



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y EL USO DE LA DESESCALADA VERBAL EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN ESTADO DE AGITACIÓN CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIUM

Álvaro González de la Morena

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año académico 2022-2023

EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y EL USO DE LA DESESCALADA VERBAL EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN ESTADO DE AGITACIÓN CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIUM

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Islas Baleares

Año académico 2022-2023

Palabras clave del trabajo:

Habilidades comunicativas, enfermería, desescalada verbal, agitación y síndrome confusional agudo o delirium

Nombre Tutor del Trabajo: Dr. Andreu Bover Bover

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación.	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	X			

Resumen

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) o Delirium es un trastorno transitorio y habitual que altera la consciencia y las capacidades cognitivas, además suele acompañarse de un aumento de los niveles de agitación de tal manera que el Delirium se relaciona en triada Dolor-Agitación-Delirium (PAD).

Es un síndrome que frecuentemente es infradiagnosticado, tanto por desconocimiento del personal como por ser complejo y multifactorial, a ello se suma la existencia de varios tipos tanto por la agitación como por el delirium, lo que dificulta y vuelve aún más específico su diagnóstico. La actuación enfermera cobra importancia en este tipo de paciente, tanto para la prevención como para el tratamiento.

El tratamiento para llevar a cabo depende del tipo de Delirium y agitación, por lo que las medidas de intervención varían, aunque la que cada vez destaca más por presentar múltiples beneficios a los profesionales como al propio paciente es el abordaje o desescalada verbal, cuyo procedimiento requiere una formación previa y unas habilidades comunicativas necesarias para asegurar una buena actuación.

Palabras clave: Habilidades comunicativas, enfermería, desescalada verbal, agitación y síndrome confusional agudo.

Acute Confusional Syndrome (ACS) or Delirium is a transient and habitual disorder that alters consciousness and cognitive abilities and is also usually accompanied by increased levels of agitation in such a way that Delirium is related in a Pain-Agitation-Delirium triad. (PAD).

It is a syndrome that is frequently underdiagnosed, both due to staff ignorance and because it is complex and multifactorial. Added to this is the existence of several types, both due to agitation and delirium, which makes its diagnosis difficult and even more specific. Nursing action becomes important in this type of patient, both for prevention and treatment.

The treatment to carry out depends on the type of Delirium and agitation, so the intervention measures vary, although the one that stands out more and more for presenting multiple benefits to professionals as well as to the patient himself is the

verbal approach or de-escalation, whose procedure requires prior training and communication skills necessary to ensure a good performance.

Keywords: Communication skills, nursing, verbal de-escalation, agitation and acute confusional syndrome.

El Síndrome Confusional Agut (SCA) o Delirium és un trastorn transitori i habitual que altera la consciència i les capacitats cognitives, a més sol acompanyar-se d'un augment dels nivells d'agitació de tal manera que el Delirium es relaciona en triada Dolor-Agitació-Delirium (PAD).

És una síndrome que sovint és infradiagnosticat, tant per desconeixement del personal com per ser complex i multifactorial, a això se suma l'existència de diversos tipus tant per l'agitació com pel delírium, cosa que dificulta i torna encara més específic el diagnòstic. L'actuació infermera té importància en aquest tipus de pacient, tant per a la prevenció com per al tractament.

El tractament per dur a terme depèn del tipus de Delirium i agitació, per la qual cosa les mesures d'intervenció varien, encara que la que cada cop destaca més per presentar múltiples beneficis als professionals com al pacient és l'abordatge o desescalada verbal, el procediment del qual requereix una formació prèvia i unes habilitats comunicatives necessàries per assegurar una bona actuació.

Paraules clau: Habilitats comunicatives, infermeria, desescalada verbal, agitació i síndrome confusional aguda.

Índice

1. Resumen	2
2. Índice	4
3. Introducción	5
4. Objetivos del trabajo	5
5. Estrategias de búsqueda bibliográfica.....	9
6. Resultados de la búsqueda bibliográfica	10
7. Discusión	14
7.1. Preparación ambiental	14
7.2. Proceso de abordaje verbal	15
7.3. Habilidades comunicativas.....	17
7.4. La prevención mediante el diagnóstico específico con las escalas validadas.....	22
8. Conclusión.....	23
9. Bibliografía	24
10. Anexos	27
Anexo 1. Diagnóstico diferencial del delirium	27
Anexo 2. Modelo eCASH	28
Anexo 3. Modelo complejo de la relación dolor-agitación-delirium	28
Anexo 4. Ficha de estrategia de búsqueda bibliográfica	29
Anexo 5. Factores estresores relacionados con el delirium.....	31
Anexo 6. Medidas preventivas ante un paciente con delirium.....	31
Anexo 7. Escala CAM-ICU y ICDSC.....	32
Anexo 8 Factores predisponentes del delirium.	33
Anexo 9. Escala RASS y PEC.....	34
Anexo 10. Escala CIWA-Ar.....	35
Anexo 11. Escala Strub y Black.....	35

Introducción

En los últimos años las enfermedades de carácter mental han ido surgiendo y suscitando el mismo interés y preocupación que las enfermedades fisiopatológicas, sobretodo en entidades como la hospitalización y en ciertas instituciones. Uno de los aspectos negativos que acarrea la hospitalización es la alteración del estado cognitivo, dentro de todo ellos el delirium ha adquirido gran importancia y habitualidad en pacientes ancianos y hospitalizaciones prolongadas, lo que el impacto del delirium supone un problema que frecuentemente es infravalorado por los propios sanitarios.

El síndrome confusional agudo (SCA) repercute en el pronóstico del paciente durante su hospitalización y después de la misma, por tanto, el SCA es un punto que el sistema sanitario debería empezar a considerar y abordar desde el punto de vista preventivo e instructivo en el personal de enfermería. La prolongación de una hospitalización se encuentra directamente relacionada con el aumento en cuidados por parte de enfermería, de hecho, la hospitalización e institucionalización, de pacientes con SCA, suelen tratarse de entidades en las que ocurre frecuentemente y cuyo origen se relaciona, además de la edad y ciertos factores de riesgo, con el proceso de cuidado, siendo prevenible en un 30-40% de los casos.

La incidencia aproximada del delirium en el medio comunitario se encuentra entorno al 10-15% en la población general, en cambio, la prevalencia del delirium es del 0,4% en adultos mayores o iguales de 18 años, del 1,1% en adultos mayores o iguales a 55 años, entre el 1-2% en mayores de 65 años y hasta el 14% entre los mayores de 85 años. Los datos sobre la incidencia y prevalencia de este síndrome varían y presentan un cambio significativo según la edad, el paciente y el lugar de hospitalización, del 10-30% de los pacientes desarrollarán este síndrome durante su estancia hospitalaria. La población anciana, es el grupo poblacional más vulnerable y propenso para que pueda manifestarse el SCA como hemos visto; En los servicios de urgencia el delirium se encuentra entre el 10-30% de los pacientes mayores que acuden a la unidad. La prevalencia de las personas mayores de 65 años, una vez hospitalizados, varía entre el 14-24%, mientras que la incidencia durante el periodo hospitalario se encuentra entre el 6-56%. Existen diferencias entre las unidades en las que se encuentren, aparece en el 15-53% durante el periodo postoperatorio, del 70-87% en unidad de cuidados intensivos, alrededor del 60% en residencias o centros de recuperación funcional y del 83% en cuidados paliativos.

La tasa de mortalidad en la población anciana aumenta cuando se compara con pacientes que presentan los mismos problemas análogos, pero sin delirium, independientemente de la unidad en la que tenga lugar.

El SCA es un problema cada vez más frecuente y grave, la mayor parte de los pacientes que fundamentalmente se ven afectados son los ancianos hospitalizados ya que comprenden un grupo susceptibles a presentar muchos de los factores de riesgo.

Hay una evidencia que hace presentar el SCA como un problema hospitalario a incidir en su diagnóstico y tratamiento, además de la prevención, y es que el incremento exponencial de la población anciana es un hecho que puede conllevar a un evidente incremento de la incidencia del SCA en los próximos años, el cuál dentro de estos es un importante factor de morbimortalidad, que actualmente se estima entre 11-41% y anualmente del 38%, un empeoramiento del pronóstico y funcionalidad en esta población.

El síndrome confusional agudo es un síndrome de compleja etiología y a menudo multifactorial que está formado por un conjunto de síntomas y signos relacionados con el nivel de consciencia y el deterioro de funciones cognitivas del paciente. Representa en muchas ocasiones un síndrome que pasa desapercibido y que generalmente modifica el pronóstico del paciente, por lo que el reconocimiento precoz de un SCA, la correcta identificación de los factores de riesgo y el establecimiento de adecuadas pautas terapéuticas resultan de crucial importancia. El desarrollo de un SCA tiene importancia no solo en el ámbito de la salud sino también desde el punto de vista económico y social, ya que los pacientes requieren cuidados especiales del personal sanitario, tienen mayor riesgo de caídas, mayor supervisión, estancias hospitalarias prolongadas y mayor institucionalización, en términos económicos, las medidas terapéuticas, tanto para la prevención como para el tratamiento, pueden suponer la reducción de costes superior al 15%.

El delirium es necesario diferenciarlo de sus tres tipos para saber que medidas podemos llevar a cabo o cuáles son las idóneas en cada caso; En el tipo **Hipoactivo**, presenta una disminución de la actividad psicomotora, lenguaje lento, letargia y actitud apática, predomina en la población anciana y suele desarrollarse en alteraciones metabólicas. Es de los más difíciles de identificar, pues sus síntomas son tan evidentes que pasan desapercibidos. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con la demencia y la depresión (Anexo 1). El tipo **Hiperactivo**, presenta hiperactividad, agresividad, inquietud y estado

de alerta. Se asocia a intoxicación por tóxicos o abstinencia, también al efecto anticolinérgico de algunos fármacos. Es el más fácil de identificar por sus síntomas tan llamativos y evidentes. El tipo **Mixto**, supone la alternación y fluctuación entre hipo e hiperactividad en el tiempo(1,2).

