



CLÍNICA

EL DELIRIO EN ENFERMOS CON FRACTURA DE CADERA, SU INCIDENCIA

DELIRIUM IN PATIENTS WITH HIP FRACTURE AND ITS IMPACT

***Moreno Rodríguez, Ana**

*Enfermera. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Complejo Asistencial de Ávila.

Palabras clave: Síndrome Confusional Agudo. Delirium. Delirio. Fractura proximal de fémur. Fractura de Cadera

Keywords: Acute Confusion Syndrome, Delirium, Proximal Femur Fracture, and Hip Fracture.

RESUMEN

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) o Delirio es un trastorno mental frecuente con resultados adversos graves en los pacientes hospitalizados en el que influyen, además de otros, aspectos de la atención habitual y del medio ambiente de los hospitales.

Por estar relacionado con el aumento de la mortalidad, la morbilidad física, la duración de la estancia hospitalaria y la institucionalización posterior de los enfermos que lo padecen, se consideró importante cuantificar cuántos enfermos mayores con fractura de cadera, una patología muy habitual en la Unidad de hospitalización de Cirugía de Traumatología y Ortopedia del hospital, padecían este síndrome.

Objetivo: Conocer la incidencia del Síndrome Confusional Agudo (SCA) en las personas mayores de 65 años, ingresados por Fractura proximal de fémur durante el año 2008 en la Unidad de Hospitalización de C.O.T del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles del Complejo Asistencial de Ávila. Y además identificar el día del ingreso hospitalario en el que aparece el SCA.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. La población total es de 240, que corresponde al número total de personas ingresadas por fractura de cadera en 2008; para un intervalo de confianza del 99% ($\alpha = 0,01$) y un margen de error del 3%, el tamaño de la muestra es de 213. La muestra se obtuvo de forma aleatoria y estratificada y está compuesta por personas ingresadas en la Unidad de Traumatología en 2008, mayores de 65 años, con un diagnóstico de Fractura de cadera.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Sexo y edad, día de ingreso e intervención quirúrgica y tipo de demencia al ingreso. Las variables dependientes son la aparición del SCA y el día de la estancia hospitalaria en

que aparece, identificando si es anterior o posterior a la intervención quirúrgica de osteosíntesis de la fractura.

Resultados: porcentaje alto de mujeres frente a hombres, 166 mujeres (78%) con una edad media de 84 años, siendo el 41.78 % mayores de 85 años.

Incidencia del Síndrome Confusional Agudo: 32.4 %, 69 casos del total (n=213). Demencia previa al ingreso: 38 casos de los que en el 31.57 % de los casos se detectaron alteraciones del ciclo del sueño- vigilia e hiperactividad verbal y motora nocturna. El SCA aparece en un porcentaje alto en los días segundo y tercero después del ingreso, suponen el 43.46 %. En los 25 enfermos que se mantuvieron sin delirio después de su ingreso hospitalario, se presentaron síntomas de SCA en un 64%, en el segundo y tercer día después de la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Se presentó una incidencia del Síndrome Confusional Agudo o Delirio, dentro de la media de los resultados de los estudios revisados en la bibliografía. Parece importante la actuación de la enfermera de la Unidad de Hospitalización en la pronta identificación y aplicación de las medidas terapéuticas adecuadas para minimizar los efectos de SCA y evitar mayores complicaciones médicas.

ABSTRACT

Acute Confusion Syndrome (ACS) or Delirium is a frequent mental disorder with serious adverse results in hospitalized patients who are also affected by, among other things, aspects of their daily care and hospital environment.

Because it is related to an increase in mortality, the duration of hospital stay and the following institutionalization of patients that suffer from this, it is considered important to quantify how many elderly patients with hip fractures, a very common pathology in the hospitalization unit of Traumatology Surgery and Orthopedics of the hospital, were suffering from this syndrome.

Objective: To know the impact of ACS in patients over 65 years of age, admitted to hospital due to proximal femur fracture, during 2008 in the C.O.T. hospitalization unit in the Hospital Nuestra Señora de Sonsoles del Complejo Asistencial, Ávila, Spain. Also to identify the day of hospital admittance in which ACS appeared.

Methodology: Observational, descriptive, retrospective study. The total population is 240, that corresponds to the total number of patients admitted due to hip fracture in 2008, for a confidence rate of 99% ($\alpha = 0.01$) and a margin of error of 3%, the sample size is 213. The sample was obtained randomly and grouped and is made up of patients admitted in the Traumatology unit in 2008, over 65 years of age, with a diagnosis of hip fracture.

Independent Variables: Gender and age, the day of admittance and surgical intervention and dementia type when admitted. The dependant variables are the appearance of ACS and the day of hospital stay in which it appeared, identifying if it is anterior or posterior to the surgical intervention of fracture osteosynthesis.

Results: High percentage of women vs. men, 166 women (78%) with an average age of 84 years, 41.78% being over 85 years old.

ACS Incidence: 32.4%, 69 of the total cases (n=213). Dementia previous to admittance: 38 cases of which in 31.57% alterations in the sleep cycle were detected along with wakefulness and verbal and nocturnal motor hyperactivity. ACS shows up in a high percentage in the second and third day after admittance making up 43.46%. In 25 patients that did not show signs of delirium after their hospital admittance, 64% developed signs or ACS in the second or third day after surgical intervention.

Conclusions: An impact of ACS or delirium was discovered within the average of the reviewed studies in the bibliography. The quick identification, by the nurses, and the application of adequate therapeutic measures in order to minimize the effects of ACS and avoid greater medical complications is important.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) o Delirio es un trastorno mental frecuente con resultados adversos graves en los pacientes hospitalizados. En su etiología se consideran un grupo de factores de riesgo que incluyen aspectos de la atención habitual y del medio ambiente de los hospitales. Está relacionado con aumento de la mortalidad, la morbilidad física, la duración de la estancia hospitalaria y la institucionalización posterior de los enfermos que lo padecen. Los datos de diferentes estudios hablan de cifras de incidencia muy dispares. Más específicamente en estudios relacionados con enfermos con fractura de cadera, la incidencia oscila entre un 26 al 48%.

La enfermera de la Unidad de Hospitalización tiene un papel primordial en la pronta identificación del SCA y su tratamiento.

ANTECEDENTES

El Síndrome Confusional Agudo (SCA), también llamado delirium, es conocido desde la época de Hipócrates, y se encuentra bien descrito en la literatura médica desde el siglo XVI. No es sorprendente por tanto que haya recibido muchos nombres como confusión aguda, síndrome cerebral agudo, disfunción mental, nublamiento de conciencia, seudosenilidad, encefalopatía, fracaso cerebral agudo y otros.

Podemos definir el SCA como una alteración de las funciones superiores del sistema nervioso, aguda y global, con afectación de la conciencia y de la atención, alteraciones de la sensoropercepción tales como ilusiones y alucinaciones tanto visuales como auditivas o táctiles, suele ir acompañado de una alteración del ciclo sueño vigilia y de la conducta psicomotora.

El SCA o delirium, es una patología multifactorial muy habitual en los pacientes ancianos y una de las complicaciones más frecuentes y graves en este tipo de pacientes hospitalizados. Es un cuadro clínico agudo, transitorio y completamente reversible. (1, 2, 3, 4)

Las características principales del SCA, según Lipowsky en 1990 (21) son:

- 1) *Comienzo agudo, con fluctuaciones a lo largo del día y frecuente empeoramiento durante la noche (por lo que es importante interrogar a familiares y cuidadora).*
- 2) *Inversión del ritmo sueño- vigilia.*
- 3) *Desorientación en tiempo y espacio.*
- 4) *Oscurecimiento de la conciencia. Alteración de la atención: incapacidad de mantener la atención a un estímulo externo. Se distraen fácilmente, no siguen órdenes.*
- 5) *Deterioro de la memoria de corto plazo (fallan en test de repetir 3 palabras).*
- 6) *Alucinaciones principalmente visuales, o malinterpretaciones, que con frecuencia no recuerdan posteriormente. Se exageran de noche y son vividas con miedo y angustia. Ideas delirantes de persecución.*

7) *Alteración del nivel de actividad: agitación, vagabundeo o intranquilidad que alterna con somnolencia y letargo; repiten actividades ocupacionales previas.*

8) *Alteraciones del lenguaje: vago, incoherente.*

9) *Pensamiento desorganizado, fragmentado, y distorsionado. Mezclan experiencias del pasado con el presente y distorsionan la realidad. Alternan periodos de lucidez.*

10) *Humor variable, con frecuencia hay miedo y ansiedad.*

El SCA, implica una alteración de la conciencia y por tanto una disminución de la capacidad de identificar y reconocer el entorno, ocasionado siempre por causa orgánica (entendiendo por causa orgánica una enfermedad médica o efectos de alguna sustancia o tóxico). (2,4)

Secundariamente a la alteración de la conciencia puede existir afectación de otras funciones cognoscitivas, como una alteración del pensamiento, alteración de la percepción, memoria, afectividad, orientación, actividad sicomotora y sueño, ... según la definición de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1987.(22)

Los ancianos tienen mayor riesgo de presentar delirio por distintos factores: polimedicación, "envejecimiento cerebral", déficit sensorial, aislamiento, cambios de entorno habitual. Todos estos factores se combinan entre sí y cualquier desencadenante puede actuar sobre ellos y producir un cuadro de delirio. (4,8)

Como causas desencadenantes del delirium podemos encontrar:

- Desequilibrio metabólico: hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia, enfermedad renal, enfermedad hepática, alteraciones equilibrio ácido-base, electrolíticas, etc.
- Endocrinopatías: hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperfunción suprarrenal
- Estados febriles
- Déficit vitamínicos: vitamina B12, folatos y Tiamina
- Estado postoperatorio
- Procesos cardiovasculares: hipotensión, crisis HTA, insuficiencia cardiaca.
- Lesiones del SNC: ACVA, aneurismas, convulsiones, TCE etc.
- Infecciones
- Deprivación sensorial o sobre estimulación: sordera, defectos de refracción.
- Fármacos: anticolinérgicos, anticonvulsivos, antihipertensivos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, Cimetidina, insulina, opiáceos, salicilatos, sedantes e hipnóticos, esteroides.
- Tóxicos y drogas: alcohol, monóxido de carbono, etc. (2,5)

Cuadro Clínico del Síndrome Confusional Agudo.

Varias características clínicas distinguen el delirio de otros trastornos mentales. En general, el delirio se desarrolla en horas a días, y presenta fluctuación rápida durante el día. El paciente tiene alteraciones de la conciencia, LO QUE SE manifiesta por somnolencia, trastornos del sueño y letargia. El ciclo sueño-vigilia está casi siempre invertido, con períodos marcados de somnolencia durante el día e insomnio por la noche con períodos de mayor lucidez matutina. Las funciones cognitivas, incluyendo memoria, orientación y lenguaje están afectadas.

Nos encontramos con una alteración de la memoria a corto plazo y con desorientación en tiempo y espacio. El trastorno de la atención es otra característica clave del delirio. Se pueden desarrollar ideas paranoides y agitación.

Los trastornos de la percepción incluyen ilusiones (por ejemplo, mala interpretación y mala percepción del medio ambiente) y alucinaciones verdaderas, que pueden ser visuales, auditivas o táctiles. Puede existir alteración en el comportamiento psicomotor, desde poca actividad espontánea hasta reacciones rápidas y movimientos estereotipados complejos cuando el paciente presenta alucinaciones. Estas alteraciones impiden al paciente comprender su situación clínica, producen un alto estado de ansiedad en los familiares y complica también el trabajo del personal sanitario.

Existen dos tipos de delirio: el tipo hiperactivo y la forma hipoactiva. En la variedad hiperactiva el paciente se encuentra hipervigilante, con agitación, inquietud, agresividad, y se acompaña de alucinaciones. El delirio hiperactivo puede ser confundido con esquizofrenia, demencia agitada o con un trastorno psicótico.

En el tipo hipoactivo, el paciente está letárgico y con apatía, es más frecuente en pacientes con trastornos metabólicos y con sepsis. Este tipo de delirio con mayor frecuencia puede ser diagnosticado como depresión.

Los pacientes pueden mostrar también manifestaciones de ambos subtipos (tipo mixto).

En algunos hay una fase prodrómica con irritabilidad y trastorno de la atención. Es fluctuante en el tiempo, con períodos lúcidos en las mañanas y manifestándose en la noche la máxima alteración. (5, 6 ,7)

La aparición del SCA aumenta la morbilidad y la mortalidad, alarga la estancia hospitalaria y, en un elevado porcentaje, será el precursor de una demencia. Estos son motivos suficientemente importantes para detectarlo y tratarlo desde el primer síntoma.

Tenemos a nuestra disposición muchos estudios que revelan datos muy dispares respecto al porcentaje de aparición del SCA. Estudios de pacientes mayores ingresados en hospital y en unidades de críticos, en servicios quirúrgicos y más específicamente investigaciones sobre enfermos intervenidos quirúrgicamente de fractura proximal de fémur.

Algunos estudios detectan que entre el 20-40% de los pacientes ancianos ingresados lo presentan en algún momento de su estancia hospitalaria. Según Gleason, en pacientes hospitalizados con enfermedad médica, el SCA afecta al 10 - 30 % de pacientes y aumenta al 50 -60 % en personas con riesgo elevado y mayores frágiles. (9, 10). Cristo Nuñez en una investigación sobre 1026 pacientes encontró una incidencia aún menor, el 18,7%. 192 casos, en el grupo de edad de 75-89 años, de sexo masculino fueron quienes tuvieron principalmente alteraciones de la conducta y del sueño. (11)

En el estudio realizado por Mullen se demuestra que el 26% de los pacientes intervenidos de fractura de cadera presentaron el SCA y relacionaron esta variable con mayor mortalidad en el grupo de ancianos frágiles. (8)

En la bibliografía, se pueden encontrar también trabajos en Unidades de Cuidados Intensivos como el realizado en una UCI polivalente de Murcia, donde la incidencia del SCA fue del 8,1%, 20 casos con una edad media de 69.5 años y principalmente hombres (12).

En estudios con enfermos quirúrgicos el porcentaje se eleva, Roca obtiene un 80% de incidencia (13).

Más específicamente, encontramos trabajos de investigación en pacientes intervenidos quirúrgicamente para realizar osteosíntesis de fractura de cadera. En éstos también hay disparidad de porcentaje de incidencia de SCA. (8, 14, 15, 16, 17, 18, 19)

Desde un 26% detectado por Mullen (8), hasta un 48% que encontró Gotor (14), habiéndose rechazado para su estudio a las personas que previamente tenían una alteración mental severa o diagnosticados de demencia.

Sáez en otro trabajo en el que también estaban excluidos los pacientes con fractura de cadera con demencia, detectó un porcentaje similar. De los 449 pacientes estudiados con una edad media de 83 años y el 80% mujeres, se contabilizaron 86 casos, un 42,6% de los estudiados con síndrome confusional agudo. (15)

Además de los datos de incidencia tenemos en cuenta que la enfermera tiene un papel primordial, tanto en la identificación del SCA, como en su tratamiento. La enfermera es la encargada de instaurar un plan de intervención que impida la cronificación del SCA y destacamos la importancia de incluir en el Plan de Cuidados a la familia del paciente o al cuidador principal, ya que una participación activa de éstos puede contribuir de forma significativa a la recuperación del paciente (1, 9, 20).

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Conocer la incidencia del Síndrome Confusional Agudo (SCA) en las personas mayores de 65 años, ingresados por Fractura proximal de fémur (fractura de cadera), durante el año 2008, en la Unidad de Hospitalización de C.O.T del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles del Complejo Asistencial de Ávila.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Identificar el día del ingreso hospitalario en el que aparece el SCA.
- Conocer el momento de aparición después de la intervención quirúrgica de osteosíntesis de la Fractura de Cadera.

METODOLOGÍA

Se realizó un **Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo**.

- El tamaño de la muestra se estableció, según la fórmula para la estimación de una proporción, a partir del dato de ingresos por fractura proximal de fémur en el Hospital de Nuestra Señora de Sonsoles en el año 2008, que fueron 240.
- Aceptando un intervalo de confianza del 99% ($\alpha = 0,01$) para una población infinita y un margen de error del 3%, obtenemos una muestra de 213 unidades.
- La muestra se obtuvo de una forma aleatoria y estratificada.
- Esta muestra está compuesta por personas ingresadas en la Unidad de Traumatología en 2008, mayores de 65 años, con un diagnóstico de Fractura de cadera.

- Se excluyeron los casos con fractura de cadera que tenían además diagnóstico médico de Traumatismo Craneoencefálico, ya que se consideró que las posibles alteraciones neurológicas que se pudieran producir por este motivo, podrían confundirse con delirio.
- Los datos se recogieron de la historia informatizada de los pacientes, principalmente de los comentarios de enfermería.
- Se consideraron como variables independientes a estudiar las demográficas sexo y edad y por otra parte el día de ingreso e intervención quirúrgica y si ingresa con algún tipo de demencia o no.
- Como variables dependientes se consideraron la aparición del SCA y el día de la estancia hospitalaria en que aparece, identificando si es anterior o posterior a la intervención quirúrgica de osteosíntesis de la fractura.

Socio-demográficas, Asistenciales

- a. Sexo. Escala : Hombre- Mujer
- b. Edad del paciente > 65 (Años cumplidos). Escala: ordinal.
- c. Ingreso hospitalario. Escala: Día / mes /año.
- d. Alta hospitalaria. Escala: Día / mes / año.
- e. Día de cirugía. Escala: Día / mes /año.
- f. Demencia o alteración cognitiva grave previo al ingreso. Escala: Sí - No

Dependientes

1. Aparición de Síndrome Confusional agudo. Escala: Día / mes / año
 - Para detectar en los registros la aparición del SCA, se utiliza el Confusion Assessment Method (CAM) (Método de evaluación de la confusión) Inouye 2000, como herramienta de diagnóstico. [**Anexo I**]

Se tuvo en cuenta el registro de los Comentarios de Enfermería de todos los turnos, desde el día de ingreso hasta el alta hospitalaria, considerando cualquier apreciación del inicio del SCA: la aparición de desorientación, lenguaje inadecuado, agitación motora, alucinaciones, alteraciones del ciclo del sueño, comunicación agresiva...

- Una vez recogidos los datos, se realizó la estadística descriptiva de los datos cualitativos y cuantitativos. Se calculó la media y los porcentajes con el programa informático Excel.

En cuanto a la pertinencia de este trabajo podemos decir que se consideró importante cuantificar cuántos enfermos mayores con fractura de cadera, una patología muy habitual en la Unidad de hospitalización de Cirugía de Traumatología y Ortopedia del hospital, padecían este síndrome, una complicación que aumenta la morbi-mortalidad de quienes lo padecen y la estancia hospitalaria.

Además, tenemos en cuenta que aspectos de la atención sanitaria habitual y del medio ambiente de los hospitales son factores de riesgo de instauración del SCA y en éstos podemos influir. Por tanto, si el dato encontrado es elevado o por encima de la media de los encontrados en los estudios revisados, sería este estudio el punto de partida de determinadas acciones enfermeras encaminadas a disminuir la incidencia del SCA.

RESULTADOS

Una vez recopilados los datos, encontramos un porcentaje alto de mujeres frente a hombres, 166 mujeres, que corresponde al 78% y con un rango de edad elevado, con una edad media de 84 años. Llama la atención el 41.78 % que corresponde al rango de edad de más de 85 años.

La incidencia del Síndrome Confusional Agudo es de 32.4 %, 69 casos del total (n=213). Se encontraron 38 casos con demencia previa al ingreso, 17.8 %, de los que en el 31.57 % de los casos se detectaron alteraciones del ciclo del sueño- vigilia e hiperactividad verbal y motora nocturna.

El SCA aparece en un porcentaje alto en los días segundo y tercero después del ingreso. Los 14 y 16 casos en los que se detectó SCA, que corresponden a los que aparecieron al día siguiente del ingreso y el día posterior, suponen el 43.46 %, cerca de la mitad del total.

En cuanto a los 25 enfermos que se mantuvieron sin delirio después de su ingreso hospitalario, aunque los síntomas de SCA se presentaron en días posteriores a la intervención quirúrgica, se apreció la aparición del mismo mayoritariamente también el segundo y tercer día después de la intervención quirúrgica. De esos 25 casos, 16 presentan SCA en esos días, que corresponde a un 64%.

CONCLUSIONES

En la Unidad de Cirugía de Traumatología y Ortopedia en 2008 se presentó una incidencia del Síndrome Confusional Agudo o Delirio, dentro de la media de los resultados de los estudios revisados en la bibliografía.

La intervención quirúrgica puede ser el detonante para que se produzca delirio en personas que no lo habían padecido después del ingreso hospitalario.

Tenemos una población mayor que ingresa por fractura de cadera y un 21,5 % ingresó con un diagnóstico previo de alteración cognitiva o demencia.

Considerando el SCA una complicación grave en las personas que ingresan por fractura de cadera en el hospital, parece importante su pronta identificación y la aplicación de las medidas terapéuticas adecuadas para minimizar sus efectos y evitar mayores complicaciones médicas.

Por otra parte, una vez conocido el número de casos de SCA, sería conveniente un nuevo estudio para ver la modificación en la incidencia tras la intervención enfermera con el establecimiento de un programa específico con medidas no farmacológicas e intervenciones ambientales en el hospital. El programa tendría en cuenta la información y colaboración de los familiares o cuidadores informales principales con el personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 – Carretero Faner, M. Plan de cuidados: síndrome confusional agudo. Gerokomos. 2002 dic. 13(4): 178-184
- 2 - Cofer, M.J. Un compañero inoportuno del anciano: el delirio postoperatorio. Nursing 2006; 24(1): 21-23.

- 3 - Inouye S K. Delirio: un barómetro para la calidad de la asistencia hospitalaria. *Hospital Practice* 2002; 1(6): 52-55.
- 4 - O'keeffe st, NI Chonchubhair A. Postoperative delirium in the elderly. *British Journal of Anaesthesia*, 1994; 73: 673-87.
- 5 - Arnalich Jiménez,B. Carrasco Serrano,A.Aznarte López,JI. Delirio y alucinaciones. *Guías Clínicas* 2003; 3 (27).
- 6 -González Pérez, A.I. Estados confusionales agudos en el anciano: papel de la enfermería. *Revista de Enfermería Gerontológica* 2005; 10: 48-49.
- 7 – Chávez-Delgado ME, Virgen-Enciso M, Pérez-Guzmán J, Celis-de-la-Rosa A, Castro-Castañeda S. Delirium en ancianos hospitalizados. Detección mediante evaluación del estado confusional. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (4): 321-328
- 8 - Mullen JO, Mullen NL. Hip fracture mortality. A prospective, multifactorial study to predict and minimize death risk. *Clin Orthop*. 1992; 280:214-22.
- 9 - Gleason OC. Delirium. *Am Fam Physician* 2003 Mar 1;67(5):1027-34. [Medline]., University of Oklahoma College of Medicine, Tulsa, Oklahoma. American Academy of Family Physicians. <http://www.aafp.org/afp/20030301/1027.html>
- 10 - Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, Holmes J. Intervenciones para la prevención del delirio en pacientes hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 11 - Cristo Nuñez MA, Gómez Fernández N, Baster Moro JC, Roca Socarrás A. Síndrome confusional agudo en el Servicio de Geriátrica. Hospital "V. I. Lenin". *Correo Científico Médico de Holguín* 2006; 10 (2).
- 12 - Rodríguez J, Martín R, Jorge RM, Iniesta J, Palazón C, Carrión F, Parra F, López A, Martínez M. Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería. *Enferm Intensiva* 2001; 12: 3-9.
- 13- Roca Goderich R. *Temas de Medicina Interna*. 4ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002: 533-558.
- 14 - Gotor P, González-Montalvo JI, Alarcón T. Factores asociados a la aparición del delirium en pacientes geriátricos con fractura de cadera. *Rev Mult Gerontol* 2004; 14(3):138-148
- 15 - P. Sáez López, F. Madruga Galán y J.A. Rubio Caballero. Detección de problemas en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Importancia de la colaboración entre traumatólogo y geriatra. *Rev Ortop Traumatol (Madr.)*. 2007; 51:144-51.
- 16 - Sánchez-Ferrin P, Mañas-Magana M, Asunción Márquez J, Dejoz-Preciado MT, Quintana-Riera S, González-Ortega F. Valoración geriátrica en ancianos con fractura proximal de fémur. *Rev Esp Geriatr Geontol*. 1999; 34:65-71.
- 17- Champion EW, Jette A, Cleary PD, Harris BA. Hip fracture: A prospective study of hospital course, complications and costs . *Journal og General Internal Medicine*. 1987; 2:78-82.
- 18 - Ogilvie- Harris DJ, Botsford DJ, Worden Hawker R. Elderly patients with hip fractures: Improved outcome with the use of care maps with high-quality medical and nursing protocols. *J Ortop Trauma*. 1993; 7:428-37.
- 19 - Diaz V, Rodriguez J, Barrientos P, Serra M, Salinas H, Toledo C, Kunze S, Varas V, Santelices E, Cabrera C, Farias J, Gallardo J, Beddings MI, Leiva A, Cumsille MA. [Use of procholnergics in the prevention of postoperative delirium in hip fracture surgery in the elderly A randomized controlled trial]. *Revista de Neurologia* 2001; 33 (8):716-9.
- 20 - Cámara González, L; Domínguez Martínez, JR; Herranz Márquez, N; Martín Falcón, V; Ruiz Usabiaga, JA; Vargas Sánchez, M J y Martínez Martín, M Luisa . Plan de cuidados al paciente geriátrico hospitalizado con síndrome confusional agudo . *Gerokomos* . 2002 jun ; 13 (2):75-79

21 - LIPOWSKI ZJ. Delirium: Acute Confusional States: New York: Oxford University Press, 1990.

22 - Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Revisión de 3ª edición). Masson, Barcelona, 1987.

ANEXO I

METODO DE EVALUACION DE LA CONFUSION DE INOUYE CAM (Confusion Assessment Method)

1) INICIO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE

¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental del paciente?

¿Tiende, la conducta anormal, a fluctuar durante el día?

Si la contestación es No, no seguir el cuestionario.

2) ALTERACIÓN DE LA ATENCIÓN

¿El paciente se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?

Si la contestación es No, no seguir el cuestionario.

3) PENSAMIENTO DESORGANIZADO

¿Tiene el paciente, pensamiento desorganizado o incoherente, tal como conversación vaga o irrelevante, flujo de ideas ilógicas o poco claras, cambios impredecibles desde uno a otro tema o confunde a las personas?

4) ALTERACION DEL NIVEL DE CONCIENCIA

¿Cómo evaluaría el nivel de conciencia del paciente? Alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (somnoliento pero fácilmente despertable), estupor (dificultad para despertarlo) o en coma (no despierta).

EVALUACION: El diagnóstico de Delirium requiere la presencia de los elementos 1 y 2 y por lo menos uno de los dos últimos. Tiene un 95% de sensibilidad y especificidad.

Inouye S, van Dick C, Alessi C, et al. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. Annals of Internal Medicine 1990; 113:941-948.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia