

Análisis de registros producidos por el equipo de salud y de la percepción de los enfermeros sobre las señales y síntomas del delirio¹

Rosa Carla Gomes da Silva²

Abel Avelino de Paiva e Silva³

Paulo Alexandre Oliveira Marques⁴

Esta investigación pretendió conocer la dimensión del subdiagnóstico de la confusión aguda/delirio, analizando los registros producidos por el equipo de salud y la percepción de los enfermeros sobre este fenómeno. Fue desarrollado en un hospital universitario central de Portugal. Delineada dentro del paradigma cuantitativo, utilizando la técnica documental y la entrevista. La muestra obtenida, por la aplicación de la Escala de Confusión NeeCham, fue de 111 enfermos con diagnóstico de confusión aguda/delirio, internados en unidades de cuidados agudos médicos y quirúrgicos. Se identificó una tasa de subdiagnóstico del fenómeno de 12,6% en los registros y de 30,6% teniendo en cuenta la *percepción* de los enfermeros. En 8,1% de los 111 casos, no fue identificado cualquier indicador de confusión aguda/delirio. Solamente, 4,5% de los enfermos tenían el fenómeno diagnosticado. Los resultados apuntan para la dificultad en identificar la confusión aguda/delirio, con implicaciones para la calidad de los cuidados, sugiriendo la necesidad de adoptar medidas formativas dirigidas a los equipos de salud.

Descriptores: Enfermería; Ancianos; Delirium, Demencia, Amnésicos y Cognitivos.

¹ Artículo parte de Disertación de Maestría "Confusão: A Dimensão do Subdiagnóstico" presentada en lo Instituto Superior de Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

² Enfermera, Maestra en Enfermería, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, Portugal. E-mail: rosa_silva33@hotmail.com.

³ Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Coordinador, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. E-mail: abel@esenf.pt.

⁴ Enfermero, Maestro en Ciencia de la Enfermería, Profesor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. E-mail: paulomarques@esenf.pt.

Correspondencia:

Abel Avelino de Paiva e Silva
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n
4200-072 Porto, Portugal
E-mail: abel@esenf.pt

Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de *delirium*

Esta pesquisa pretendeu conhecer a dimensão do subdiagnóstico da confusão aguda/*delirium*, ao analisar os registros produzidos pela equipe de saúde e percepção dos enfermeiros sobre esse fenômeno. Foi desenvolvido em um hospital universitário central, de Portugal, delineada dentro do paradigma quantitativo, utilizando a técnica documental e entrevista. A amostra obtida, pela aplicação da Escala de Confusão NeeCham, foi de 111 doentes com diagnóstico de confusão aguda/*delirium*, internados em unidades de cuidados agudos médicos e cirúrgicos. Identificou-se taxa de subdiagnóstico do fenômeno de 12,6% nos registros e de 30,6% tendo em conta a *percepção* dos enfermeiros. Em 8,1%, dos 111 casos, não foi identificado qualquer indicador de confusão aguda/*delirium*. Somente 4,5% dos doentes tinha o fenômeno diagnosticado. Os resultados apontam dificuldade para se identificar a confusão aguda/*delirium*, com implicações para a qualidade dos cuidados, sugerindo a necessidade de medidas formativas dirigidas às equipes de saúde.

Descritores: Enfermagem; Idosos; Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e outros Transtornos.

Analysis of a Health Team's Records and Nurses' Perceptions Concerning Signs and Symptoms of Delirium

This study investigates the extent of under-diagnosis of acute confusion/delirium by analyzing the records of a health team and the perception of nurses concerning this phenomenon. This quantitative study was developed in a central university hospital in Portugal and used the documentary and interview techniques. The sample obtained through the application of the NeeCham's scale was composed of 111 patients with the diagnosis of acute confusion/delirium hospitalized in the medical and surgical acute care units. A rate of 12.6% of under-diagnosis was identified in the records and a rate of 30.6% was found taking into account the *perception* of nurses. No indicators of acute confusion/delirium were found in 8.1% of the 111 cases and only 4.5% of the patients were diagnosed with acute confusion/delirium. The results indicate there is difficulty in identifying acute confusion/delirium, with implications for the quality of care, suggesting the need to implement training measures directed to health teams.

Descriptors: Nursing; Elderly; Delirium, Dementia, Amnesic, Cognitive Disorders.