La agitación psicomotriz es un síndrome caracterizado por un estado de hiperactividad motora y alteración emocional descontrolada, generalmente se manifiesta con una conducta agresiva y hostil que requiere la inmediata actuación del personal sanitario. Es necesario para su evaluación concretar ante que tipo de agitación nos encontramos; **Orgánica**, en la que no existen antecedentes psiquiátricos pero si alteración de las constantes vitales, fluctuación intensidad con mayor actividad nocturna, acompañado de alteración de la consciencia, desorientación espacio-tiempo, es muy común en intoxicaciones o Sdr de abstinencia y Sdr confusional agudo o delirium, en cambio, el **Psiquiátrica**, existen antecedentes psiquiátricos sin alteraciones de constantes, escasas fluctuaciones, sin alteración de la consciencia ni desorientación tiempo-espacio como pueden ser trastorno afectivo o psicosis. La **mixta** es considerada la mezcla de las dos anteriores(3–5). Los modelos, guías, protocolos de actuación ante el delirium destacan la importancia de intervenir, no sólo en el cuadro del Síndrome confusional agudo, sino en las demás esferas que pueden aparecer y que influyen de igual medida en el estado del paciente(6,7) (Anexos 2 y 3).

Cabe destacar que la implicación en el paciente agitado con SCA de manera multidisciplinar es la intervención más idónea tanto para la prevención, la valoración/seguimiento y el tratamiento del paciente, una supervisión mantenida por parte del equipo multidisciplinar incide en someter al paciente a una estrecha vigilancia, día y noche, por parte de un personal sanitario atento y cualificado con buen conocimiento de los factores de riesgo, el uso de escalas, etc... constituyen las claves para llevar a cabo una prevención adecuada y una atención global. El rol de enfermería en este tipo de paciente cobra mayor relevancia, incluido el rol del auxiliar, son las mejores posiciones para valorar a estos pacientes, ya que se encuentran en “primera línea”. Dentro de este equipo multidisciplinar (celadoras, auxiliares, médicas, enfermeras, psiquiatras, fisios...)(8) se ha ido incluyendo la figura de la familia, su implicación en el paciente ha visto resultados favorecedores para reducir y prevenir el SCA(9,10).

La vigilancia y supervisión constante del paciente y de sus posibles factores de riesgo, que puedan repercutir en la aparición del SCA hace referencia a la importancia de una

figura que pueda involucrarse en todo ello, es decir, el rol de enfermería, que supone el profesional sanitario más en contacto y, por ello, más ideal para prevenir y tratar el delirium. El contacto continuo con los pacientes le confiere la posición privilegiada para supervisar su aparición, además, no es suficiente con la figura de la enfermera, con el debido conocimiento e instrucción sobre el delirium permite asegurar una correcta intervención, junto con el uso de herramientas como las escalas validadas que permiten diagnosticar y orientar ante la sospecha de un caso de SCA.

La desescalada verbal

Es un conjunto de estrategias que ayudan al profesional a aproximarse al paciente, generalmente agitado, y establecer interacción con él mediante una serie de habilidades comunicativas para poco a poco ir dirigiéndole a un estado de autocontrol y serenidad.

La técnica de la desescalada verbal, también conocida como abordaje verbal, desactivación verbal, mediación en conflictos, requiere de una formación previa y de profesionales cualificados, un profesional sanitario debidamente formado y entrenado y con experiencia en el abordaje de situaciones caóticas/tensas aseguran la eficacia de la intervención.

Dicha técnica comunicativa es adecuada para llevarla a cabo en pacientes con un nivel de agitación leve o moderado, los niveles de agitación severos requieren de medidas previamente mencionadas como son la farmacológica o medidas físicas/mecánicas debido a su alto riesgo para la seguridad tanto de los profesionales y demás usuarios, como la del propio paciente(11).

La contención mecánica y el uso farmacológico son, en ocasiones, necesarios, pero también contraproducentes ya que aumentan el tiempo de ingreso y aumentan las consecuencias a largo plazo del SCA, es por ello por lo que la prevención, su rápido diagnóstico y actuación ante el Delirium permite reducir dichas prácticas y evitar la excesiva e innecesaria medicación.

El Ambiente para prevenir SCA y mejorar calidad y bienestar en el paciente

Una parte importante que hay que realizar antes de llevar a cabo la técnica de la desescalada verbal es preparar el ambiente dónde se va a desarrollar la intervención, y por tanto, reconocer los distintos factores estresores(12), es fundamental para crear un ambiente cálido que influya y ayude a disminuir el nivel de agitación del paciente, al mismo tiempo, saber reconocerlos también implica poder prevenir la aparición del

delirium como de que se pueda llegar a un nivel de agitación psicomotor elevado. Respetar el ciclo sueño-vigilia, el nivel de ruido, la entrada de luz natural o la implicación de la familia son alguno de los factores que describen(13), la gran mayoría de factores se encuentran en cualquier unidad del servicio de hospitalización y todos ellos pueden ser evitables siempre haciendo hincapié en la devida instrucción a los enfermeros incluyendo familiares y paciente para su detección.

Objetivos del trabajo

El objetivo principal planteado para el trabajo es: Describir el rol de enfermería para llevar a cabo las medidas preventivas y de control en pacientes agitados hospitalizados con Síndrome confusional agudo/Delirium.

Del objetivo principal hemos extraído los siguientes objetivos específicos:

- Definir los pasos necesarios para desarrollar la desescalada verbal de forma óptima ante un paciente agitado hospitalizado con delirium.
- Describir las competencias comunicativas de la enfermera/o necesarias para desempeñar una desescalada verbal.
- Justificar el uso de las escalas como herramienta para mejorar en el abordaje preventivo del paciente agitado con Síndrome confusional agudo/Delirium.

Estrategias de búsqueda bibliográfica

Los objetivos anteriores son las premisas que han guiado a realizar la búsqueda bibliográfica, a través de los principales buscadores como son BVS (metabusador), Pubmed (base de datos específica) y Cochrane (base de datos de revisiones).

En todos los buscadores se ha llevado a cabo el uso del vocabulario controlado de la base de datos MeSH-DeCS. Las palabras clave o tesauros utilizados en los buscadores (habilidades comunicativas, enfermería, desescalada verbal, agitación/agitación psicomotora y Síndrome confusional agudo/Delirium) han conformado los descriptores principales, que son: “habilidades/competencias comunicativas” (“Social skills/Competence”), “Síndrome confusional agudo/delirium” (“Delirium”) y la palabra clave “desescalada verbal” no fue hallada; como descriptores secundarios “agitación” (“Psychomotor agitation”) y “enfermera/o/atención enfermera” (“Nursing care”).

Junto con el vocabulario MeSH-DeCS y los booleanos “AND” y “OR”, se fija dos niveles de búsqueda. El primer nivel de búsqueda se conforma de la siguiente forma:

- **[Delirium] AND [Social skills] y [Delirium] AND [Competence]**

El segundo nivel de búsqueda se conforma de tal manera:

- **[Delirium] AND [Competence] AND [Nursing care OR Psychomotor Agitation]**

Los límites inclusivo-exclusivo de búsqueda establecidos en los buscadores fueron los años de publicación comprendidos entre 2012-2022, los idiomas castellano e inglés y otros límites como fueron la búsqueda de texto completo y de acceso gratuito.

Además, se llevo a cabo la técnica “bola de nieve” como tercer nivel de búsqueda, en la que se llegó a seleccionar 12 documentos como guías prácticas del Hospital Universitario de Asturias o protocolos de atención del paciente agitado del congreso internacional de psiquiatría (Anexo 4).

Resultados de la búsqueda bibliográfica

Una vez realizamos el proceso de búsqueda anterior, el total de resultado fue de 341 artículos, excluyendo los 12 documentos obtenidos a través de la estrategia bola de nieve (protocolos, guías de atención...). En los artículos buscados a través de buscadores se realizó filtraciones en 3 fases para seleccionar mejor qué artículos cumplieran los requisitos de los objetivos marcados, en la primera fase mediante la selección por título se redujo el total de artículos en 99, en la segunda fase a través de la lectura del resumen se llegó a un total de 79, por último, se realizó una lectura completa de los artículos y ya se obtuvieron 22 artículos definitivos. En todas las fases se descartaron principalmente por no ser de interés o por no tener la suficiente información precisada para este trabajo.

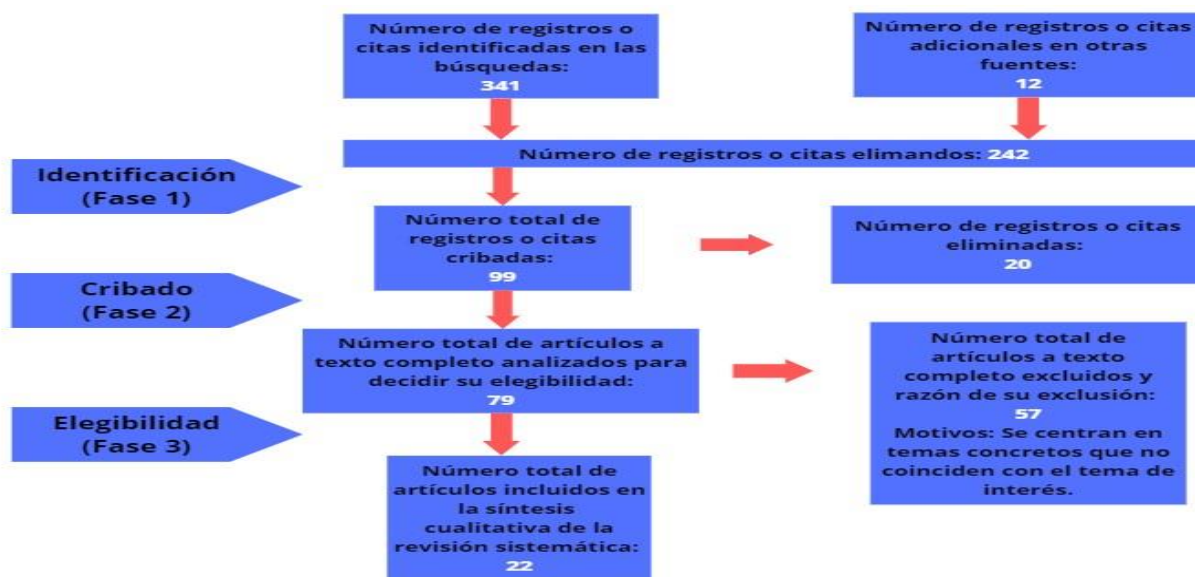
Finalmente, de los 22 artículos se incluyeron mediante la estrategia de búsqueda en forma de “bola de nieve” unos 12 artículos de guías y protocolos, además nuevos modelos de atención al paciente agitado.

Año publicación	Autor principal	Lugar	Fecha de recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuentes de datos	Tamaño muestral	Rango de edad
2018	Jiménez Flores, B	Costa Rica	X	X	Paciente delirium	X	X	X
2012	Santeodoro, AG Lancho, EV Jiménez, MA	España	X	X	Ancianos con delirium	X	X	X
2010	Bustos, J Capponi, I Ferrante, R Frausin, M Ibañez, B	Argentina	X	X	Paciente delirium	X	X	X
2018	Suárez, JC Tanzarella, E	España (C. U. Navarra)	X	X	Paciente agitado	X	X	X
2018	Roset Ferrer, C	España (H. Son Espases)	X	Psiquiatria	Paciente agitado	X	X	X
2018	Hermes, C Acevedo, M Berry, A Kjellgren, T Negro, A Massarotto, P	X	X	UCI	Paciente crítico (delirium + agitado)	Revisión bibliográfica	X	X
2020	Arias -Rivera, S López, C Frade-Mera, MJ Via-Clavero, G Rodríguez, JJ Sánchez, MM	España	2020	UCI	Paciente con dolor	Cuestionario y adhoc	1.574 pacientes	X
2021	Contreras, CCT Esteban, ANP Parra, MD Romero, MKR Silva, CG da Buitrago, NPD	Brasil	2018	UCI	Paciente crítico con delirium	Ensayo clínico aleatorio	81 pacientes	X
2017	Mitchell, ML Kean, S Ratray, JE Hull, AM Davis, C Murfield, JE	Australia	2017	UCI	Paciente crítico	Ensayo clínico aleatorio y adhoc	61 familiares	X
2018	Waszynski, CM Milner, KA Staff, I Molony, SL	EE. UU.	2016	Hospitalización	Paciente mayor agitado con delirium	Cuestionario y adhoc	126 pacientes	≥18
2018	Inouye, SK	EE. UU.	2018	X	Pacientes con delirium	Entrevista y pruebas cognitivas	789 ancianos	≥70

Año publicación	Autor principal	Lugar	Fecha de recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuentes de datos	Tamaño muestral	Rango de edad
2015	Davidson, JE Winkelman, C Gélinas, C Dermenchyan, A	EE. UU.	X	UCI	Pacientes con delirium, dolor y agitación	X	X	X
2015	Davidson, JE Winkelman, C Gélinas, C Dermenchyan, A	EE. UU.	X	UCI	Pacientes con delirium, dolor y agitación	X	X	X
2021	Henao, ÁM Baquero, AC, Gonzalez, N Burgos, GF Lozano, L	Colombia	X	UCI	Paciente con delirium	Revisión bibliográfica	X	X
2012	Carmen, CC	España	X	Hospitalización	Anciano hospitalizado con fractura de cadera	Revisión bibliográfica	X	X
2021	Klankluang, W Tongsai, S Sriphirom, C Siriusawakul, A Chanthong, P Tayjasant, S	Tailandia	2021	Cuidados paliativos	Pacientes paliativos	Cuestionario y adhoc	350 pacientes	≥ 63
2016	Benavent, N	España	X	X	Paciente crítico con delirium	Cuestionario	25 pacientes	≥ 69
2022	Krupa, S Friganović, A Oomen, B Benko, S Mędrzycka, W	NONE	2021	UCI	Enfermeras	Adhoc	45 enfermeras	X
2015	Bowers, L James, K Quirk, A Simpson, A Stewart, D Hodsoll, J	Reino Unido	X	Psiquiátrico	Paciente psiquiátrico agitado	Cuestionario y intervención (Safewards)	35 salas de psiquiátricos	X
2017	Hallett, N Dickens, GL	Reino Unido	X	X	X	Bases de datos de enfermería	X	X
2020	Ma Paz García-Portilla. IG	España	X	X	X	Base de datos de enfermería	X	X

Año publicación	Autor principal	Lugar	Fecha de recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuentes de datos	Tamaño muestral	Rango de edad
2016	Gómez, LO Díaz, L Cortés, F	Colombia	X	UCI	Pacientes con delirium	Cuestionario y adhoc	49 pacientes	23-92
2014	Cachón, JM, Álvarez, C Palacios, D	España	X	UCI	Enfermeras UCI	Entrevistas	16 enfermeros	X
2012	Richmond, JS Berlin, JS Fishkind, AB Holloman, GH Zeller, SL Wilson, MP	EE. UU.	X	URG	Paciente agitado	X	X	X
2007	Ayllón, N Álvarez, M González, M	España	2005	UCI	Pacientes con delirium	Entrevista y cuestionario	112 pacientes	44-80
2018	Peralta, FJ	España	X	X	Paciente agitado	Base de datos	X	X
2016	Jenkin, RPL Al-Attar, A Richardson, S Myint, PK MacLulich, AMJ Davis, DHJ	Reino Unido y Irlanda	X	X	Medicos y su conocimiento sobre el delirium	Cuestionario	1215 médicos	X
2002	Lou, MF Dai, YT	China	X	X	Experiencia enfermeros con pacientes con delirium	Entrevistas	17 enfermeras	25-30

Diagrama de flujo de las diferentes fases de la revisión sistemática



Discusión

La figura del personal de enfermería se presenta como pilar clave para la prevención en general y manejo de los pacientes con SCA en estado de agitación, incluso podemos insinuar que son la parte fundamental para llevar a cabo las medidas de prevención más aconsejables en dichos pacientes que son la desescalada verbal y el uso de las escalas validadas como herramientas indispensables para un diagnóstico específico y, por tanto, permiten mejorar y dar con el tratamiento más adecuado.

Reiteramos la necesidad de adoptar una postura preventiva ante la aparición de estos casos tan particulares debido, por una parte, al aumento de casos y su recurrencia, y por otro lado, al impacto ya mencionado que supone a nivel económico y social, así como recursos humanos y materiales.

La desescalada verbal hoy en día se sustenta en 2 modelos fundamentales que son los 10 dominios de Richmond(14) y el modelo Safewards o Talk Down Method (Delimitar/Aclarar/Resolver)(15–18) los 2 presentan unas pautas a tener en cuenta en la técnica de la desescalada verbal, no es una guía exacta pero sí orientativa y con gran respaldo en ámbitos como psiquiatría que han demostrado su efectividad en el manejo de situaciones de agitación.

Los aspectos comunes en los que se basan muchos protocolos es la preparación previa ambiental, la formación profesional y como punto clave y esencial las cualidades/habilidades comunicativas del profesional que lo lleva a cabo.

Por tanto, estructuraremos el proceso de la desescalada verbal en un proceso previo que es la preparación ambiental, el curso de la desescalada verbal se sustentará con la estructura Talk down method de safewards/Bowers junto con los 10 dominios de Richmond y, por último, el punto clave que da vida a toda esta intervención, las habilidades comunicativas.

Preparación ambiental

Anteriormente ya hemos mencionado la importancia del ambiente en este tipo de pacientes. El objetivo es usar el entorno y sus condiciones a nuestro favor para que permitan disminuir las conductas de agitación-delirium o prevenirlas de factores estresores/desencadenantes (Anexo 5).

El mobiliario que conforma la habitación, la disposición de esta, los estímulos visuales y auditivos, son alguno de los elementos que debemos prestar atención. La habitación debe incluirse mobiliario únicamente indispensable (mesilla con un cajón, una butaca y un armario empotrado) que no permita ser usado para lesionar o lesionarse; La habitación a fin de prevenir, si puede ser doble con compañía es mejor, la comunicación/socialización favorece la estimulación cognitiva, aunque si se llegara a un estado de agitación preocupante, deberíamos trasladarlo a fin de preservar la seguridad a un ambiente aislado sin posibilidad de causar riesgo alguno. Los objetos, como el mobiliario, deben ser los necesarios y que no supongan un riesgo, por ejemplo, unas gafas o audífonos que fomenten la audición y visibilidad ayudando a prevenir el SCA. Disponer de ventana y reloj contribuye al estímulo visual y a su vez a la orientación. La habitación debe ser un lugar cálido con termostato que permita regular la temperatura del ambiente, el calor junto con la deshidratación son factores desencadenantes de delirium; La amplitud es muy importante, el espacio debe ser amplio para una posible intervención grupal, que no pueda provocar ansiedad cuando se lleve a cabo el abordaje verbal por falta de espacio. La desorientación temporoespacial y el estrés generado por los factores son los implicados en la aparición del SCA(19).

Por lo general, debemos tener en cuenta factores estresores que no generen delirium ni agitación, más bien que lo prevengan, y en el caso de que ocurriera, que los elementos que conforman la habitación puedan dejar desarrollar el abordaje verbal cómodamente y no supongan un peligro para la integridad del propio paciente ni del profesional que lo realiza.

Proceso de abordaje verbal (Talk Down Method)

Siguiendo el esquema lineal planteado de Talk Down Method, se compone de 3 fases:

-Delimitar: Es la fase más importante porque determina si podremos o no hacer una toma de contacto que nos permita mayor acercamiento, establecer un vínculo de confianza y evitar una situación de agresividad, llegar a establecer lo que se conoce como estado de “rapport” (buena relación, entendimiento, sintonía emocional, etc....). En esta fase intervienen los dominios 1, 2, 3 y 8 de Richmond. Hemos de comenzar siempre presentándonos con nuestro nombre, hay que mostrar una actitud cercana sin ser provocativos y respetando su espacio personal para que la toma de contacto, a priori, comience con buen pie. En esta fase se ha de marcar el límite de zona, manteniendo cierta

distancia de seguridad para evitar que se sienta amenazado o acorralado. Si se encuentran más personas en la sala, pedir que se vayan por seguridad, únicamente estará en la sala el profesional que lleve a cabo el abordaje, quedándose fuera un grupo de apoyo en caso necesario. Si se diera el caso trasladaríamos al paciente agitado a un lugar más tranquilo, asegurando que podemos acercarnos, siempre hay que preguntarle si podemos acercarnos, en el caso de que sí, deberemos hacerlo siempre a un costado suyo que nos permita un margen de reacción, nunca de espaldas ni estar enfrente suya, nos ha de ver en todo momento para que le genere un control de la situación y se sienta menos amenazado. Si el paciente se encuentra levantado, en el caso de que se pudiera, invitaríamos a que se sienta, nos permite un mayor control y seguridad de la zona y del paciente.

Nunca hay que relajarse, los pacientes pueden ser impredecibles, por tanto, la seguridad siempre la necesaria y el grupo apoyo siempre atento a cualquier indicio de agresión al “des-escalador”.

-Aclarar: Una vez asegurado los aspectos en la fase delimitar, entramos en la fase de averiguar cuál es la fuente de malestar. En esta fase intervienen los dominios 4, 5, 6, 7 y 8 de Richmond.

A la hora de indagar mediante preguntas, hay que asegurar que nos dirigimos al paciente por su nombre y recordarle la relación que os vincula, en este caso paciente-enfermero, para reforzar aún más la confianza y hacerle ver que tu figura como enfermero es sinónimo de ayuda. Debemos ser cuidadosos en el momento de preguntar, las preguntas abiertas son ideales para que el paciente desfogue su rabia y sus preocupaciones, pero a veces pueden ser la gasolina que a viva la llama, por lo que hay que conseguir también especificar para determinar cuanto antes la causa y resolverla. Cuando el paciente responde a una pregunta abierta, es su momento de liberación de tensiones, por tanto, respeta su tiempo y espera tu turno para seguir conversando, es el mejor momento para poner en práctica técnicas de acompañamiento individual o relación de ayuda como es la escucha activa, la clarificación o la respuesta empática (parafrasear, la reformulación/respuesta reflejo o la reiteración), promueven la atención por el mensaje y la detección del origen del malestar del paciente, es una forma de hacerle sentir comprendido.

Una buena manera de analizar lo que nos expresa el paciente es establecer lo que se conoce como la Ley de Miller, “para entender lo que alguien dice, es necesario asumir

que esa persona está siendo sincera y luego imaginar lo que podría ser cierto” (Miller, 1980), es decir, evitar que nuestros prejuicios influyan antes de que nos llegue el mensaje para primero entenderlo y evitar la información sesgada por nuestras interpretaciones personales(14).

En ocasiones nos encontraremos con pacientes con cierto grado de confusión, para llegar a iniciar un diálogo mínimamente útil, debemos de ser capaces de solucionar las confusiones que se puedan originar y asegurar que el paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio y lugar, de lo contrario se hará muchísimo más cuesta arriba llevar a cabo el abordaje verbal.

-Resolver: Ya conociendo la causa de su malestar y habiendo recogido toda la información posible, entramos en la última fase en la que mediante tratos y pactos llegamos a un acuerdo para poder zanjar y deponer su agitación y agresividad entrando en raciocinio y así poder concluir con éxito el abordaje verbal. En esta fase intervienen los dominios 7, 8, 9 y 10 de Richmond.

Nuestra postura ante todo momento debe continuar siendo tranquila, expresándolo de manera clara, sencilla con tono cálido y pidiendo amablemente las cosas. Esta postura nos permite comenzar las negociaciones explicando cuáles son las opciones de solución que pueden satisfacer a ambos y las razones de ellas, dejando la libre elección al paciente, aun así, debemos ser un tanto flexibles y dejar una puerta abierta que no haga mostrarnos una apariencia autoritaria y, así, evitar una confrontación de poder. También hay que aclarar las consecuencias de no cumplir lo acordado, la técnica de la clarificación nos ayuda a recalcar e insistir que el paciente ha captado la información, en este caso nuestro acuerdo junto con sus consecuencias. Finalmente preguntar si hay algo más que podamos hacer o decir que gane su cooperación, concluyendo el abordaje de forma positiva.

Habilidades comunicativas

Son los pilares en los que se fundamenta la técnica del abordaje/desescalada verbal y los que deciden para que lado de la balanza se decantará la eficacia de la resolución del conflicto. Por ello se hace especial mención a su debida formación y “entrenamiento”, además su conocimiento genera en el personal formado confianza en sí mismo, un aspecto importantísimo para demostrar seguridad en el proceso y asegurar éxito en la intervención. La formación refuerza aún más las demás habilidades comunicativas del

profesional que se necesitan de igual manera para el abordaje verbal, casi todo el mundo puede aprender la técnica de la desescalada y emplearla de manera correcta si está bien entrenado y adopta unas ciertas habilidades(20–22), estas son:

-Autocontrol: Es una habilidad trabajada para mantener o regular las emociones y sentimientos ante impulsos y tentaciones preservando la compostura y conducta en cualquier situación considerada difícil por ser conflictiva, que exista alto nivel de agresividad o agitación o que se considere de riesgo.

El autocontrol se ha convertido en una habilidad indispensable en el abordaje verbal, es nuestro escudo ante el continuo bombardeo al que haremos frente mediante insultos, arremetimientos o desprecios, por tanto, no hay que llevárselo a lo personal ni ser vengativo, no se trata de nosotros es un paciente con un problema y debemos ser y aportar a la solución. Hay que demostrar una actitud calmada, sin miedo o servidumbre, prepararse respuestas a sus insultos o encontrar métodos de relajación pueden favorecer a serenar la mente y, por tanto, los impulsos.

Es importante tener controlado la situación sin parecer autoritario, al comienzo de la desescalada el paciente siempre se encontrará a la defensiva, actuar a su misma altura sólo generará más conflicto, a veces adoptar una actitud más sosegada nos permite atraerlo a un estado más calmado donde la agresión no suponga un peligro. Una mente tranquila y con un adecuado autocontrol ayuda a pensar con mayor claridad e incluso a tomar mejores decisiones.

-Escucha activa: Es una habilidad comunicativa centrada en prestar atención a la información del emisor como de su lenguaje no verbal para mantener una conversación, de una apariencia unilateral, pero de estructura bilateral, a fin de crear un contacto estrecho entre emisor y receptor. La escucha activa es la mejor forma de dar a pie a que el paciente agitado libere su frustración y no recurra a la violencia, bajando sus niveles de agresividad, para nosotros que se desfogue hablando es información necesaria que posteriormente utilizaremos en nuestro beneficio. La mejor manera de encontrar una solución a su agitación es captar toda la información que pueda darnos, la escucha incita a que la otra persona se sienta comprendida y eso influya en confiar en nosotros y contar sus problemas. La máxima información recopilada nos permite desarrollar mejores alternativas y soluciones, al presentarlos con empatía y escucha activa se adecuarán mucho mejor a las necesidades del paciente agitado y así disminuir su ansiedad y

establecer un pacto más duradero. La escucha activa debe ir acompañado de preguntas abiertas y la importancia de saber esperar para hablar.

Es nuestra arma en el proceso de recopilación de información, pero además de ir reforzando el vínculo conseguido e ir mejorando su confianza en nosotros para poco a poco llevarlo a que pueda controlarse a sí mismo.

-Empatía: Es una cualidad que permite conectar con los demás, comprender los sentimientos y emociones ajenas como si fueran propias para así comprender su perspectiva. La empatía nos conduce a establecer ese vínculo (rapport) que puede despertar en nosotros el instinto de querer ayudar de manera auténtica y congruente, a mejorar el autocontrol y a dirigirnos al paciente con respeto y sin pagar con la misma moneda, poder conectar con las emociones y sentimientos del otro puede provocar y generar confianza.

Nos enriquece como seres humanos sociales que somos aportando respeto, comprensión y amabilidad, se sigue tratando de una persona con sus valores y que merece un trato como cualquier otro, aun a pesar de la difícil situación que pueda generar.

-Lenguaje no verbal: Es un tipo de comunicación que transmite mensajes a través de la proxémia, la paralingüística y la kinesia, y que puede ir acompañado del lenguaje verbal.

El lenguaje de nuestro cuerpo es nuestra carta de presentación al inicio de la intervención y es importante que conozcamos que debemos transmitir y como debemos acercarnos al paciente. En un primer momento tener en cuenta la distancia/espacio personal (proxémia), ni muy lejos para demostrar inseguridad ni cerca para ser intrusivos, no dar la espalda ni ponernos enfrente, siempre a un lado y preguntando si podemos acercarnos. La postura de los brazos han de ser visibles, nada de meterlas en los bolsillos y evitar cruzar los brazos, denota una actitud a la defensiva.

La expresión facial debe ser de intensidad media, sin demasiada alegría ni miedo o desprecio, debe acompañarse de una mirada que mire a los ojos, no mucho tiempo para generar hostilidad, a la vez que se intercala mirando a los labios, da sensación de que escuchamos atentamente lo que dice, no mirar de vez en cuando puede transmitir inseguridad. El volumen y tono nunca deben excederse por mucho que nos levanten la voz, hemos de demostrar que la comunicación sana e idónea es con un tono calmado para permitir un buen diálogo. Cuando hablemos, que el ritmo sea entre taquilálica y

bradilálica, que ni aburra por ser lento ni sea incomprensible por ser muy rápido. Hemos remarcado mucho el uso del silencio en esta intervención, saber dar silencio y utilizarlo es fundamental, en esos momentos debemos hacer uso de la escucha activa, de todo lo anterior del lenguaje no verbal, los silencios, mientras habla el paciente, son momentos propicios para que generemos confianza y entendimiento, piensa que es gratificante encontrar a alguien dispuesto a escucharte, tan sólo a escucharte.

-Lenguaje verbal: Es un tipo de comunicación que emite mensajes utilizando palabras o signos lingüísticos, tanto oral como escrito y que se acompaña del lenguaje verbal.

La construcción del mensaje ha de ser bien estructurado, cada palabra cuenta, por ello, la recopilación previa de información del paciente e incluso en el mismo momento que comienza a contarnos sus problemas, podemos hacer uso de ello para evitar temas que puedan llevar a conflictos y que puedan tirar por tierra nuestra mediación. La clarificación y la dilucidación son técnicas que permiten reflejar los elementos (sentimientos o emociones) que no se han formulado explícitamente pero que se pueden extraer y deducir de su discurso, nos ayudan a concretar sus preocupaciones y a evitar sus estresores.

-Capacidad de resolución de conflictos y de negociar: Es una habilidad que se ha de trabajar para la solución de situaciones inesperadas que se puedan presentar. Los pacientes agitados se caracterizan por ser impredecibles. A veces la intervención no suele ser lineal ni ocurre como lo esperamos, pero hemos de saber reconducir el abordaje verbal a nuestro terreno, más que saber improvisar, es saber ser cautos y siempre tener alternativas o un “plan B, C, D y E”.

Como hemos mencionado anteriormente, las demás habilidades comunicativas nos proporcionan una ventaja ya que la empatía como la escucha activa nos permite elaborar opciones acordes con los sentimientos y emociones del paciente y teniendo en cuenta el origen de su malestar, por tanto, nos facilita encauzar la negociación hacia un acuerdo fructífero para ambas partes, en cierta manera aquí la información es poder.

Se ha de trabajar ya que no suelen ser pacientes fáciles de contentar, no es tarea fácil, la negociación es el momento donde pende de un hilo la fase de resolver en el abordaje

verbal. Cuanto mejor sea nuestra capacidad de persuasión a mejor entendimiento podemos llegar con el paciente.

La prevención mediante el diagnóstico específico con las escalas validadas

La prevención siempre es el objetivo estándar para reducir cualquier situación que pueda empeorar y poner en riesgo el estado del paciente(23) (Anexo 6). El SCA requiere de una evaluación constante tanto para prevenirlo como para monitorizarlo, y aquí el rol de la enfermera cobra su importancia(24), una de las herramientas de utilidad ante un paciente con SCA es la observación directa y diaria, el contacto continuo con el paciente le confiere la oportunidad de realizar una valoración del estado, aún así no se consigue un buen diagnóstico ni tan siquiera una correcta prevención. Para ello cobran especial valor el uso de las escalas validadas que permiten una mayor precisión en su detección, estas deben ir acompañadas de una buena formación del personal sanitario(25).

Las escalas para la evaluación y detección del delirium por antonomasia en la actualidad son el CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU) y el ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) (Anexo 7) por delante de muchas otras como la CTD (Cognitive Test for Delirium) o la Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale)(25).

El delirium como hemos aclarado antes, es una suma de diferentes factores que lo desencadenan(26) (Anexo 8), incluso estar asociado a otras patologías que aumentan más su prevalencia(27), y todos tienen su importancia, pero la agitación psicomotriz merece una atención especial ya que la actuación de la enfermera puede ser un punto clave para su disminución y, por ende, poder revertir el estado de Delirium del paciente(28,29).

Para la evaluación y diagnóstico del SCA las escalas mejor valoradas son la CAM-ICU y la ICDSC, una vez partamos de que el paciente presenta Delirium, debemos esclarecer de que tipo se trata (hipoactivo, hiperactivo o mixto), en el caso del hipoactivo se llevará a cabo el diagnóstico diferencial delirium/demencia/depresión. El estado de agitación psicomotriz suele aparecer debido al SCA, sobretodo relacionado con el tipo hiperactivo, por tanto, las escalas de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) y PEC (Síntomas Positivos y Negativos, Componente de Excitación) (Anexo 9) validan que el paciente presenta SCA junto con agitación psicomotriz. En este punto debemos puntualizar cuál es la causa (orgánica/psiquiátrica/mixta) y la gravedad de la agitación (Anexo 9); En la causa orgánica, la escala CIWA-Ar (Anexo 10) ayuda a discernir si se trata de un síndrome de abstinencia alcohólica y no por otras razones. Una vez determinado el estado

y podido esclarecer cuáles son las mejores intervenciones, ir evaluando la evolución y valorar el curso del SCA con escalas como estado confusional (Strub y Black) ayudan a verificar que se procede adecuadamente con el tratamiento (Anexo 11).

Por todo ello es importante que la enfermería forme parte del abordaje tanto de la prevención, como de la monitorización y el uso de medidas no farmacológicas del paciente con delirium. La actitud y el uso de herramientas como las escalas ponen de manifiesto el papel relevante de la enfermera en pacientes con Delirium y su diagnóstico.

Uno de los aspectos clave en los que centramos dicho trabajo es en las medidas de actuación en pacientes con Delirium y que se acompañan de agitación psicomotriz. Las intervenciones conocidas son la física, la mecánica, la farmacológica, la ambiental y la verbal.

Como hemos comentado anteriormente, especificar el estado en el que se encuentra el paciente guiará nuestro plan de actuación a través de dichas intervenciones, por ejemplo, una PEC de 30-35 (extremadamente grave) las medidas inmediatas serán la mecánica, la física o la farmacológica. En los casos menos extremos ha comenzado a coger fuerza el término de la desescalada verbal, hasta el punto de que se ha impuesto como primera medida a realizar junto con la ambiental, por la cantidad de beneficios que genera, al mismo tiempo que reduce el uso de contenciones mecánicas o farmacológica, proporciona más perjuicios y “seguridad” a costa del propio paciente. Los estudios y las comparaciones se decantan cada vez más por la desescalada verbal(15,30) aunque no se menosprecie tener en cuenta que en los casos graves dichas intervenciones son un salvo conducto puntual en situaciones de riesgo tanto para el personal como para el propio paciente.

Conclusión

En el proceso de realizar el trabajo y las numerosas lecturas de artículos han servido para extraer ciertas conclusiones y reflexiones propias con referencia a otros ámbitos que se relacionan con el trabajo.

Lo primero de todo sorprende que la intervención verbal presente tan pocos estudios sabiendo la importancia que cada vez está cogiendo hoy en día, hasta el punto de ser la intervención prioritaria para llevar a cabo ante un paciente con agitación en estado de delirium, ya que la mayor parte de estudios aseguran la multitud de beneficios del abordaje verbal en comparación con la farmacológica o la mecánica/física que resultan a demás denigrantes para el paciente.

Como punto clave, donde se ha de hacer énfasis para mejorar en el ámbito del cuidado con el paciente con síndrome confusional agudo es la preparación y formación, adquirir conocimiento sobre el tema confiere al profesional una mayor capacidad de actuación e incluso para la prevención y tratamiento de igual manera que entrenar las habilidades comunicativas de per se, son cualidades que se pueden aprovechar en otros campos, y en el caso de la técnica de la desescalada verbal permite realizarla de forma eficaz llegando a ser indispensable para que se lleve a cabo.

Cuidar de un paciente agitado con síndrome confusional agudo no es tarea fácil por muy infravalorado que esté, son paciente que precisan de mucha atención y para la enfermera puede llegar a ser una experiencia estresante que complica el trato con el paciente, para ello se debe poner a disposición de la enfermera, medios que ayuden y simplifiquen el trabajo. Hay que instruir en el uso adecuado de las escalas y de su importancia, son herramientas útiles y facilitadoras que ayudan a simplificar el trabajo de la enfermera, su uso correcto y rutinario permite ser más específico en el diagnóstico y saber concretar en su tratamiento, todo lo ya mencionado asegura una calidad asistencial que repercute en el bienestar del paciente y en la prevención de otras complicaciones asociados. A todo ello, se ha visto que el síndrome confusional agudo junto con un estado de agitación es una complicación que abarca y requiere la intervención y atención multidisciplinar para lograr una prevención eficiente y abordar todas las esferas biopsicosociales del paciente, que es la formar más correcta de actuar ante dichos pacientes.

Bibliografía

1. Jiménez Flores B. Síndrome Confusional Agudo. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2018;3(2):7-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms182b.pdf>
2. Santeodoro AG, Lancho EV. Delirium o síndrome confusional agudo. 2012;1-10. Disponible en: <https://www.segg.es/>
3. Bustos J, Capponi I, Ferrante R, Frausin M, Ibañez B. Excitación psicomotriz: «manejo en los diferentes contextos». Rev Argentina Clínica Neuropsiquiátrica [Internet]. 2010;16(3):291-304. Disponible en: https://www.alcmeon.com.ar/16/63/11_Bustos.pdf
4. Suárez JC, Tanzarella E. Paciente agitado VMI. :263-9.
5. ROSET FERRER C. Manejo Del Paciente Agitado. Psiquiatr Hosp Univ Son Espases [Internet]. 2018; Disponible en: <http://www.comib.com/wp-content/uploads/2018/04/MANEJO-DEL-PACIENTE-AGITADO.pdf>
6. Hermes C, Acevedo-Nuevo M, Berry A, Kjellgren T, Negro A, Massarotto P. Gaps in pain, agitation and delirium management in intensive care: Outputs from a nurse workshop. Intensive Crit Care Nurs. 1 de octubre de 2018;48:52-60.
7. Arias-Rivera S, López-López C, Frade-Mera MJ, Via-Clavero G, Rodríguez-Mondéjar JJ, Sánchez-Sánchez MM, et al. Assessment of analgesia, sedation, physical restraint and delirium in patients admitted to Spanish intensive care units. Proyecto ASCyD. Enferm Intensiva. 1 de enero de 2020;31(1):3-18.
8. Contreras CCT, Esteban ANP, Parra MD, Romero MKR, Silva CG da, Buitrago NPD. Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. Rev Gauch Enferm. 2021;42:e20200278.
9. Mitchell ML, Kean S, Rattray JE, Hull AM, Davis C, Murfield JE, et al. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. Intensive Crit Care Nurs. 1 de junio de 2017;40:77-84.
10. Waszynski CM, Milner KA, Staff I, Molony SL. Using simulated family

- presence to decrease agitation in older hospitalized delirious patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 1 de enero de 2018;77:154-61.
11. M^a Paz García-Portilla González IG i F (coordinadoras). Consenso español [Internet]. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, editor. 2020. Disponible en: https://fepsm.org/files/publicaciones/2020-Contencion_personas_estado_de_agitacion.pdf
 12. Gómez Tovar LO, Díaz Suárez L, Cortés Muñoz F. Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Glob*. 9 de enero de 2016;15(1):49.
 13. Cachón-Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2014;25(2):38-45.
 14. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med* [Internet]. febrero de 2012 [citado 7 de julio de 2022];13(1):17-25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22461917/>
 15. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [citado 7 de julio de 2022];52(9):1412-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26166187/>
 16. Amigable Y. POSITIVO HACIA LOS. Disponible en: <https://www.safewards.net/es/>
 17. Safewards. Talk Down Method. Disponible en: http://www.safewards.net/images/pdf/Talk_Down_website_download.pdf
 18. Bowers L. the Safewards. :1-36. Disponible en: <https://www.safewards.net/es/>
 19. Ayllón Garrido N, Álvarez González M, González García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 1 de octubre de 2007 [citado 9 de

- julio de 2022];18(4):159-67. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-factores-ambientales-estresantes-percibidos-por-13113135>
20. Peralta Gallego FJ. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría www.interpsiquis.com- abril 2018. *Psiquiatria.com*. 2018;(47). Disponible en: [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-4-pon5\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-4-pon5[1].pdf)
 21. Jenkin RPL, Al-Attar A, Richardson S, Myint PK, MacLulich AMJ, Davis DHJ. Increasing delirium skills at the front door: Results from a repeated survey on delirium knowledge and attitudes. *Age Ageing*. 1 de julio de 2016;45(4):517-22.
 22. Lou MF, Dai YT. Nurses' experience of caring for delirious patients. *J Nurs Res* [Internet]. 2002 [citado 5 de julio de 2022];10(4):279-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12522741/>
 23. Inouye SK. Delirium—A Framework to Improve Acute Care for Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 1 de marzo de 2018;66(3):446-51.
 24. Davidson JE, Winkelman C, Gélinas C, Dermenchyan A. Pain, agitation, and delirium guidelines: Nurses' involvement in development and implementation. *Crit Care Nurse*. 2015;35(3):17-31.
 25. Henao Castaño ÁM, Baquero Lizarazo AC, Gonzalez Pabon N, Burgos Tulcán GF, Lozano Gonzalez L. Enfermería en la monitorización del delirium en cuidado intensivo adulto: una revisión de alcance. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro*. 5 de marzo de 2021;22.
 26. Carmen CC. The role of nursery in the prevention of the delirium in elderly hospitalized with hip fracture. General recommendations. *Enferm Glob*. 2012;11(3):356-78.
 27. Klankluang W, Tongchai S, Sriphiroom C, Siriussawakul A, Chanthong P, Tayjasant S. The prevalence, associated factors, clinical impact, and state of diagnosis of delirium in palliative care patients. *Support Care Cancer*. 1 de diciembre de 2021;29(12):7949-56.
 28. Benavent N. Detecció del Delírium i del Delírium Subsindròmic en el pacient crític . *Síndrome Confusional Agut : Delirium*. 2016;

29. Krupa S, Friganović A, Oomen B, Benko S, Mędrzycka-Dabrowska W. Nurses' Knowledge about Delirium in the Group of Intensive Care Units Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de marzo de 2022;19(5).
30. Hallett N, Dickens GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 8 de julio de 2022];75:10-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28709012/>

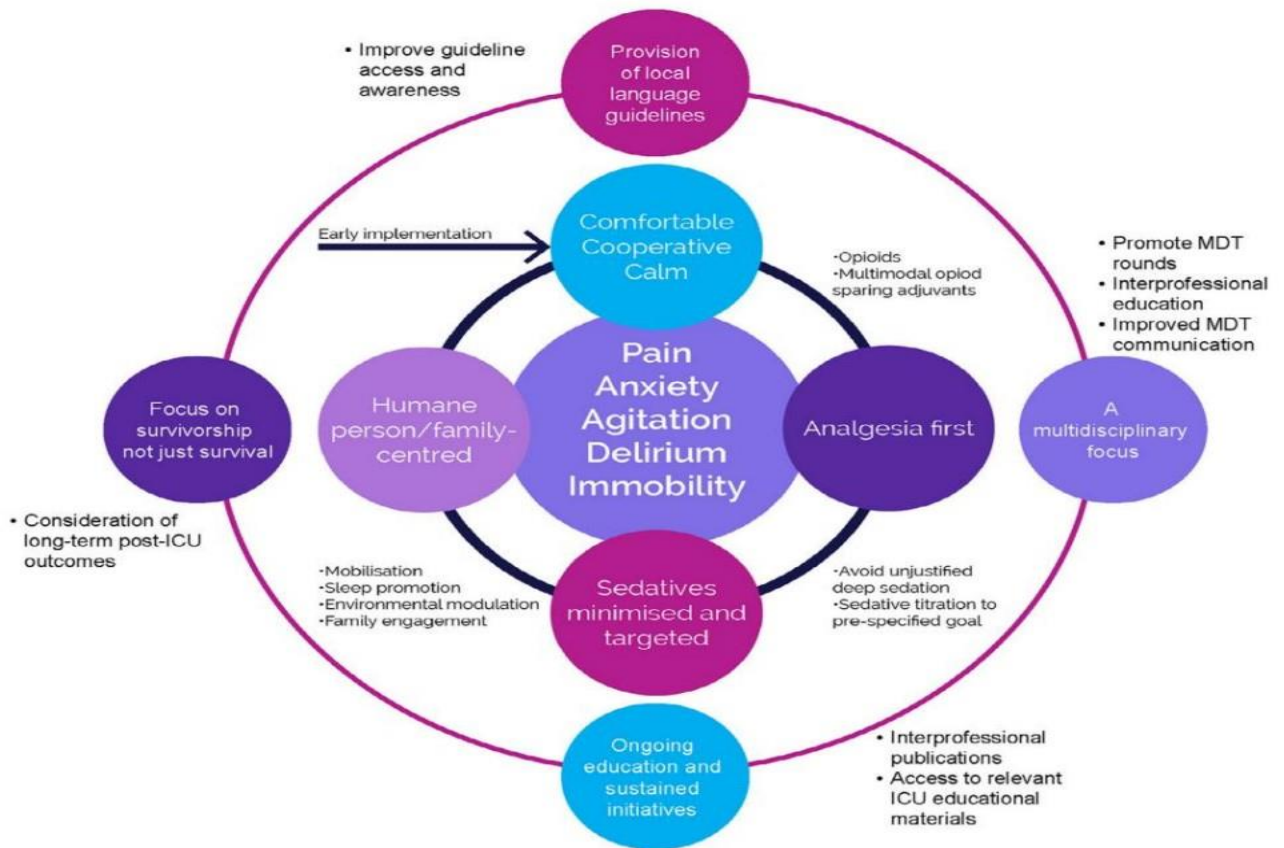
Anexos

Anexo 1. Diagnóstico diferencial del delirium

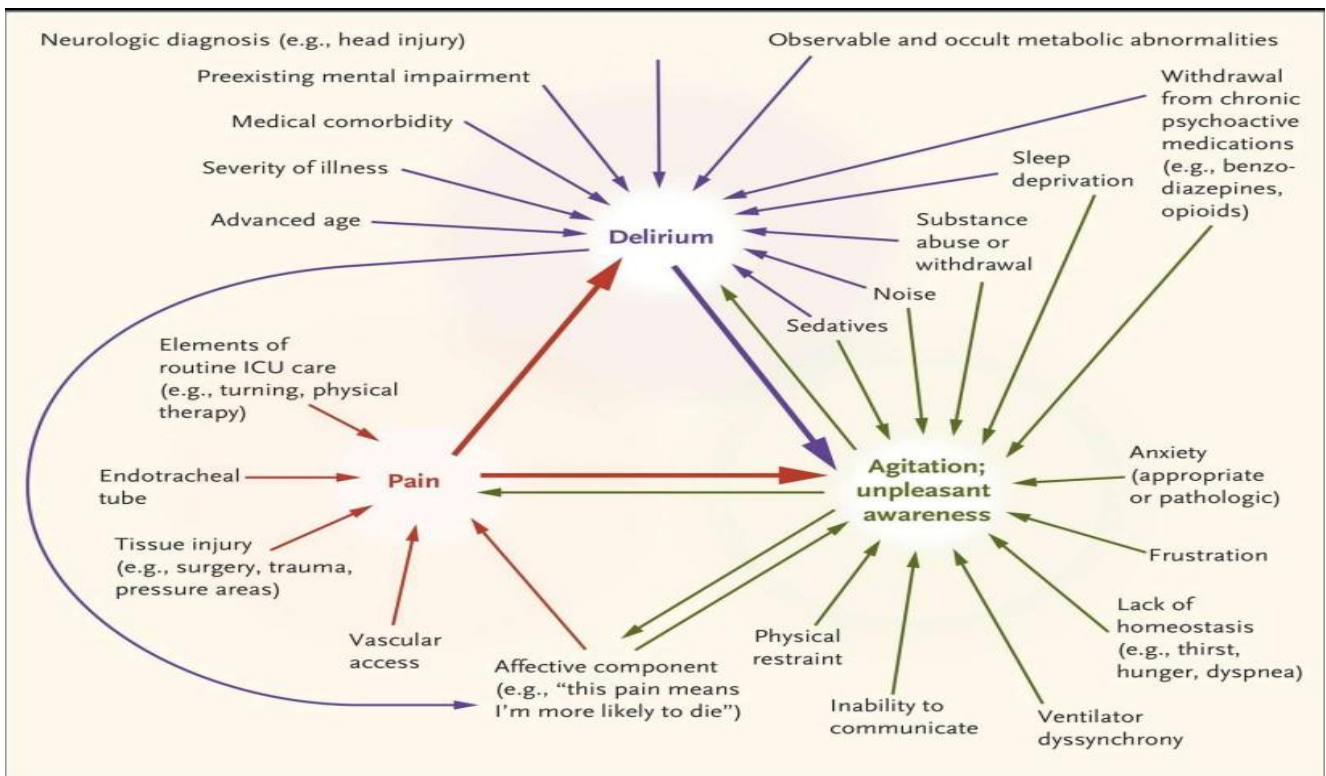
Tabla 5. Diagnóstico diferencial del delirium (1, 2)

	Delirium	Demencia	Psicosis
Comienzo	Súbito	Gradual	Súbito
Curso	Fluctuante con exacerbaciones nocturnas	Progresivo	Estable
Conciencia	Disminuida	Normal	Normal
Atención	Afectada globalmente	Normal, salvo en crisis severas	Normal
Cognición	Alterado globalmente	Alterado globalmente	normal
Percepción	Alucinaciones frecuentes, sobre todo visuales	Alucinaciones raras	Alucinaciones frecuentes, sobre todo auditivas
Delirios	Poco sistematizados y fluctuantes	Ausentes	Sistematizados
Orientación	Disminuida	Disminución gradual	Buena
Actividad psicomotriz	Retardada, agitada o mixta	Normal	Normal

Anexo 2. Modelo eCASH



Anexo 3. Modelo complejo de la relación dolor-agitación-delirium



Anexo 4. Ficha de estrategia de búsqueda bibliográfica

Estrategia de búsqueda bibliográfica				
Pregunta de Investigación	El rol del profesional de enfermería en la prevención y el uso de la desescalada verbal en el paciente hospitalizado en estado de agitación con Síndrome Confusional Agudo o Delirium.			
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - General: Describir el rol de enfermería para llevar a cabo las medidas preventivas y de control en pacientes agitados hospitalizados con Síndrome confusional agudo/Delirium. - Específico 1: Definir los pasos necesarios para desarrollar la desescalada de forma óptima ante un paciente agitado hospitalizado con delirium. - Específico 2: Describir las competencias comunicativas de la enfermera/o necesarias para desempeñar una desescalada verbal. - Específico 3: Justificar el uso de las escalas como herramienta para mejorar en el abordaje preventivo del paciente agitado con Síndrome confusional agudo/Delirium. 			
Palabras clave	Habilidades comunicativas, enfermería, desescalada verbal, agitación y Síndrome Confusional Agudo o Delirium			
Descriptores	Se presentarán en castellano e inglés, a partir consultas realizadas en DeCS y MeSH En caso necesario, incluir también los subdescriptores (calificadores) que se consideren oportunos			
		Castellano	Inglés	
	Principal	Habilidades comunicativas	Competencias comunicativas	Social Skills/ Competence
		Desescalada verbal	x	x
		Síndrome confusional agudo	Delirio	Delirium
	Secundario/s	Enfermería	Atención enfermera	Nursing care
Agitación		Agitación psicomotora	Psychomotor Agitation	
Operadores booleanos	Especificar los tres niveles de combinación con booleanos			
	1er nivel (principal)	[Delirium] AND [Social skills]; [Delirium] AND [Competence]		
	2do nivel (principal, secundario/s)	[Delirium] AND [Competence] AND [Nursing care OR Psychomotor Agitation]		
Áreas de conocimiento	Ciencias de la salud, Enfermería, Psicología,			

Selección de bases de datos	Metabuscadores	Bases de datos específicas	Bases de datos revisiones
	BVS <input checked="" type="checkbox"/> Otras (<u>especificar</u>) <input type="checkbox"/>	PubMed <input checked="" type="checkbox"/> Embase <input type="checkbox"/> IBECs <input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> CINHAL <input type="checkbox"/> Otras (<u>especificar</u>) <input type="checkbox"/>	Cochrane <input checked="" type="checkbox"/> Otras (<u>especificar</u>) <input type="checkbox"/>
Límites	Años de publicación	2012-2022	
	Idiomas	Castellano, <u>Inglés</u>	
	Tipos de publicación	Ningún límite añadido	
	Otros límites	1.Texto completo 2.Texto completo gratis	

Resultados de la búsqueda

Metabuscador	BVS		
Límites introducidos	Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 295	Resultado final
	2do nivel	Nº 124	Fase 1: 42; Fase 2: 27; Fase 3: 9
	Otros	Nº	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
		Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
Base de Datos específica	Pubmed		
Límites introducidos	Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 1051	Resultado final
	2do nivel	Nº 174	Fase 1: 28; Fase 2: 26; Fase 3: 10
	Otros	Nº	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
		Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
Base de Datos de Revisiones	Cochrane		
Límites introducidos	Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 43	Resultado final
	2do nivel	Nº	Fase 1: 29; Fase 2: 26; Fase 3: 3
	Otros	Nº	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
		Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	

Obtención de la fuente primaria

Directamente de la base de datos	21
Préstamo interbibliotecario (Biblioteca UIB)	
Biblioteca digital de la UIB	
Biblioteca física de la UIB	
Otros (especificar)	
- Técnica bola de nive	9

Anexo 5. Factores estresores relacionados con el delirium

Tabla 4. Principales factores estresantes

Pregunta	Puntuación	Número	%
q33: Tener sed	2,637	55	60,44
q7: Dificultad/imposibilidad para dormir	2,242	39	42,86
q2: Tubos en nariz/boca	2,055	32	35,16
q16: No saber qué hora es	1,989	31	34,07
q1: Tener limitada la movilidad por la presencia de tubos	1,923	26	28,57
q6: Que el horario de visitas sea limitado	1,923	24	26,37
q5: Que no le acompañe ningún familiar cercano	1,912	24	26,37
q12: Tener pesadillas	1,868	29	31,87
q4: No poder hablar	1,846	28	30,77
q20: O ₂ con mascarilla	1,824	24	26,37
q15: No saber qué día es	1,813	23	25,27
q34: Tener dolor	1,791	21	23,08
q14: No saber dónde está	1,725	23	25,27
q23: Oír las distintas alarmas	1,703	18	19,78
q13: Oír muchos ruidos	1,692	20	21,98
q40: Pérdida de autocontrol	1,593	18	19,78
q28: Toma frecuente de TA	1,571	12	13,19
q21: Tener mucho calor o frío	1,560	11	12,09
q43: No disponer de baño	1,538	17	18,68
q11: Sentirse en una fábrica/zona de guerra	1,527	19	20,88
q27: Oír ruidos desconocidos (burbujeo, oxígeno, etc.)	1,473	12	13,19
q9: Tener las luces encendidas frecuentemente	1,473	12	13,19
q8: Que le despierten las enfermeras	1,462	10	10,99
q18: Que le realicen pruebas y manipulaciones molestas y dolorosas	1,462	12	13,19
q10: Que la cama sea incómoda	1,418	13	14,29
q31: Oír hablar demasiado alto a médicos y enfermeras	1,374	8	8,89
q24: Oír el teléfono	1,352	4	4,44
q19: Tener que realizar ejercicios frecuentes	1,341	8	8,79
q39: No recibir información de su tratamiento y evolución	1,330	11	12,09
q17: No saber si es de día o de noche	1,308	7	7,69
q25: Notar mucha actividad de enfermería en el entorno	1,308	7	7,69
q22: Tener máquinas a su alrededor	1,297	7	7,69
q41: No disponer de timbre para llamar a la enfermera	1,275	9	9,89
q5: Tener las manos atadas en algún momento	1,264	7	7,69
q36: Ver actuar a las enfermeras con mucha prisa	1,242	5	5,49
q26: Cambios posturales frecuentes	1,220	5	5,49
q35: No entender algunas explicaciones de las enfermeras	1,220	3	3,30
q42: Falta de intimidad	1,220	6	6,59
q38: Que no se presente la enfermera que le cuida	1,209	6	6,59
q32: Presencia de olores extraños	1,198	4	4,40
q37: Sentir que la enfermera vigila más las máquinas que al paciente	1,176	4	4,40
q30: Oír y ver tratamientos y cuidados de otros pacientes	1,176	3	3,30
q29: Ver sueros y otras bolsas colgadas del techo	1,077	1	1,10

Anexo 6. Medidas preventivas ante un paciente con delirium

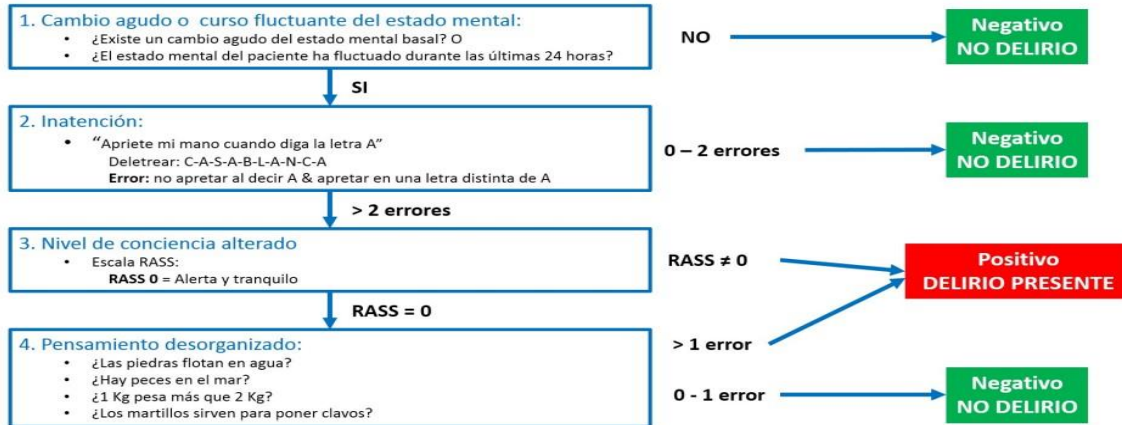
Tabla 6. Medidas preventivas del delirium

Factor de riesgo	Intervención
Deterioro cognitivo	<p>Programa terapéutico de actividades:</p> <p>Actividades de estimulación cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reminiscencia. — Juego palabra. — Habilidades. — Hechos presentes. <p>Programa de orientación a la realidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Tabla de orientación. — Horario. — Comunicación reorientadora.
Privación de sueño	<p>Estrategias de reducción del ruido:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Triturado de orientación. — Buscapersonas silencioso. — Silencio en los pasillos. <p>Ajustar el horario de las intervenciones en el paciente respetando el sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reajustar medicaciones, procedimientos, toma. — De constantes y actividad de enfermería. <p>Protocolo no farmacológico de sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Horario de acostarse, bebidas calientes.
Inmovilización	<p>Movilización precoz:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Deambulación o ejercicios motores activos tres veces al día. <p>Minimizar equipos que inmovilizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reducir SV (sondajes vesicales) innecesarios. — Evitar restricciones. — Alargaderas de oxígeno.
Medidas psicoactivas	<p>Restringir su uso a lo estrictamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sedantes. — Anticolinérgicos. <p>Reducir la dosis. Sustituir por las alternativas menos tóxicas.</p>
Déficit visual	<p>Proporcionar las ayudas visuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Gafas. <p>Proporcionar equipos de adaptación:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Luces junto al timbre, interruptores.
Déficit auditivo	<p>Proporcionar utensilios amplificadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Audifono propio, pilas, reparación. <p>Proporcionar ayudas auditivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Retirar tapones, comunicación cuidadora.
Deshidratación	<p>Detección precoz y repleción del volumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Forzar ingesta hídrica, valorar fluidoterapia iv.

Anexo 7. Escala CAM-ICU y ICDSC

MONITORIZACIÓN DELIRIO Escala detección precoz del delirio CAM-ICU

Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)



- Puntuar el paciente durante todo el turno. No tienen por qué estar presentes todos los ítems al mismo tiempo.
- Los ítems del 1 al 4 requieren una evaluación en la cabecera del paciente. No se pueden valorar cuando el paciente está sedado o en coma
- Los ítems del 5 al 8 están basados en la evaluación a lo largo del turno.
- Los ítems 7 y 8 necesitan información de las últimas 24 horas (de 1 o 2 turnos anteriores),

1. Alteración Nivel Conciencia: ✓ Sedación profunda / coma (RASS : -4, -5) : no valorable ✓ Agitación (RASS: 1, -4) : 1 punto ✓ Vigilia normal durante todo el turno: RASS (0) : 0 punto ✓ Sedación leve: RASS (-1, -2, -3) : 1 punto	NO	0	1	SI
2. Inatención: Dificultad para seguir instrucciones o conversación , se distrae fácilmente por estímulos externos No apretar de forma fiable las manos a la letra "A" : A B A R A T A R A N	NO	0	1	SI
3. Desorientación: Además del nombre, lugar, fecha, sabe el paciente reconocer los cuidadores de UCI?	NO	0	1	SI
4. Alucinaciones, Delirio o Psicosis: Preguntar al paciente si tiene alucinaciones o ideas delirantes (ej.: trata de coger un objeto que no está allí) ¿Tiene miedo de las personas o las cosas que le rodean?	NO	0	1	SI
5. Agitación o Retardo Psicomotriz: Hiperactividad que precisa sedantes o restricciones para evitar comportamiento violento. Hipoactividad clínicamente perceptible psicomotor ralentización o retraso.	NO	0	1	SI
6. Ánimo o Discurso inapropiado: Muestra emoción inapropiada, lenguaje desorganizado o incoherente, conducta sexual inapropiada , apático o muy exigente	NO	0	1	SI
7. Alteración ciclo sueño/despertar: Despierta frecuente por la noche /<4 horas duerme por la noche y/o duerme durante el día	NO	0	1	SI
8. Síntomas fluctuantes: Fluctuación de cualquiera de los síntomas anteriores durante 24 horas	NO	0	1	SI
PUNTUACIÓN TOTAL ESCALA				(Mín. 0 – Max. 8)

Anexo 8. Factores predisponentes del delirium

Tabla 3. Factores predisponentes en ancianos

- Edad avanzada (<80 años).
- Enfermedad cerebral orgánica previa.
 - Deterioro cognitivo.
 - Enfermedad vascular.
 - Enfermedad de Parkinson.
- Antecedentes de delirium previo.
- Factores psicosociales.
 - Estrés.
 - Depresión.
 - Escaso estímulo o apoyo familiar o social.
 - Institucionalización.
- Factores relacionados con la hospitalización.
 - Entorno desconocido.
 - Inmovilización.
 - Deprivación de sueño.
 - Dolor.
 - Realización de pruebas diagnósticas.
 - Sondaje nasogástrico y vesical.
 - Deprivación sensorial.
- Miscelánea.
 - Enfermedades graves.
 - Deshidratación o malnutrición.
 - Dependencia de alcohol o fármacos.
 - Defectos sensoriales: visual o auditivo.

Anexo 9. Escala RASS y PEC



Pauta de evaluación de intensidad de agitación psicomotora (PEC)

Conducta	Puntuación							
	1	2	3	4	5	6	7	
Tensión	1	2	3	4	5	6	7	
Falta de Colaboración	1	2	3	4	5	6	7	
Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	
Mal control de impulsos	1	2	3	4	5	6	7	
Excitación	1	2	3	4	5	6	7	
Puntaje total:								
Gravedad de la agitación	Puntuación de la PEC		escala					Datos adicionales
Cuestionable	5-10							
Leve	11-15							
Moderada	16-20							
Moderadamente grave	20-25							
Grave	26-30							o Ítem "control de impulsos" $\geq 4^*$
Extremadamente grave	30-35							

Anexo 10. Escala CIWA-Ar

Escala CIWA-Ar	
Nauseas y vómitos	Alteraciones táctiles
0:Sin nauseas ni vómitos	0:Ninguna
1:Nauseas leves sin vómitos	1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,...)
2	2:Idem suave
3	3:Idem moderado
4:Nauseas intermitentes con esfuerzos secos	4:Alucinaciones moderadas
5	5:Alucinaciones severas
6	6:Alucinaciones extremas
7:Nauseas constantes y vómitos	7:Alucinaciones continuas
Temblor	Alteraciones auditivas
0:Sin temblor	0:Ninguna
1:No visible, puede sentirse en los dedos	1:Muy leves sonidos secos o capaces de asustar
2	2:Idem leves
3	3:Idem moderados
4:Moderado con los brazos extendidos	4:Alucinaciones moderadas
5	5:Alucinaciones severas
6	6:Alucinaciones extremas
7:Severo, incluso con los brazos no extendidos	7:Alucinaciones continuas
Sudor	Alteraciones visuales
0:No visible	0:Ninguna
1:Palmas húmedas	1:Muy leves
2	2:Leves
3	3:Moderadas
4:Sudor en la frente	4:Alucinaciones moderadas
5	5:Alucinaciones severas
6	6:Alucinaciones extremas
7:Empapado	7:Alucinaciones continuas
Ansiedad	Cefalea
0:No ansioso	0:No presente
1:Ligeramente	1:Muy leve
2	2:Leve
3	3:Moderada
4:Moderado	4:Moderadamente severa
5	5:Severa
6	6:Muy severa
7:Ataque agudo de pánico	7:Extremadamente severa
Agitación	Orientación y funciones superiores
0:Actividad normal	0:Orientado y puede sumar
1:Algo hiperactivo	1:No puede sumar, indeciso en la fecha
2	2:Desorientado temporalmente (<2 días calendario)
3	3:Mayor desorientación temporal (>2 días)
4:Moderadamente inquieto	4:Desorientación espacial y/o en persona
5	
6	
7:Cambio continuo de postura	

Anexo 11. Escala Strub y Black

ANEXO 2

ESCALA PARA EL ESTADO CONFUSIONAL DE STRUBY BLACK

1.- Nivel de conciencia

<i>Día</i>	Letargia leve	1p
	Letargia moderada	2p
<i>Noche</i>	Dormido	0p
	Despierto	1p
	Agitado	2p

2.- Desorientación

Tiempo	1p
Espacio	2p
Persona	3p

3.- Inatención

Leve	1p
Moderada	2p
Acusada	3p

4.- Incoherencia en la conversación

Leve	1p
Moderada	2p
Acusada	3p

5.- Pseudopercepciones

Identificaciones erróneas	1p
Ilusiones	2p
Alucinaciones	3p

6.- Comportamiento

Inquietud	1p
Agitación	2p
Paranoia	3p

7.- Conducta inapropiada

Tranquila	3p
Agitada	5p