM, Resch DS, Fulk L, Robinson S, et al. Incidence, prevalence, and under-recognition of delirium in urology patients. *Urol Nurs*. 2010;30:235-54.
- Morandi A, Solberg LM, Habermann R, Cleaton P, Peterson E. Documentation and management of words associated with delirium among elderly patients in postacute care: a pilot investigation. *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10(5):330-4.
- World Health Organization. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 1992.
- del Campo-Ugidos RM, Mata-Peón E, Amorín-Díaz M. Síndrome Confusional Agudo: un reto para la Enfermería hospitalaria. *Metas Enferm*. 2010;13(10):58-63.
- Moreno-Rodríguez A. El delirio en enfermos con fractura de cadera, su incidencia. *Enferm Global Esp*. 2010;9(20):1-10.
- Díez-Manglano J, Palazón-Fraile C, Díez-Massó F, Martínez-Álvarez R, del Corral-Beamonte E, Carreño-Borrego P. Factors Associated With Onset of Delirium Among Internal Medicine Inpatients in Spain. *Nurs Res*. 2013;62(6):445-9.
- Zalon ML, Sandhaus S, Kovaleski M, Roe-Prior P. Hospitalized older adults with established delirium: Recognition, documentation, and reporting. *J Gerontol Nurs*. 2017;43(3):32-40.
- Puelle MR, Kosar CM, Xu G, Schmitt E, Jones RN, Marcantonio ER. The language of delirium: keywords for identifying delirium from medical records. *J Gerontol Nurs*. 2015;41(8):34-42.
- Johansson YA, Bergh I, Ericsson I. Delirium in older hospitalized patients signs and actions: a retrospective patient record review. *BMC Geriatr*. 2018;18:43.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*. 1965;14:61-65.
- Ritter SR, Cardoso AF, Lins MM, Zoccolli MJ, Freitas MPD, Camargos EF. Underdiagnosis of delirium in the elderly in acute care hospital settings: lessons not learned. *Psychogeriatrics*. 2018;18(4):268-75.
- Formiga F, San José A, López-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos médicos. *Med Clin (Barc)*. 2007;129(15):571-3.
- Bellelli G, Morandi A, Di Santo SG, Mazzone A, Cherubini A, Mossello E. "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Med*. 2016;14(1):106.
- González-Pezoa AC, Carrillo-Venezian BC, Castillo-Rojas S. Prevalencia del delirium en pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna. *Medwave*. 2015;15(10).
- Millares MV, Alfonso AP, Rodríguez MJM, Barceló JS, de Usabel-Guzmán P. Delirium en el servicio de interconsulta del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*. 2013;12:52-7.
- Gual-Tarrada N, García-Salmones M, Mezquita-Pérez L. Diagnóstico del delirium en pacientes con demencia, un gran reto. *Med Clin (Barc)*. 2019;153(7):284-9.
- Morandi A, Davis D, Fick DM, Turco R, Boustani M, Lucchi E. Delirium superimposed on dementia strongly predicts worse outcomes in older rehabilitation inpatients. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(5):349-54.
- Hasemann W, Tolson D, Godwin J, Spigir R, Frei IA. Nurses' recognition of hospitalized older patients with delirium and cognitive impairment using the delirium observation screening scale: a prospective comparison study. *J Gerontol Nurs*. 2018;44(12):35-43.
- Koebrugge B, Koek HL, Van-Wensen RJ, Dautzenberg PL, Bosscha K. Delirium after abdominal surgery at a surgical ward with a high standard of delirium care: incidence, risk factors and outcomes. *Dig Surg*. 2009;26(1):63-8.
- Navines R, Gómez E, Franco JG, de Pablo J. Delirium en la interconsulta psiquiátrica de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2001;29(3):159-64.
- Brouquet A, Cudennec T, Benoist S, Moulais S, Beauchet A, Penna C, et al. Impaired mobility, ASA status and administration of tramadol are risk factors for postoperative delirium in patients aged 75 years or more after major abdominal surgery. *Ann Surg*. 2010;251(4):759-65.