Introducción

La Confusión Aguda (CA) es frecuentemente referenciada por un Estado de Confusión Agudo (ECA) o delirio⁽¹⁻³⁾. Sin embargo, en la literatura se encuentran algunos reparos a estos conceptos. La CA/ECA son rótulos frecuentemente usados y que tienden a visualizar el cuadro clínico a través de las respuestas a las manifestaciones de estos episodios. El concepto más estrictamente definido es el delirio teniendo como base *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* presentado por la *American Psychiatric Association* (APA)⁽³⁾.

La APA caracteriza el delirio como una alteración de la consciencia manifestada por un desorden cognitivo y por un disturbio de la orientación, memoria, atención,

pensamiento y comportamiento, envolviendo también errores de percepción sensorial⁽⁴⁾. Este síndrome es más frecuente en los enfermos ancianos hospitalizados⁽¹⁻⁵⁾ que en otros intervalos de edad⁽⁶⁾ y tiene elevado interés clínico, ya que está relacionada con peores resultados en salud, aumento de casos de demencia, morbilidad, mortalidad, tiempo de internación y de los costos que le están asociados⁽¹⁻⁵⁾. La causa de su ocurrencia es multifactorial, debiéndose habitualmente a la asociación entre factores predisponentes (disminución de la visión, enfermedad severa) y precipitantes (inmovilización física, mala nutrición)^(1,3,5). A pesar de su importancia, la evidencia demuestra que permanece subdiagnosticado

en porcentajes entre 25% y 75%, llegando a los 100% en el subtipo hipoactivo⁽⁵⁾, una vez que es el más difícil de reconocer⁽⁷⁻⁸⁾. La naturaleza fluctuante de las manifestaciones asociada a la falta de conocimiento de los profesionales de salud sobre sus características, el poco uso de herramientas de evaluación para su monitorización^(5,9-11), como el uso de la Escala de Confusión NeeCham⁽¹¹⁾, y la falta del registro del fenómeno por el equipo de salud, son otras razones que fundamentan el subdiagnóstico. Los enfermeros, por el permanente contacto con los enfermos, están bien posicionados para detectar precozmente alteraciones sutiles y diagnosticar el problema. Al ser subdiagnosticada no es tratada^(2-3,7,9), lo que provoca numerosas consecuencias personales, sociales y económicas⁽⁸⁾, por lo que se figura como prioritario el estudio de esta cuestión.

Esta investigación tuvo como objetivo general identificar el grado de subdiagnóstico de CA/delirio, en un hospital universitario central, en Portugal, y como objetivos específicos, pretendió: identificar el grado de severidad de la CA/delirio; analizar la proporción de indicadores (señales y síntomas) de CA/delirio, en los registros efectuados por médicos y enfermeros, en el ámbito del proceso clínico, a través de descripciones que apuntan para el fenómeno o intervenciones relacionadas; y analizar el nivel de percepción de los enfermeros sobre el fenómeno CA/delirio;

Este estudio también exploró la relación entre los atributos del enfermo y de la hospitalización con la *documentación del fenómeno*, la *documentación de las intervenciones* de enfermería, la *percepción del enfermero* y el subdiagnóstico de la CA/delirio, con el propósito de encontrar causas, además de las ya conocidas, que justifiquen el subdiagnóstico.

Método

Fue realizado un estudio no experimental, exploratorio y descriptivo correlacional, que está contemplado dentro del paradigma cuantitativo, método que posibilita una descripción objetiva de los hechos ya ocurridos.

La investigación se desarrolló en los Hospitales de la Universidad de Coímbra, hospital de cariz universitario, constituido por varios edificios, donde se concentran diversas especialidades médicas, con un elevado movimiento asistencial. Como punto de partida fueron excluidos todos los enfermos que presentaron: un período de internación inferior a 24 horas; edad inferior a 17 años; diagnóstico psiquiátrico adyacente; o también afasia. El muestreo fue por conveniencia (no probabilístico) y resultó de la aplicación de la *NeeCham Confusion Scale*⁽¹¹⁾, escala

traducida y validada para la lengua y cultura portuguesa como Escala de Confusión NeeCham, ya que es una buena herramienta para evaluar el fenómeno en estudio⁽³⁾.

Los servicios disponibles para la recolección de datos fueron las unidades de medicina, cardiología, cirugía, endocrinología, gastroenterología, hematología, neurología, ortopedia, neumología, terapia intensiva, infectología y urología. Por medio de una recolección transversal, que ocurrió en un período temporal de dos meses, se obtuvo una muestra de 111 enfermos, o sea, enfermos cuyos puntajes de aplicación de la Escala de Confusión NeeCham fueron inferiores a 25, siendo estos los casos seleccionados.

Fue usado el análisis documental en los procesos clínicos de los 111 enfermos (registros médicos y de enfermería) y entrevistas con los enfermeros responsables por cuidar de esos enfermos, realizadas inmediatamente después de la aplicación de la Escala de Confusión NeeCham – la pregunta era: ¿Cuál es la evaluación del estado mental de su enfermo? – identificando, así, la *percepción* del enfermero sobre el fenómeno. El análisis documental tenía como finalidad cuantificar el grado de subdiagnóstico del fenómeno, a través del registro del diagnóstico, señales y síntomas. Ya la entrevista tuvo como objetivo conocer la percepción del enfermero, sobre la presencia de la CA/delirio, en aquel momento. Fueron realizadas 111 entrevistas, una por cada enfermo, siendo que algunos enfermeros tenían más de un enfermo en esa condición.

El proceso de análisis de los datos recolectados, de los registros clínicos y de las entrevistas, tuvo como base la técnica de análisis de contenido⁽¹²⁾. Para ese efecto, fue concebido un modelo de análisis *a priori*, constituido por categorías y dimensiones que la literatura apunta como indicadores de CA/delirio, a partir de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería[®], versión 1.0⁽¹³⁾. La metodología de organización del *corpus* de análisis dentro de las categorías establecidas tuvo como criterio el valor semántico. Esta fue la unidad base, a partir de la cual se categorizó la información, siendo que cada unidad de registro sólo fue contabilizada una única vez, en cada dimensión⁽¹²⁾, por lo tanto fue un análisis de categorías, de frecuencia y cuantitativo. Los datos fueron tratados recurriendo al *Statistical Package for the Social Science* versión 14.0. Para aumentar la riqueza de la información, se utilizó la estadística descriptiva e inferencial.

El estudio obtuvo autorización de la Comisión de Ética de la institución, por el oficio nº 111, después de la consulta y consentimiento de los directores y gerentes de unidades de enfermería. Fue solicitado el consentimiento

escrito, libre y esclarecido del representante legal/familiar del enfermo confuso, por tratarse de una persona vulnerable. Los enfermeros que participaron firmaron también el término de consentimiento libre y esclarecido.

Resultados

Datos generales

Los resultados obtenidos nos muestran que las edades de los 111 enfermos de la muestra (con CA/delirio) se situaban entre los 23 y los 96 años, con un promedio de 75,6 años. Cerca de la mitad (56,8%) tenía edad entre 65 y 84 años de edad, y 52,3% eran del género masculino. La permanencia hospitalaria promedio fue de 12,2 días. De acuerdo con la Escala de Confusión NeeCham (escala que también permite conocer el grado de severidad del fenómeno), cerca de 59,5% tuvieron el mayor grado de severidad - *confusión moderada a severa*. Los restantes 40,5% *confusión ligera a moderada*. En cuanto a la distribución de los elementos de la muestra por los diferentes servicios, 69,3% pertenecían a tres tipos de unidades: medicina (39,6%); neurología (19,8%) y ortopedia (9,9%). En términos de diagnóstico médico, los tres mayores grupos fueron: las patologías del aparato circulatorio (26,1%); seguido del tracto respiratorio (22,5%) y las neoplasias con 10,8%.

Documentación del fenómeno

El diagnóstico CA/delirio estuvo presente en 4,5% (n=5) de los 111 enfermos de la muestra. Sin embargo, los registros clínicos permitieron la identificación de varios indicadores de CA/delirio, que fue denominado como *documentación del fenómeno*.

La *documentación del fenómeno*, resultante del análisis de los registros hospitalarios de los enfermos con CA/delirio, fue encuadrada en las categorías: *proceso psicológico, comportamiento, proceso corporal, estado neurológico, capacidad* y otras dimensiones asociadas al fenómeno. Con base en esta concepción, el fenómeno fue documentado en 86,5% de los casos, siendo de 13,5% el subdiagnóstico de *documentación del fenómeno*.

Emergieron un total de 504 descriptores que pueden ser relacionados con la CA/delirio, especialmente en los registros efectuados por los enfermeros. De los más significativos, 31,9% son referentes al *estado neurológico*, 21,7% al *proceso corporal*, 18,2% al *proceso psicológico*, 17,5% al *comportamiento* y 10,7% a alteraciones en otros niveles, conforme se puede ver en la Tabla 1.

Según la clasificación adoptada, la *confusión* es un tipo de *cognición* que a su vez es un tipo de *proceso psicológico*, que se encuentra en un nivel más elevado y abstracto⁽¹³⁾.

Tabla 1 - Descriptores de CA/delirio

Categoría - Proceso psicológico		
Dimensión	Unidad de registro	N (%)
Cognición		
Confusión	'continua con períodos de confusión'	47 (9.3)
Atención	'raramente fija la mirada'	14 (2.8)
Afasia	'mantiene afasia'	20 (3.9)
Actitud		
Negación	'refirió recusar cualquier tratamiento'	2 (0.4)
Categoría - Comportamiento		
Dimensión	Unidad de registro	N (%)
Comportamiento interactivo	'rechaza sonda nasogástrica'	69 (13.7)
Actividad ejecutada por el propio	'hace varios intentos de levantarse'	19 (3.8)
Categoría - Proceso corporal		
Dimensión	Unidad de registro	N (%)
Reposo		
Sueño	'sueño corto e intermitente'	17 (3.4)
Proceso del sistema nervoso		
Actividad psicomotora	'se presentó agitado todo el turno'	74 (14.7)
Comportamiento desorganizado	'comportamiento incoherente'	12 (2.4)
Percepción	'alucinaciones auditivas'	6 (1.2)
Categoría - Estado neurológico		
Dimensión	Unidad de registro	N (%)
Alerta	'mirada vaga, perdida'	11 (2.2)
Consciencia	'alteración del estado de consciencia'	57 (11.3)
Orientación	'poco orientado en el tiempo y espacio'	58 (11.5)
Respuesta	'apático'	35 (6.9)

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Dimensión	Categoría - Capacidad	
	Unidad de registro	N (%)
Capacidad para comunicarse	'verborrea, discurso incoherente o imperceptible'	49 (9.7)
Otros		14 (2.8)
Total		504 (100)

En cuanto a los conceptos asociados a la descripción del estado del enfermo con CA/delirio, se verifica que las dimensiones: *actividad psicomotora, confusión, comportamiento interactivo, consciencia, orientación y capacidad para comunicarse*, en conjunto, reúnen 70,2% de los datos, siendo que cerca de un tercio (31,9%) se sitúa en la categoría *estado neurológico*.

Los enfermos con *documentación del fenómeno* presentan, en promedio, internaciones hospitalarias más largas y una mayor severidad de la CA/delirio ($t=-1,532$ y $p=0,005$; $t=2,918$ y $p=0,004$). También se verifica una relación estadísticamente significativa en *servicio de internación* ($\chi^2=18,898$ y $p=0,042$). En los servicios de medicina, neurología y ortopedia es el fenómeno es más documentado.

Documentación de las intervenciones de enfermería

El análisis con el objetivo de identificar la *documentación de las intervenciones* de enfermería mostró un total de 134 intervenciones - Tabla 2. La mayoría (67,9%) es en el dominio *organizar*, por ejemplo: *inmovilizar con dispositivos de inmovilización*, que fue la intervención más común, seguido del *inmovilizar con rejillas*. También se verifica que de los 111 enfermos, apenas 66 fueron sujetos a intervenciones que presentan alguna relación con el fenómeno, lo que apunta para 40,5% de enfermos sin intervenciones.

Tabla 2 – Descriptores de las intervenciones de enfermería

Categoría – Prevenir			
	Acciones	Cuidado	N (%)
Proteger	Prevención de caídas	'evaluar las medidas de contención física y mecánica'	1 (0,8)
	Medidas de seguridad	'preocuparse y manter la integridad física'	1 (0,8)
Categoría – Organizar			
	Acciones	Cuidado	N (%)
Controlar	Inmovilizar con rejillas	'fueron aplicadas rejillas laterales de prección en la cama'	42 (31,3)
	Inmovilizar con dispositivos de inmovilización	'fueron inmovilizados los miembros superiores'	49 (36,6)
Categoría – Prevenir			
	Acciones	Cuidado	N (%)
Promover comunicación		'hablar de frente y pausadamente, dando tiempo para responder'	6 (4,5)
Otros			35 (26)
Total			134 (100)

La *documentación de las intervenciones de enfermería* revela una diferencia estadísticamente significativa para el grado de severidad de la CA/delirio ($t=2,148$; $p=0,029$), ya que los enfermos con *documentación de intervenciones* presentan, en promedio, una mayor severidad de la CA/delirio. En cuanto a las variables género y servicio de internación, se comprueba una relación significativa con la *documentación de las intervenciones* ($\chi^2=6,355$ y $p=0,012$; $\chi^2=23,205$ y $p=0,010$). En lo que se refiere al género, en los casos sin *documentación de intervenciones*, 62,2% son del género femenino y 37,8%

del masculino. En la distribución de los enfermos con CA/delirio por los servicios, se registra una baja frecuencia de *documentación de intervenciones* en los servicios de cirugía y urología: 100% y 85,7%, respectivamente, no poseían *documentación de intervenciones* de enfermería.

Los resultados permitirán también verificar que la *documentación del fenómeno* está significativamente relacionada con la *documentación de las intervenciones* ($\chi^2=20,053$ y $p\leq 0,001$), ya que la mayor parte de los enfermos con *documentación del fenómeno* tiene también *documentación de intervenciones* de enfermería. Por el

análisis de la Tabla 3, se constata igualmente que, en los enfermos sin *documentación del fenómeno*, apenas uno tenía *documentación de las intervenciones*.

Tabla 3 – Relación entre la *documentación del fenómeno* y la *documentación de las intervenciones* de enfermería

	Documentación del fenómeno		
	No	Si	Total
	n (%)	n (%)	
Documentación de las intervenciones de enfermería	no n (%)	si n (%)	
	14 (31,1)	31 (68,9)	45 (100)
	1 (1,5)	65 (67,7)	96 (100)
Total	15 (13,5)	96 (86,5)	111 (100)

La dimensión del subdiagnóstico de confusión en la documentación

Según los datos, 12,6% de los enfermos no presentaban cualquier *documentación del fenómeno* ni *documentación de intervenciones*, siendo ese el valor del subdiagnóstico en la *documentación*. En la Tabla 4 las relaciones entre la *documentación del fenómeno* y la *documentación de las intervenciones* evidencian la importancia de la identificación del fenómeno.

Tabla 4 – Relaciones entre la *documentación del fenómeno* y de las *intervenciones*

Documentación	N (%)
Con documentación del fenómeno y sin documentación de intervenciones	31 (28)
Con documentación del fenómeno y con documentación de intervenciones	65 (58,5)
Sin documentación del fenómeno y con documentación de intervenciones	1 (0,9)
Sin documentación del fenómeno y sin documentación de intervenciones	14 (12,6)
Total	111 (100)

Al examinar la relación entre el servicio de internación y el subdiagnóstico de la CA/delirio en la *documentación* se constata una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=19,007$ y $p=0,040$). El servicio de urología fue aquel que presentó el mayor grado de subdiagnóstico, ya que 57,1% de los enfermos no presentaban *documentación del fenómeno* ni *documentación de las intervenciones*. La relación del subdiagnóstico con la severidad del fenómeno fue también significativa ($t=2,904$; $p=0,004$), registrándose que los casos subdiagnosticados presentan en promedio, un menor grado de severidad.

Percepción de los enfermeros

Las entrevistas con los enfermeros mostraron que

30,6% no identificaron la CA/delirio. De los enfermeros que percibieron el fenómeno, se constató 131 conceptos asociados, emergiendo de aquí las mismas categorías que las de *documentación del fenómeno*, sin embargo con frecuencias diferentes. Se verifica que 36,6% de los conceptos se referían a la categoría *estado neurológico*, 32,8% al *proceso psicológico* y 15,4% al *proceso corporal*, y al *comportamiento y capacidad* 9,2% y 6,1%, respectivamente. La dimensión que obtiene el mayor número de respuestas es la *orientación* (29,0%), seguida de la *confusión* con 24,4%.

La percepción del enfermero mostró estar significativamente relacionada con el grado de severidad de la CA/delirio ($t=5,397$ y $p < 0,001$) y t con el grado de *documentación del fenómeno* ($\chi^2=7,041$ y $p=0,008$), registrándose que los enfermos con mayor grado de severidad fueron más fácilmente identificados y también que 92,2% de los enfermos con *documentación del fenómeno* fueron identificados por los enfermeros como teniendo CA/delirio.

Subdiagnóstico absoluto de CA/delirio

Los datos sugieren que la grandeza absoluta del subdiagnóstico es de 8,1%, o sea, no fue encontrado cualquier indicador que se relacione con la CA/delirio en la *documentación* (fenómeno o intervenciones) o en la *percepción* de los enfermeros. Cuando el fenómeno es reconocido, los enfermos son, en promedio, más viejos y presentan mayor grado de severidad de CA/delirio ($t=-2,400$ y $p=0,018$; $t=3,412$ y $p=0,01$, respectivamente). El subdiagnóstico absoluto de CA/delirio está también significativamente relacionado con el subdiagnóstico en la *documentación* ($\chi^2=67,859$ y $p < 0,001$) - Tabla 5.

Tabla 5 – Relación entre el subdiagnóstico total y el subdiagnóstico en la *documentación*

	Subdiagnóstico de confusión aguda/delirio		
	No	Si	Total
	n (%)	n (%)	
Subdiagnóstico en la documentación	no n (%)	si n (%)	
	97 (100)	0 (0)	97 (100)
	5 (35,7)	9(64,5)	14(100)
Total	102 (91,9)	9 (8,1)	111 (100)

Discusión

La mayoría de la documentación relativa a los enfermos con CA/delirio emerge de la documentación efectuada por los enfermeros, que es consistente con la literatura. Los enfermeros, gracias al mayor tiempo de contacto,

consiguen identificar más rápidamente las alteraciones del estado mental^(1,3,14). Sin embargo, hay dificultad en establecer el diagnóstico de la situación clínica^(5,8-9), lo que puede estar relacionado con sus características (naturaleza fluctuante de los síntomas y el subtipo hipoactivo), poco uso de herramientas de evaluación confiables y factores inherentes a los propios enfermeros⁽⁹⁻¹¹⁾. Como los datos muestran, los atributos de los enfermos con CA/delirio (edad y género) y las particularidades de la hospitalización (servicio y tiempo de internación) pueden también influir en el reconocimiento del fenómeno y en la concepción de cuidados de enfermería.

La investigación confirmó que gran parte de los enfermos con CA/delirio son ancianos, lo que es congruente con la literatura^(1-5,9-11,15). Este grupo de edad reúne un conjunto de condiciones favorables a su desarrollo en virtud de su vulnerabilidad y por el uso más activo de los servicios de salud⁽¹⁶⁾. Se vive más años con más debilidades. Al mismo tiempo, más de dos tercios de estos enfermos estaban concentrados en tres tipos de servicio: médico, ortopédico y neurológico, hecho ya conocido, que se relaciona con un conjunto de patologías prevalentes (como las enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio), y las características inherentes a ese intervalo de edad^(2,17).

Fue identificada *documentación del fenómeno* en cerca de 86% de los registros clínicos, habiendo relación con el servicio y tiempo de internación, severidad de la CA/delirio y *documentación de las intervenciones* de enfermería. En los servicios que tienen una frecuencia de enfermos con CA/delirio por arriba del promedio, sus profesionales están más habituados a observar el fenómeno y, en consecuencia, lo conocen mejor. Internaciones hospitalarias más largas es otro hecho que contribuye para la identificación del fenómeno. Ampliando el tiempo de contacto con los enfermos, los profesionales mejoraron el conocimiento que tiene sobre ellos, y así, son más capaces de detectar alteraciones del estado mental, aumentando las oportunidades de documentación.

La identificación de CA/delirio es realizada prioritariamente a través de indicadores clínicos de exacerbación del comportamiento motor, como el rechazo de dispositivos médicos, tentativas de salir de la cama, que a veces resulta en caídas, lo que se sobrepone a la evidencia⁽¹⁸⁾. Se sabe que muchos de los enfermos ancianos con CA/delirio son del subtipo hipoactivo que, a su vez, es más difícil de detectar. Al contrario de los enfermos que tienen señales y síntomas más expresivos – subtipo hiperactivo, que es más fácilmente detectado. Aquí, el concepto de severidad encuentra concordancia con los datos de investigación ya realizada, pareciendo

estar muy ligado al subtipo hiperactivo⁽⁷⁻⁸⁾. De este modo, es de admitir que el subdiagnóstico de CA/delirio estuvo sobretodo presente en los casos de *postración, somnolencia o apatía*.

Simultáneamente, se verificó la existencia de *documentación* con ausencia de *percepción* del fenómeno, lo que puede indiciar menor comprensión de las especificidades de este síndrome por los enfermeros. La perturbación de la atención es una de las alteraciones más comúnmente referidas como reveladoras de CA/delirio^(10,19), y aquí fue identificada en un porcentaje reducido de casos. Adicionalmente, los indicadores inicio rápido y fluctuación de los síntomas nunca fueron registrados en la *documentación* analizada. La literatura también apunta para la existencia de deficiencias en la formación de los enfermeros, en dominios como la geriatría⁽²⁰⁻²¹⁾ y la CA/delirio⁽¹⁰⁻¹¹⁾, lo que puede explicar esta falta de registros caracterizadores del fenómeno.

La *documentación de las intervenciones* de enfermería está relacionada con la *documentación del fenómeno* y con la condición *género* del enfermo. El primero aspecto parece lógico, ya que si el problema estuviese identificado, existiría una mayor probabilidad del enfermo ser objeto de intervenciones de enfermería. Sin embargo la cuestión del *género* del enfermo es más problemática, ya que los enfermos del género masculino son más susceptibles al desarrollo del fenómeno y este hecho puede estar relacionado con eventuales creencias y estereotipos. Recordemos que parte significativa de las intervenciones está relacionada a medidas de control del comportamiento, lo que puede apuntar para más manifestaciones de hiperactividad en los enfermos del género masculino, justificando también las medidas de inmovilización. La verdad es que esas intervenciones son, por sí sólo, son un factor de riesgo de CA/delirio, así como un mal indicador de la calidad de la atención utilizada⁽²²⁾. La práctica de enfermería debe ir más allá de la simple gestión de señales y síntomas⁽²³⁾ – como es el caso de las inmovilizaciones. Así, los datos de la presente investigación exigen una reflexión acerca del porque de la no documentación de otras intervenciones señaladas como importantes por la literatura, como la *orientación para la realidad*^(5,9-10), colocando la cuestión: ¿Será que las intervenciones son planificadas y no registradas, desvalorizadas o desconocidas? Es preocupante la constatación, de que cerca de un tercio de los enfermos con *documentación del fenómeno* no tuvieron cualquier *documentación de intervenciones* de enfermería.

El servicio de internación mostró ser un elemento influente sobre la *documentación del fenómeno* y de las *intervenciones*. El servicio de urología, hematología

y cirugía presentaron tasas de subdiagnóstico en la *documentación*, significativamente, más altas que las de otras unidades. Tal vez los profesionales que allí trabajaban estuviesen menos alertas para el fenómeno debido a la menor incidencia.

La edad surge como un factor importante en la cuestión del subreconocimiento, ya que cuanto más anciano es el enfermo menor es el subdiagnóstico de la CA/delirio, factor ya descrito en otro estudio⁽²⁴⁾. Existe una asociación de la CA/delirio con la edad, sin embargo cualquier enfermo hospitalizado puede ser susceptible a este síndrome^(1,6,15).

A pesar de haber identificado una tasa absoluta de subdiagnóstico de la CA/delirio de 8,1%, se trata de un valor menos expresivo comparativamente con datos de otros estudios^(7,14,16). Al aumentar los conceptos, como eventualmente indicadores de una alteración del estado mental, se disminuye substancialmente el valor del subdiagnóstico. Por otro lado, al considerar apenas la presencia de los conceptos – CA y/o delirio, en el ámbito del proceso clínico, sólo 4,5% de los casos fueron diagnosticados, lo que revela tasas de subdiagnóstico verdaderamente preocupantes. También, si fuese tomado en consideración apenas la presencia del concepto *delirio* – que fue observado una única vez en los registros médicos – la tasa de subdiagnóstico sería total. De este modo, se considera que el hecho de haber identificado conceptos o indicadores que apuntan para el fenómeno, no significa que el diagnóstico fue confirmado, tratándose apenas de una aproximación a su significado. Por lo tanto, el subreconocimiento es la mayor problemática del diagnóstico de CA/delirio^(5,14,16).

Conclusión

En este estudio, quedó claro que el estado mental del enfermo no es evaluado adecuadamente. El uso de herramientas de evaluación, como la Escala de Confusión NeeCham, es una estrategia importante, porque torna más objetivo un fenómeno de gran subjetividad. Existe subdiagnóstico de CA/delirio e independientemente de las razones que están en su génesis, es importante conocerlas y remediarlas. Esta investigación permitió identificar algunas de esas vertientes, lo que es innovador y relevante para el conocimiento de la cuestión. Más allá de dar a conocer la realidad de un hospital de gran porte europeo, en el ámbito de la cuestión del Subreconocimiento y Subdiagnóstico de la CA/delirio, la problemática muy significativa radica en la seguridad y calidad de los cuidados.

La mayoría de las intervenciones de enfermería documentadas recaen en la *Inmovilización Física de*

Movimientos lo que es incongruente con una práctica de enfermería avanzada, pero no queda claro si hay medidas que se toman sin ser documentadas.

La experiencia del profesional debe ser complementada con la utilización de la mejor evidencia disponible para dar el mejor cuidado a la población. Este estudio deja abierta la posibilidad de implementar medidas formativas, sobre la CA/delirio, así como medidas de evaluación sistemática del fenómeno y de las intervenciones de enfermería, ya que son cambios que pueden conducir a resultados positivos.

El estudio tiene limitaciones que se relacionan especialmente con las personas afectadas por el hecho de englobar un conjunto amplio de conceptos que tiene conexión con el fenómeno, en una reducida contextualización del campo de estudio y de experiencia clínica de los enfermeros envueltos en la CA/delirio; sin embargo esto no disminuye la importancia de los hallazgos. Es evidente que cuando se encuentra la expresión *mirada vaga*, quien la anota puede no haberla asociado a la CA/delirio, pero identificó la alteración. Disminuir el cedazo ciertamente aumentaría el subdiagnóstico absoluto, lo que no atenúa la calidad de los hallazgos.

Referencias

1. Lee V. Confusion: geriatric self-learning module. *Medsurg Nurs*. 2005;14(1):38-41.
2. Olofsson B, Lundstro M, Borsse B, Nyberg L, Gustafson Y. Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci* 2005;19(2):119-27.
3. Sendelbach S, Guthrie PT. Acute Confusion/Delirium – Identification, Assessement, Treatment, and Prevention. *J Gerontol Nurs*. 2009;35(11):11-8.
4. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. *Am J Psychiatr – Suppl*. 1999;156(5):1-20.
5. Tropea J, Slee J, Brand CA, Gray L, Snell T. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Austr J Ageing*. 2008;27(3):150-6.
6. Waszynski CM, Petrovic K. Nurses' evaluation of the Confusion Assessment Method: a pilot study. *J Gerontol Nurs*. 2008;34(4):49-56.
7. Meagher D. Motor subtypes of delirium: Past, present and future. *Int Rev Psychiatr*. 2009;21(1):59-73.
8. Spiller JA, Keen JC. Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. *Palliative Med*. 2006;20(1):17-23.
9. Michaud L, Büla C, Berney A, Camus V, Voellinger R, Stiefel F, et al. Delirium: guidelines for general hospitals.

- J Psychosom Res. 2007;62(3):371-83.
10. British Geriatrics Society and Royal College, of Physicians. Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people. Concise guidance to good practice series. London: RCP; 2006.
11. Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, Funk SG. The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing. Nurs Res. 1996;45(6):324-30.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004. 223 p.
13. Concelho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: (Versão 1.0). Genebra: International Council of Nurse; 2006. 210 p.
14. Inouye SK, Leo-Summers L, Zhang Y, Bogardus ST, Leslie DL, Agostini JV. A chart-based method for identification of delirium: validation compared with interviewer ratings using the Confusion Assessment Method. J Am Geriatr Soc. 2005;53(2):312-8.
15. Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006;354(11):1157-65.
16. Steis MR, Fick DM. Are nurses recognizing delirium? A systematic review. J Gerontol Nurs. 2008;34(9):40-8.
17. Vollmer C, Rich C, Robinson S. How to prevent delirium: a practical protocol. Nursing. 2007;37(8):26-8.
18. Lakatos SBE, Capasso V, Mitchell MT, Kilroy SM, Lussier-Cushing M, Sumner L, et al. Falls in the general hospital: association with delirium, advanced age, and specific surgical procedures. Psychosomatics. 2009; 50(3):218-26.
19. Cole CS, Williams EB, Williams RD. Assessment and discharge planning for hospitalized older adults with delirium. Medsurg Nurs. 2006;15(2):71-6.
20. Voyer P, Richard S, Doucet L, Danjou C, Carmichael P. Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. BMC Nurs. 2008;7(4):1-14.
21. Brum A, Tocantins F, Silva T. The nurse as an action tool in care for the aged. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(6):1019-26. doi: 10.1590/S0104-11692005000600015. (includes abstract), Steis MR, Fick DM. Gerontol Nurs. 2008 Sep;34(9):40-8
22. Siddiqi N, Holt R, Britton AM, Holmes J. Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. Cochrane Database System Rev.2007;(2):1-44.
23. Silva AP. "Enfermagem avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir. 2007;55:11-20.
24. Kales HC, Kamholz BA, Visnic SG, Blow F. Recorded delirium in a national sample of elderly inpatients: potential implications for recognition. J Geriatr Psychiatr Neurol. 2003;16(1):32-8.

Recibido: 5.3.2010

Aceptado: 22.11.2010

Como citar este artículo:

Silva RCG, Paiva e Silva AA, Marques PAO. Análisis de registros producidos por el equipo de salud y de la percepción de los enfermeros sobre las señales y síntomas del delirio. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-feb. 2011 [acceso: / /];19(1):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL