

**INTERVENCIONS DE PREVENCIÓ I MÈTODES DE CRIBRATGE PER PART D'INFERMERIA
AL PACIENT GERIÀTRIC INGRESSAT EN EL SERVEI D'URGÈNCIES AMB DELÍRIUM:
REVISIÓ DE LA LITERATURA**

TREBALL FI DE GRAU

Alumna: Anna Esparré Casal

Director: Jordi Sarola Gassiot

2021-2022

Memòria Final

AGRAÏMENTS

En primer lloc, a en Jordi Sarola, director de la present revisió de la literatura, pel seu constant seguiment, orientació i suport durant tot el procés.

A la formació rebuda per part del professorat durant aquests quatre anys, que m'ha permès realitzar aquesta metodologia de cerca.

Finalment, vull agrair molt especialment el suport i paciència infinita procedent de la meua família.

ÍNDIX

Índex de figures i taules	4
Resum i Abstract	5
RESUM.....	5
ABSTRACT.....	6
Introducció	7
Rellevància científica i professional	7
La valoració geriàtrica i les síndromes geriàtriques	7
Deteriorament cognitiu.....	7
El delírium	8
Pacient geriàtric amb delírium o risc d'aquest al servei d'urgències.....	9
Objectius	11
Objectiu General	11
Objectius Específics	11
Metodologia	12
Tipus d'estudi	12
Població d'estudi.....	12
Mostra	12
Criteris d'inclusió.....	12
Criteris d'exclusió	12
Fonts d'informació	12
Procés de selecció dels estudis	14
Procés d'extracció de les dades	14
Variables d'estudi.....	14
Aspectes ètics.....	15
Limitacions	15
Resultats i Discussió	17
Característiques dels articles de la mostra	17

Intervencions de prevenció i mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

Mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium.....	24
Intervencions de prevenció per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium.....	31
Conclusions	33
Implicació a la pràctica professional	34
Cronograma del Treball Fi de Grau	35
Referències bibliogràfiques	36
Annexes	42
ANNEX 1: Pregunta d'investigació en format PICO	42
ANNEX 2: Taula resum de les variables d'estudi.....	43
ANNEX 3: Rol infermer en les investigacions	51

Índex de figures i taules

Figures

- Figura 1.** Diagrama de flux segons metodologia PRISMA 2020
- Figura 2.** Base de dades de cerca
- Figura 3.** Any de publicació
- Figura 4.** País d'origen
- Figura 5.** Revista de publicació
- Figura 6.** Tipus d'estudi emprat
- Figura 7.** Edat mínima per formar part de la mostra
- Figura 8.** Referència diagnòstica emprada en els estudis de la mostra
- Figura 9.** Percentatge de casos de delírium segons la referència diagnòstica
- Figura 10.** Cronograma del Treball Fi de Grau

Taules

- Taula 1.** Paraules Clau o Key words
- Taula 2.** Estratègies de cerca emprades
- Taula 3.** Anàlisi mètodes de cribatge
- Taula 4.** Anàlisi de les intervencions de prevenció aplicades al pacient amb o risc de delírium
- Taula 5.** Escales de cribatge del delirium al servei d'urgències on participen els professionals d'infermeria
- Taula 6.** Taula resum de les variables d'estudi

Resum i Abstract

RESUM

Introducció: El delírium és una síndrome geriàtrica d'incidència rellevant al servei d'urgències, aquests casos solen estar infradiagnosticats, per la falta de cribratge, protocol·lització i investigació al respecte. La prevenció primària i secundària d'aquest trastorn pot ser clau per disminuir la incidència i gravetat dels casos, altament relacionats amb greus conseqüències pel pacient, entorn familiar i personal sanitari.

Objectiu: Analitzar el coneixement que existeix en l'actualitat sobre mètodes de cribratge i intervencions de prevenció que poden dur a terme els i les infermeres al pacient geriàtric ingressat al servei d'urgències amb delírium o amb risc d'aquest.

Metodologia: Revisió bibliogràfica basada en estudis analítics obtinguts a les bases de dades de Medline, Elsevier i Lilacs publicats entre el 2011 i el 2021, en anglès o castellà. Les intervencions eren realitzades per infermeres o grups multidisciplinaris a pacients grans adults, amb demència o sense, atesos en un servei d'urgències hospitalari. Finalment, 16 articles van ser seleccionats segons criteris d'inclusió.

Resultats: Entre el 6% i el 15,30% dels grans adult patien delírium. Les eines validades, per l'ús al servei d'urgències, on participa infermeria, són: bCAM, CAM, O3DY, 4AT, Nu-DESC, m-bCAM, DTS amb bCAM i CAM-UCI. Les eines de cribratge incloses són breus i de fàcil execució amb formació específica prèvia. La m-bCAM, la mCAM-ED i la CAM-UCI mostren els millors resultats. Les intervencions incloses no mostren resultats significatius.

Conclusió: La gestió del pacient gran adult amb delírium al servei d'urgències és una qüestió d'actual interès, encara calen futures línies d'investigació per a portar a terme una actuació validada i coordinada basada en la prevenció. El professional d'infermeria té un paper clau en aquesta gestió, amb prèvia formació en escales de cribratge i mètodes de prevenció, per la seva capacitat i contacte estret amb el pacient.

Paraules Clau: Infermeria, urgències, delírium, pacient geriàtric, prevenció i deteriorament cognitiu.

ABSTRACT

Introduction: The delirium is a geriatric syndrome of relevant incidence in the service of urgency, these cases are often underdiagnosed, due to the lack of protocolization and investigation into it. Primary and secondary prevention of this state can be key to decreasing the incidence and severity of this state, highly related to severe consequences by the patient, family environment, and health staff.

Objective: Analyze the current knowledge of screening methods and prevention interventions that can be carried out by nurses and nurses to the geriatric patient entering the emergency service with or at risk of delirium.

Methods: Literature review based on analytical studies obtained from the databases of Medline, Elsevier and Lilacs published between 2011 and 2021 in English or Spanish. The interventions were made by nurses or multidisciplinary groups to aged adult patients, with or without dementia, in hospital emergency services. Finally, 16 articles were selected according to inclusion criteria.

Results: Between 6% and 15.30% of the aged adults suffered from delirium. The validated tools, for the emergency service in which nursing participates, from the sample are: bCAM, CAM, O3DY, 4AT, Nu-DESC, m-bCAM, DTS with bCAM and CAM-UCI. The included screening tools are short and easily run with prior specific training. The m-bCAM, mCAM-ED and CAM-UCI show the best results. The interventions included show no significant results.

Conclusion: The management of the aged adult patient with delirium at the emergency service is a matter of current interest, further research lines are still needed to carry out a validated and coordinated action based on prevention, where the nurse's professional has a key role with prior training on screening scales and prevention methods.

Keywords: Nurses, geriatric patients, emergency service, delirium, neurocognitive disorders and prevention.

Introducció

Rellevància científica i professional

L'envelliment poblacional és una realitat en la societat mundial actual, principalment, en els països més desenvolupats, aquest fet és a causa de l'increment de l'esperança de vida i la baixa taxa de natalitat (1). L'any 2050 s'estima que en l'estat espanyol els habitants amb seixanta-cinc anys o més, anomenats **grans adults** (2), representaran més del 30% de la població (1). Aquesta població és àmplia i heterogènia, hi ha grans adults sans i grans adults portadors de diverses patologies cròniques, que poden presentar cert grau de dependència per les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), alteracions mentals i/o problemàtiques socials, aquests són anomenats **pacients geriàtrics** (3).

Els pacients geriàtrics solen presentar **multimorbiditat** o **comorbiditat**. La multimorbiditat és la presència de diferents patologies cròniques de manera simultània en un individu, en canvi, la comorbiditat és la expressió d'una o més malalties vinculades a una malaltia primària (4). Aquesta realitat epidemiològica presenta un repte que posa com a objectiu millorar l'atenció sanitària dirigida a aquest perfil de pacients, en tots els àmbits assistencials del sistema sanitari (5-7).

La valoració geriàtrica i les síndromes geriàtriques

L'actuació sanitària davant d'un pacient geriàtric requereix una valoració geriàtrica acurada, des d'un punt de vista holístic: funcional, clínic, cognitiu i psicosocial (3). Aquesta és una eina bàsica en la geriatria i és la base del diagnòstic, tractament i pronòstic del pacient. En aquesta valoració es posa especial atenció en l'avaluació de les **síndromes geriàtriques**. Aquestes són un conjunt de signes i símptomes originats per una concurrència de patologies, són d'etiologia multifactorial, a més, solen comprometre diversos òrgans o sistemes i la seva forma de presentació, en moltes ocasions, està poc relacionada amb la patologia que ho genera (8). Les quatre grans síndromes geriàtriques són: la immobilitat, les caigudes, la incontinència urinària i el deteriorament cognitiu (7-8).

Deteriorament cognitiu

El **deteriorament cognitiu** és el declivi de les funcions cognitives de manera transitòria o permanent. Aquest està present tant en la demència com en el delírium. La **demència** és una síndrome geriàtrica que implica el deteriorament de les habilitats intel·lectuals de manera progressiva, però sense alteració del nivell de consciència (9,10).

El delírium

El **delírium** es coneix com un trastorn d'instauració aguda amb curs fluctuant durant les vint-i-quatre hores del dia (inclosa la nit), habitualment en un pacient vulnerable, en el qual les funcions cognitives es deterioren de manera global, on es destaca el trastorn de l'atenció (inatenció) i canvis del nivell de consciència (5,10-11). Ademés es poden presentar alteracions en la memòria, dificultat en l'organització del pensament, desorientació en espai i temps, trastorn de la son, al·lucinacions i agitació física (5). Aquesta simptomatologia es caracteritza per no ser justificada per un trastorn neurodegeneratiu previ (com la demència) , tot i que, és un factor de risc (7).

El delírium és un marcador de mal pronòstic, augmenta la morbimortalitat del pacient per les complicacions associades, incrementa els costos i recursos tant a l'àmbit familiar com sanitari, el que pot provocar *burnout*. A més, produeix un increment del nombre de visites al servei d'urgències provocant, probablement, reingressos (7,12).

Fisiopatologia del delírium

El delírium pot ser una de les primeres manifestacions d'una malaltia aguda potencialment greu (7). Aquesta síndrome és resultat de patiment encefàlic producte de la interacció entre l'exposició a una o més noxes (factors precipitants o modificables) en un pacient amb diferent grau de reserva cerebral (factors predisposants) (7,13).

Com factors precipitants hi ha: la deshidratació, malalties infeccioses, medicaments sedants o anticolinèrgics, trastorns del metabolisme, cirurgies, estat de xoc, dolor mal controlat, retenció urinària, restrenyiment, determinades exposicions ambientals, ús de contenció física i privació sensorial (5,7). En canvi com a factors predisposants hi ha la comorbiditat, l'alcoholisme, ser major de seixanta-cinc anys, sexe masculí, deteriorament cognitiu, malnutrició i ser polimedicat (5).

Tipus de delírium

Es coneixen tres tipus de delírium segons la conducta motora (subtipus psicomotors):

- **Delírium hipoactiu:** es caracteritza per l'estat d'apatia amb l'entorn, és el més prevalent (5-7,13). Es relaciona amb complicacions de caràcter respiratori i úlceres per pressió (5,12).
- **Delírium hiperactiu:** es caracteritza per l'agitació física (7). Es relaciona amb un augment del risc d'autoretirada de dispositius mèdics i increment del risc de caigudes (5).
- **Delírium mixt:** presenta nivells fluctuants d'activitat psicomotriu (5).

Diagnòstic del pacient amb delírium

El diagnòstic es basa en la clínica mitjançant l'entrevista amb el pacient o entorn i l'exploració física i cognitiva segons, habitualment, els criteris de '*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*' (DSM-IV-TR) (14-15). Escales de cribatge del delírium breus i simples d'aplicar poden ser útils per iniciar aquest procés de diagnòstic, i d'aquesta manera agilitzar la corresponent resposta de l'equip assistencial (14).

Existeixen escales dissenyades per la detecció ràpida del delírium, es destaca la CAM (*Confusion Assessment Method*), escala validada que valora les característiques principals de la síndrome (14). Una versió abreviada d'aquesta és la 3D-CAM, que requereix menys de dos minuts per realitzar-se (16). També existeix la versió adaptada al servei de cures intensives, coneguda com CAM-ICU (17).

Les escales de cribatge del delírium més utilitzades i conegudes, a més de la CAM, són: 4AT (*4 A's Test*), interRAI-AC (*International Resident Assessment Instrument–Acute Care*), Nu-DESC (*Nursing Delirium Screening Scale*) i RADAR (*Recognizing Acute Delirium as Part of Your Routine*) (18). Cal destacar que el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein no és una escala pel diagnòstic del delírium, sinó que té l'objectiu de valorar el grau de deteriorament cognitiu (14).

Intervencions en el pacient amb delírium

Diversos estudis han demostrat que les intervencions multicomponents són efectives per reduir la incidència i la duració dels episodis dels pacients que pateixen delírium (5). Pel que fa al maneig, primer de tot cal identificar i solucionar els factors precipitants i abordar els predisposants (7,12). Aquest maneig pot ser no farmacològic (prioritari) o farmacològic (principalment pel pacient agitat) (2,7).

Pacient geriàtric amb delírium o risc d'aquest al servei d'urgències

L'entrada principal a l'ingrés hospitalari, independentment de la unitat d'especialització o servei, és el servei d'urgències (6). Per tant, és aquí on cal iniciar el maneig del delírium, començant per la prevenció o detecció precoç d'aquest estat. En l'actualitat hi ha molts estudis sobre la prevenció, diagnòstic i maneig, tant farmacològic com no farmacològic, en unitats d'hospitalització i en serveis de cures intensives, però en el servei d'urgències hi ha una falta d'investigació, i per tant, també, de protocol·lització al respecte (6-7).

Malgrat la seva rellevància clínica, entre el 57% i el 83% dels pacients amb delírium són infradiagnosticats en el servei d'urgències, aquest fet és a causa de la falta d'avaluació cognitiva de forma rutinària (6). D'aquesta manera, quan es fa aquesta avaluació s'especifica una prevalença, en els grans adults atesos, d'entre el 7% i el 20% (15).

Un pacient geriàtric amb delírium és tot un repte, perquè implica una dificultat addicional per realitzar una correcta anamnesi o examen físic, aquesta valoració pot ser confusa i menys fiable (2, 7). *The Society for Academic Emergency Medicine's Geriàtric* ha recomanat que la detecció de delírium al servei d'urgències sigui un dels indicadors de qualitat en l'atenció geriàtrica d'urgència mitjançant escales de valoració per detectar pacients amb risc (6,13). Alguns dels instruments per a la detecció del delírium poden arribar a ser complexos i, per tant, inviàbles per l'ús al servei d'urgències (18,19). Es considera que amb escales simples i curtes les infermeres poden avaluar adequadament els pacients amb risc de patir delírium, amb la corresponent educació prèvia (18, 20).

És necessari un canvi en les cures infermeres dirigides al pacient geriàtric amb delírium o risc de desenvolupar aquest en el servei d'urgències per tal de millorar el seu maneig en aquest àmbit hospitalari, que sovint és caòtic i hostil. Aquestes cures són integrals, però en la present Revisió de la Literatura (RL) es posarà especial èmfasi en l'anàlisi del coneixement actual que existeix sobre intervencions de prevenció per evitar nous casos, o bé, disminuir la gravetat dels que ja estan diagnosticats o cribrats (prevenció primària i secundària, respectivament), i mètodes de cribatge per fomentar la detecció precoç (prevenció secundària) que poden dur a terme els i les infermeres al pacient geriàtric al servei d'urgències.

Objectius

Objectiu General

Analitzar el coneixement que existeix en l'actualitat sobre mètodes de cribatge i intervencions de prevenció que poden dur a terme els i les infermeres al pacient geriàtric ingressat al servei d'urgències amb delírium o risc de patir aquesta síndrome.

Objectius Específics

- Conèixer les intervencions de prevenció del delírium efectives per disminuir la incidència o gravetat d'aquesta síndrome en el servei d'urgències, realitzades per infermeria.
- Conèixer els requisits teòrics necessaris pel desenvolupament correcte de les actuacions de prevenció efectives del delírium a urgències.
- Identificar els instruments de cribatge emprats en diferents estudis a grans adults al servei d'urgències per part d'infermeria i conèixer quins aspectes avaluen, el seu sistema de puntuació i temps d'aplicació que requereixen.
- Saber quins instruments de cribatge estan validats per utilitzar en el servei d'urgències per part del personal d'infermeria.
- Comparar els resultats d'especificitat i sensibilitat dels instruments de cribatge del delírium en el servei d'urgències.

Metodologia

Tipus d'estudi Revisió de la Literatura

Població d'estudi Estudis publicats entre gener del 2011 i desembre del 2021 a les BD escollides.

Mostra Articles que compleixin criteris d'inclusió i exclusió.

Criteris d'inclusió

- Estudis que compleixin els requisits detallats en la pregunta d'investigació en format PICO (**annex 1**).
- Estudis d'analítics: Estudis d'intervenció (experimentals o quasiexperimentals) i estudis observacionals (de cohort o casos i control).
- Estudis publicats del 01/01/2011 al 31/12/2021.
- Estudis publicats en llengua anglesa i castellana.
- Estudis sobre intervencions de prevenció o cribatge on s'especifiqui que s'ha realitzat per infermers o infermeres, o per un grup multidisciplinar on s'inclogui i especifiqui la participació d'infermeria.
- S'inclouran mètodes de cribatge els quals hagin tingut com a referència de diagnòstic els criteris del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM versió III, IV, IV-TR, V) realitzats per un especialista en atenció geriàtrica o psiquiàtrica. O bé, en el seu defecte, diagnòstic realitzat amb el *Confusion Assessment Method* (CAM) o el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) pel seu ampli ús en la pràctica clínica (21).

Criteris d'exclusió

- Articles sobre delírium causat per drogues o delírium tremens.

Fons d'informació

Les bases de dades (BD) escollides són: MEDLINE (Pubmed), ELSEVIER (ScienceDirect) i LILACS, consultades durant els mesos de febrer i març del 2022.

Estratègia de cerca

Les paraules claus establertes en llenguatge natural, o bé, els respectius equivalents en terme MeSH, mostrats a la **taula 1**, van ser combinades amb operadors booleans, per tal d'establir les equacions de cerca més adients per obtenir els objectius plantejats. La **taula 2** recull les estratègies de cerca dissenyades per cada BD.

Taula 1. Paraules clau o *Key words*

LLENGUATGE NATURAL		LLENGUATGE CONTROLAT 'TESAURO' - Descriptors
Llengua anglesa	Llengua castellana	MeSH
<i>Nurses</i>	Enfermeras	Nurses
<i>Geriatric patients</i>	Paciente geriàtrico	Geriatric Nursing/ Aged
<i>Emergency service</i>	Urgències	Emergency Service, Hospital/Emergency nursing
<i>Delirium</i>	Delirium	Prevention and control
<i>Prevention</i>	Prevención	Delirium/Neurocognitive disorders
<i>Neurocognitive disorders</i>	Transtorno neurocognitivo	

Taula 2. Estratègies de cerca emprades

BASE DE DADES	EQUACIÓ DE CERCA	LÍMITS*
MEDLINE (Pubmed)	("nurse s"[All Fields] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields] OR "nurses s"[All Fields]) AND ("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "service"[All Fields] AND "hospital"[All Fields]) OR "hospital emergency service"[All Fields] OR ("emergency"[All Fields] AND "service"[All Fields] AND "hospital"[All Fields]) OR "emergency service hospital"[All Fields]) AND ("delirium"[MeSH Terms] OR "delirium"[All Fields] OR "deliriums"[All Fields]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields])	Anys: Del 2011 fins el 2021 Edat: aged: 65 + years 80 and over: 80 + years <u>Cerca sense límits:</u> 46 articles <u>Cerca amb límits:</u> 35 articles
ELSEVIER (Sciendirect)	Nurses and emergency service, hospital and delirium and aged	Anys: Del 2011 fins el 2021 <u>Cerca sense límits:</u> 2.699 <u>Cerca amb límits:</u> 1.527
LILACS	Delirium and urgències	Anys: Del 2011 fins el 2021 Idioma: Spanish English <u>Cerca sense límits:</u> 20 <u>Cerca amb límits:</u> 11

*Límits establerts segons criteris d'inclusió i exclusió i els filtres que ofereix cada BD.

Procés de selecció dels estudis

S'utilitza *MENDELEY* com a gestor bibliogràfic i magatzem d'estudis. Aquests son ordenats en carpetes segons temàtica (intervencions de prevenció o mètodes de cribatge) i BD de procedència.

Als articles cercats amb l'equació de cerca es van posar els límits establerts segons els filtres de cada BD, i amb aquests articles es va iniciar la selecció fent lectura dels títols i *abstracts*. Posteriorment, es van llegir els articles triats per descartar els que no complien amb criteris d'inclusió. Finalment es van aconseguir els articles dels quals es van extreure les dades a estudi. Aquest procés de selecció queda reflectit en el diagrama de flux segons metodologia PRISMA 2020, que correspon a la **figura 1**.

Procés d'extracció de les dades

Dels articles seleccionats com a mostra d'estudi, es va fer una lectura acurada per tal de recopilar la informació rellevant, en format taula dissenyada en el programa informàtic de Microsoft Word ©, amb l'objectiu de facilitar la visualització dels resultats obtinguts en cada article i posterior anàlisi de les variables d'estudi. Aquesta taula correspon a l'**annex 2**.

Variables d'estudi

- **Mètodes de cribatge:** Instruments de cribatge del delírium en el servei d'urgències que puguin ser utilitzats pels infermers o infermeres, per promoure la detecció precoç dels pacients grans adults amb delírium o risc d'aquest.

Per aquesta variable es farà un estudi descriptiu de les subvariables, i quantitatiu pel que fa a l'anàlisi del càlcul de l'especificitat i sensibilitat dels instruments. Per tal de sintetitzar la informació es recopila aquesta en la **taula 3**, disponible a l'apartat de resultats i discussió.

Subvariables implicades

- Estàndard de referència emprat en l'estudi (**annex 2**)
- Especificitat i sensibilitat de l'instrument en l'estudi (**annex 2**)
- Eina validada (sí o no) (**taula 3**)
- Temps d'execució per la correcta administració (**taula 3**)
- Aspectes què avaluar en el pacient (**taula 3**)
- Sistema de puntuació de l'eina (**taula 3**)
- Incidència de casos de delírium, en percentatge (**taula 3**)

Intervencions de prevenció i mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

- **Intervenció de prevenció del delírium:** Tota intervenció realitzada pels o les infermeres, de forma individual o formant part d'un equip multidisciplinari, amb l'objectiu de disminuir la incidència de casos de delírium en grans adults (intervencions de prevenció primària), o bé, de disminuir la gravetat d'aquesta síndrome (intervencions de prevenció secundària).

Per aquesta variable es farà anàlisi qualitatiu descriptiu de les intervencions estudiades als articles de la mostra, disponible en la **taula 4**, a l'apartat de resultats i discussió.

Subvariables implicades (taula 4):

- Resultats obtinguts de la intervenció
 - Funcionament d'aquesta intervenció
 - Coneixements teòrics que requereixen els professionals per portar a terme aquesta intervenció
- Altres variables que també s'han tingut en compte i s'han recopilat, han sigut: **títol, autors, nom de la revista de publicació, any de publicació, país, característiques de la mostra (nombre de pacients, mitjana d'edat, percentatge de dones i d'homes), tipus d'estudi, resultats i conclusió dels articles**. Pel que fa als resultats dels articles, es valora la especificitat, sensibilitat i percentatge del delírium detectat per l'eina de cribatge respecta la referència diagnòstica empleada en el estudi. (**annex 2**)
Es farà un anàlisi qualitatiu pel que fa a l'estudi d'aquestes variables.

Aspectes ètics

No s'ha presentat cap tipus de vulneració dels aspectes ètics.

Limitacions

Pot ser una limitació pel que fa a la qualitat dels resultats obtinguts no diferenciar de forma explícita els estudis segons si la mostra d'aquests són pacients amb demència o sense, però s'assumeix l'error, ja que aquesta síndrome és un factor predisposant com ho son les comorbiditats, l'alcoholisme, el dolor crònic o la malnutrició, i d'aquests factors no es fan especials distincions. Tot i això, la qüestió de la diferenciació entre casos de demència i delírium s'aborda en la discussió.

Les metodologies utilitzades en cada estudi són diferents, segons els criteris de cada autor, això pot limitar l'evidència dels resultats extrets. S'inclou només un estudi del tipus experimental, caldrien més estudis d'aquest tipus, ja que són els que aporten més evidència de l'efectivitat d'una intervenció.

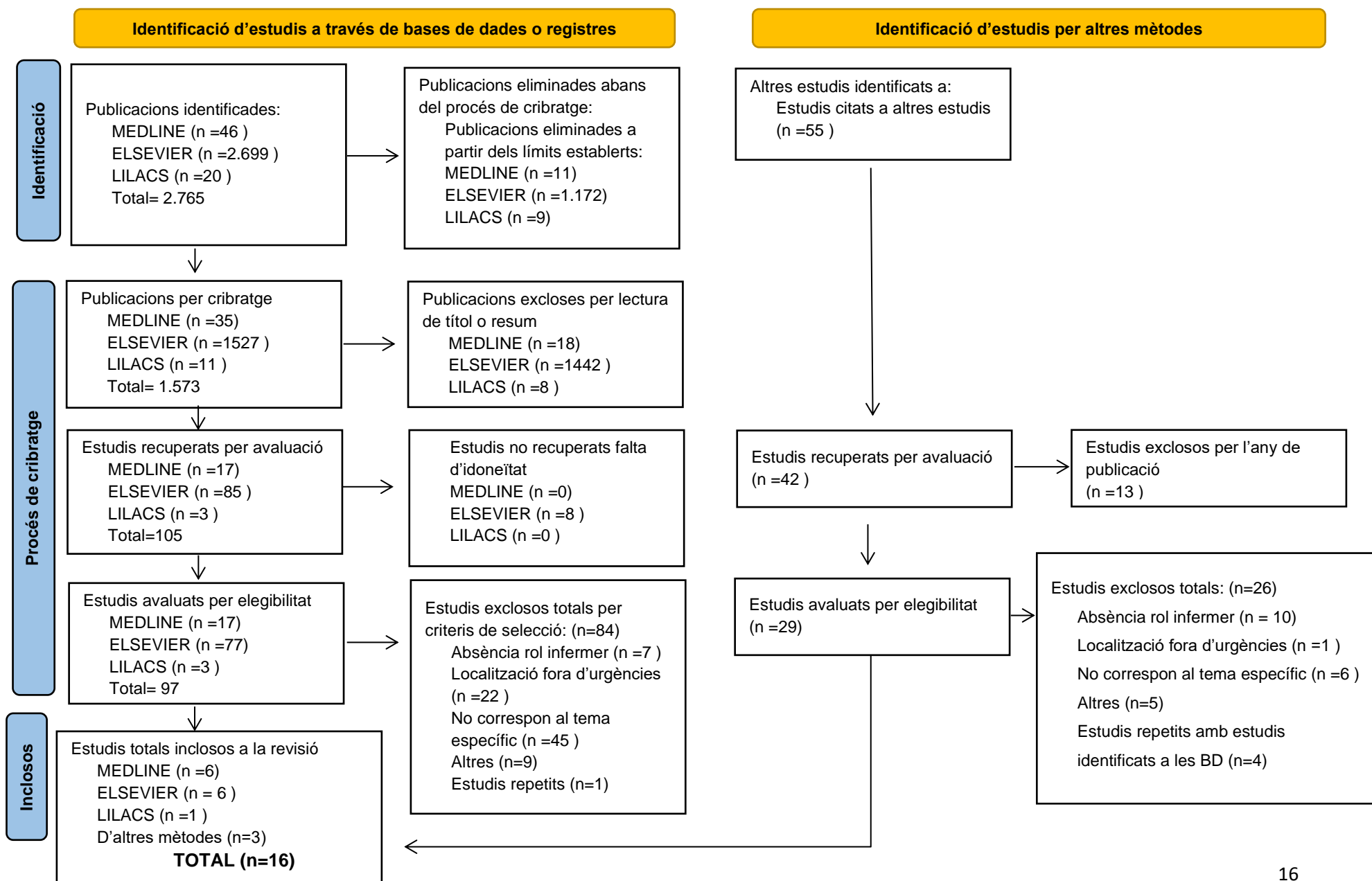


Figura 1. Diagrama de flux segons metodologia PRISMA 2020 (22)

Resultats i Discussió

Aplicant les equacions de cerca dissenyades per a cada Base de Dades (BD), es van obtenir 2.765 articles, fent ús dels filtres que ofereixen i segons els criteris d'inclusió i exclusió establerts, es van recopilar 1.573 articles. Als articles seleccionats de les BD es van incloure tres articles d'interès procedents de les referències bibliogràfiques d'alguns dels estudis identificats (23-25). Finalment, 16 articles van ser seleccionats per formar part de la mostra de la present Revisió de la Literatura (RL), tal i com es mostra en la **figura 1**.

Característiques dels articles de la mostra

Any de publicació, autors, país d'origen i revista de publicació

Pel que fa a l'anàlisi dels articles de la mostra final, el 75% corresponen a la BD de MEDLINE (26-31) conjuntament amb els procedents d' ELSEVIER (32-37), sent LILACS (38) la BD on menys articles han sigut seleccionats (**figura 2**). Aquest resultat pot ser degut al fet que MEDLINE conjuntament amb ELSEVIER, són unes de les BD més utilitzades pel seu prestigi en l'àmbit de les Ciències de la Salut (39-40). Un dels articles finals va ser identificat en dues BD (ELSEVIER i MENDELEY) (27).

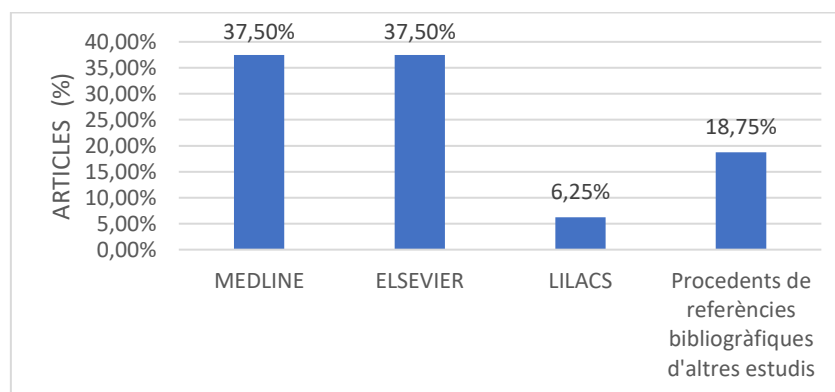


Figura 2. Base de dades de cerca (elaboració pròpia).

En la revisió s'inclouen articles del 2011 fins al 2021, s'ha identificat que el 75% dels articles estan publicats entre el 2017 i el 2019 (23-26, 28-30, 32, 34-35, 37-38). En canvi, no s'ha obtingut cap article amb data de publicació del 2011, 2012, 2015, 2020 ni 2021 (**figura 3**). Aquests resultats poden ser deguts a l'atzar de la mostra seleccionada segons els criteris de selecció establerts, es considera que no són prou concloents per extreure conclusions al respecte. En un futur proper les investigacions al respecte poden incrementar, degut a que *The Geriatric Emergency care Applied Research* (GEAR), com a grup multidisciplinari que s'encarrega de la identificació de problemes i l'execució de recerca en l'àmbit de la geriatria, al 2020 van publicar una revisió per

tal de conèixer quines preguntes d'investigació calen prioritzar respecte al pacient geriàtric amb delírium al servei d'urgències, van concloure que aquestes són: la identificació, prevenció i tractament (41).

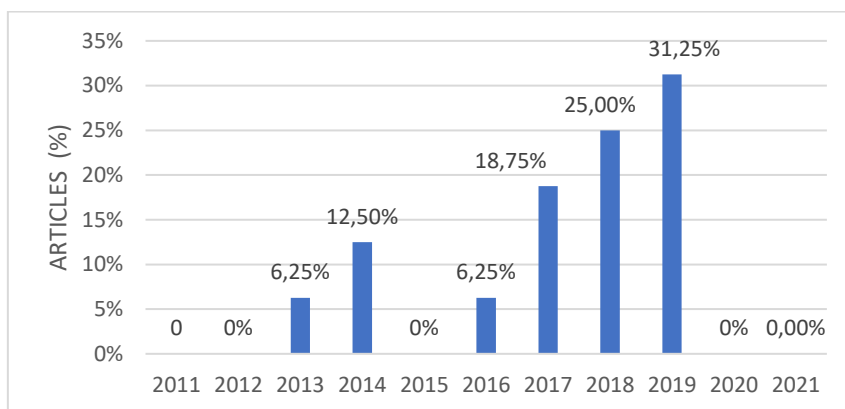


Figura 3. Any de publicació (elaboració pròpia).

Pel que fa al país d'origen, el 31,25% correspon al Canadà (24, 34-37), seguidament de Suïssa (28-31), Estats Units (32-33) i Austràlia (25,27), tal com mostra en el **figura 4**. Cap dels articles és d'origen Espanyol. En relació amb l'idioma de publicació, aquest és la llengua anglesa en el 100% de la mostra. Si s'analitzen els autors dels articles estudiats, s'observa els equips d'investigació de Marcel Émond et al. (de Canadà), Florian F. Grossmann o Wolfgang Hasemann et al. (de Suïssa) i Jin H. Han et al. (d'Estats Units) com els que més han fet cerca sobre mètodes de cribatge i intervencions de prevenció del delírium al pacient gran adult o geriàtric en el servei d'urgències. S'ha identificat a Jin Ho Han com un dels autors més rellevants en la cerca d'intervencions pels pacients amb delírium en el servei d'urgències, és el copresident *the Emergency Medicine Delirium Working Group* i també es manté actiu com a membre en *the American Delirium Society Research Committee* i *the Academy of Geriatric Emergency Medicine* (42).

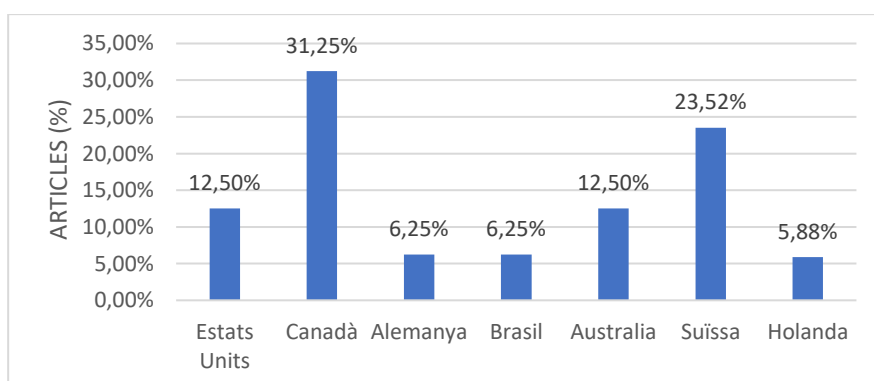


Figura 4. País d'origen (elaboració pròpia).

Tal com descriu el **figura 5**, la revista on més articles de la mostra s'han publicat és la *American Journal of Emergency Medicine* (28-29,32,34), representant el 25% dels articles, següidament de *Internal and Emergency Medicine*, *The Journal of Emergency Medicine* i *Annals of Emergency Medicine* (12,5% respectivament) (33, 36).

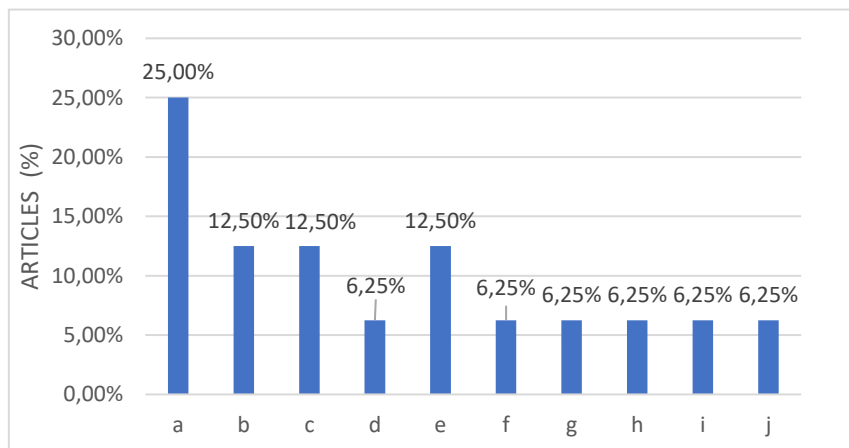


Figura 5. Revista de publicació (elaboració pròpia).

Tipus d'estudis

En relació amb el tipus d'estudi utilitzat en els articles, tots són analítics. Tal com mostra la **figura 6**, el més emprat és l'estudi analític observacional prospectiu, representant el 68,75% dels articles, seguit de l'anàlisi secundari d'estudis analítics observacionals prospectius previs (18,75%). Malgrat que tots són analítics, en futures investigacions caldria que aquests fossin d'intervenció (experimentals o quasi-experimentals). La RS de Sangil Lee et al. publicada al 2021, sobre intervencions de prevenció i tractament en el servei d'urgències a pacients gran adults amb delírium, només incorpora estudis d'intervenció, aquest tipus d'estudis aporten un valor afegit als resultats i conclusions obtinguts ja que representen la metodologia d'investigació més efectiva per l'avaluació d'una intervenció (43-44).

Noms de les revistes:

- a:** American Journal of Emergency Medicine
- b:** Internal and Emergency Medicine
- c:** Annals of Emergency Medicine
- d:** Revista Brasileira de Enfermagem
- e:** The Journal of Emergency Medicine
- f:** European Journal of Emergency Medicine
- g:** The Academy of Psychosomatics Medicine
- h:** Canadian Journal of Emergency Medicine
- i:** Journal of the American Geriatrics Society
- j:** Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine

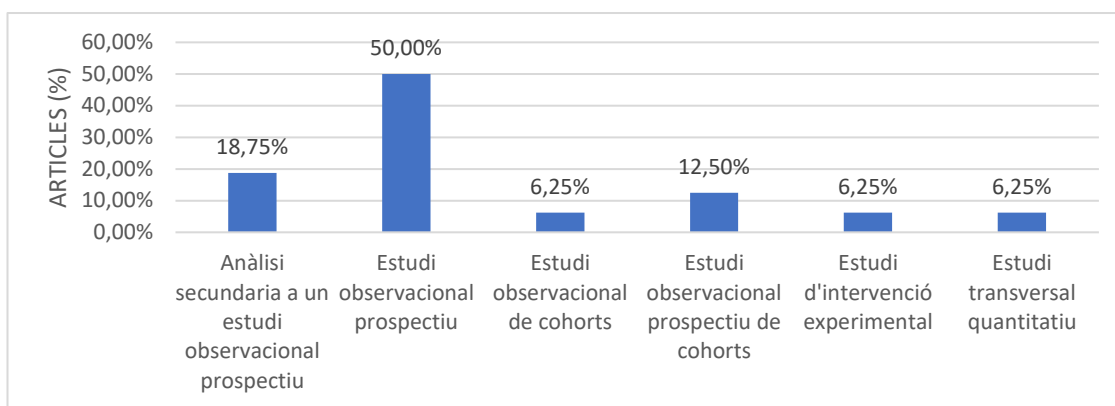


Figura 6. Tipus d'estudi emprat (elaboració pròpia)

Examinant els setze articles de la mostra, s'observa que dotze d'aquests són estudis analítics amb l'objectiu d'avaluar els resultats del mètode de cribatge seleccionat per detectar els casos de delírium a urgències de forma ràpida i senzilla. Quatre dels articles són estudis de validació de l'eina de cribatge o mètode en qüestió en el servei d'urgències. Les eines de cribatge en aquests estudis són: *Nursing Delirium Screening Scale* (Nu-DESC) versió alemanya (26), *Delirium Triage Screen* (DTS) conjuntament amb *the Brief Confusion Assessment Method* (bCAM) com a mètode de dos passos (33), la *Modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department* (mCAM-ED) (30), també mètode de dos passos, i l'*Ottawa 3DY-French Scale* (O3DY-F) (37). Dos estudis avaluen estratègies de prevenció del delírium pel servei d'urgències (25,31).

Localització i perfil dels pacients inclosos

L'espai on es duen a terme els estudis és sempre el departament d'urgències d'un hospital, la gran majoria, el 56,25% es desenvolupa en el servei d'urgències d'un hospital universitari de tercer nivell (23,26,28-33,37). Quatre dels estudis es desenvolupen a la vegada en més d'un hospital o clínica (entre dues i quatre institucions), aquests representen el 18,75% de la mostra (24-25,35-36).

Pel que fa als pacients d'aquests estudis, la mitjana de nombre de pacients en les mostres és aproximadament de 545 pacients. Tots els estudis van dirigits a grans adults (adults a partir de 65 anys), però cada estudi estableix una edat mínima per ser inclòs a la mostra, tal com indica la **figura 7**. El percentatge de dones en les mostres dels estudis es troba entre el 48% i el 64,9% del total, totes les mostres són homogènies pel que fa al sexe, és a dir, no hi ha cap mostra on el percentatge de dones sigui significativament superior o inferior amb el percentatge d'homes.

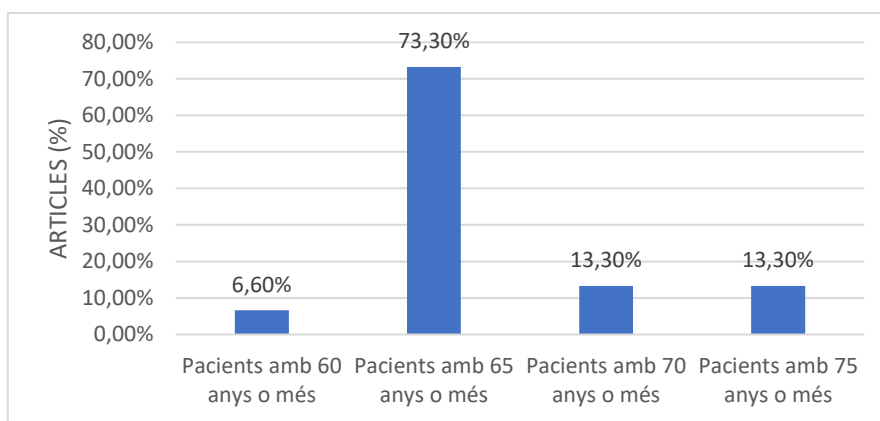


Figura 7. Edat mínima per formar part de la mostra (elaboració pròpia).

Referències diagnòstiques emprades

Pel que fa a les referències diagnòstiques emprades, les dues més utilitzades han sigut el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*, concretament la versió DSM-IV-TR (23,28-30,32), realitzada per geriatres o psiquiatres i l'escala *Confusion Assessment Method* (25,27,35,37), aquesta realitzada per infermeres o geriatres. Cadascuna és emprada en el 29,41% dels articles, tal com mostra la **figura 8**. La tercera referència diagnòstica més utilitzada és la versió de DSM-V (26,31,33). La menys feta servir és la MMSE, ja que no és una escala pel diagnòstic del delírium, sinó que és per la detecció del deteriorament cognitiu. Aquesta s'utilitza en dos dels estudis de la mostra perquè s'adequa més als objectius plantejats, d'aquesta manera, no poden aportar el percentatge de casos de delírium en el servei d'urgències, però sí que especifiquen el percentatge del deteriorament cognitiu (34,36).

Aquests resultats divergeixen dels obtinguts en les Revisions Sistemàtiques de Christopher R. Carpenter et al. l'any 2020 (41) i Michael A. LaMantia l'any 2014 (45), on van declarar que la referència diagnòstica més emprada és la CAM. Aquests resultats poden ser deguts al fet que la mostra de la present RL és més petita en comparació amb la resta de RS. En canvi, en la RS de Agneta H. Calf et al. conclouen que la referència diagnòstica més utilitzada és l'ús dels criteris de DSM. Aquestes dades mostren que no hi ha concents en l'ús d'una eina específica com a referència diagnòstica del delírium, i s'utilitzen indistintament segons criteri dels professionals o institucions.

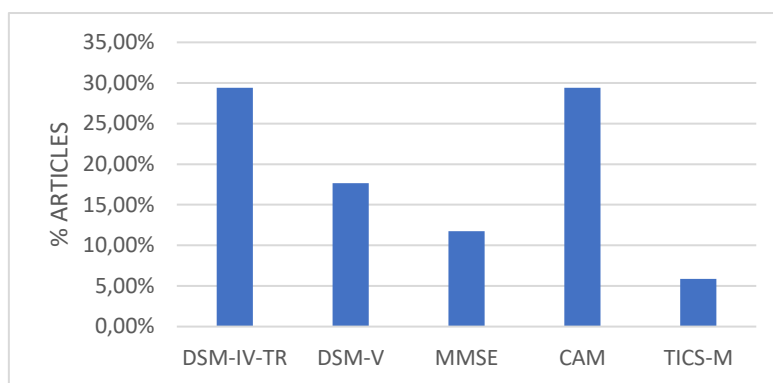


Figura 8. Referència diagnòstica emprada en els estudis de la mostra (elaboració pròpia).

Diagnòstic de casos de delírium

Amb la referència diagnòstica escollida, cada autor aporta el percentatge de casos de delírium que té lloc en el servei d'urgències (**figura 9**). Només es fa una diferenciació dels subtipus psicomotors del delírium en l'estudi de Jochen Brich et al., on corroboren que el tipus de delírium més comú és l'hipoactiu (26). Isabella C. Barduchi Ohl et al. presenten el percentatge més alt d'incidència de casos de pacients amb delírium, això pot ser degut al fet que el diagnòstic es realitza a les 24 hores de l'ingrés hospitalari, tot i que el cribatge el porten a terme al servei d'urgències (38). Aquesta alta prevalença en comparació a la que es presenta a urgència, fa pensar que cal la implementació d'intervencions de prevenció també un cop el pacient està hospitalitzat.

Aquest diagnòstic, juntament amb el mètode de cribatge es solia fer abans de les primeres 8 hores de l'ingrés al servei d'urgències (27, 34-37), o bé abans de les 12 hores (32-33). Entre les 2 i 4 primeres hores només es va realitzar en l'estudi de Florian F Grossmann et al. (31). Jin H. Han et al. especifiquen que el temps que podia passar, com a màxim, entre la realització del cribatge i la del diagnòstic era de 70 minuts (32). Tal com van afirmar Michael A. LaMantia et al. és important conèixer quin és el moment i espai idoni per dur a terme aquesta intervenció dins del servei d'urgències, aquest pot ser un objectiu a assolir en futures investigacions (45).

El percentatge de casos de delírium diagnosticats en el servei d'urgències, es troba entre el 6% i el 15,30%, tal com s'indica en el **figura 9**. D'aquesta manera s'ha obtingut una prevalença del delírium molt similar a la presentada per E. Alexander Barron et al., entre el 7% i el 20%, en la revisió sistemàtica de 2013 (15). Tots els estudis inclosos en la mostra final presenten percentatges molt similars, però tot i això, els resultats poden ser divergents per l'ús d'eines de diagnòstic diferents (algunes sense validar) i pels diferents perfils de la mostra de pacients seleccionats segons els criteris d'inclusió i exclusió establerts per cada grup d'investigació.

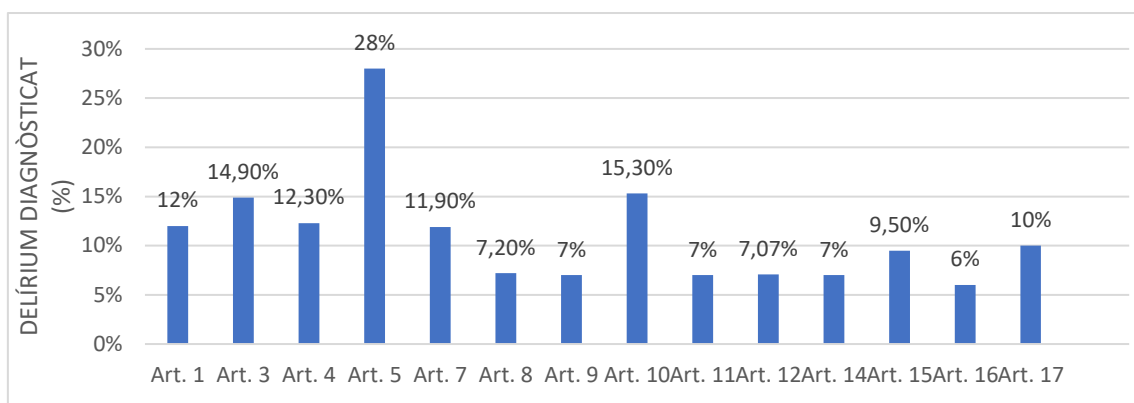


Figura 9. Percentatge de casos de delírium segons la referència diagnòstica (elaboració pròpia).

La demència i el delírium

La demència, conjuntament amb el delírium, és una síndrome geriàtrica dins del deteriorament cognitiu que també és objectiu de les investigacions per l'alta incidència i rellevància clínica. Wolfgang Hasemann et al. diferencien la prevalença de casos de delírium en pacients amb demència i sense, el 55% dels pacients diagnosticats de delírium tenien demència (30). Per tant, és important l'ús d'eines validades que diferencien els casos de delírium amb els de demència com la CAM i les seves derivacions. Relacionat amb aquest aspecte cal mencionar, que en el 43,75% de les mostres dels estudis (23,26-27,32,34-35,38) uns dels criteris d'exclusió era que el pacient fos diagnosticat de demència severa (el diagnòstic era previ o bé, es realitzava el MMSE). Com que la demència és un factor de risc dels delírium, en futures investigacions no s'haurien d'excloure els pacients amb diagnòstic de demència o demència severa, ja que d'aquesta manera no es diagnostiquen els possibles casos de delírium superposats en la demència (DSD) (21).

S'han identificat eines pel cribratge del deteriorament cognitiu com la Ottawa 3DY (34, 36-37) i la 4AT (24). Aquestes eines formen part de la mostra final, perquè s'utilitzen també pel cribratge del delírium, són eines breus que no distingeixen casos de delírium amb casos de deteriorament cognitiu, però poden ser efectives si en lloc de fer el cribratge específic del delírium es vol detectar qualsevol indicatiu de deteriorament cognitiu, fet que defensen Agneta H.Calf et al. (21).

Mètodes de cribratge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium

Els mètodes de cribratge del pacient amb delírium que son avaluats en els articles de la mostra s'identifiquen en la **taula 5**, d'aquestes les validades per l'ús en el servei d'urgències són: Brief Confusion Assessment Method (bCAM), Confusion Assessment Method (CAM), Ottawa 3DY Scale, the 4 A's Test (4AT), Nursing Delirium Screening Scale (Nu- DESC), Modified Brief Confusion Assessment Method (m-bCAM) i el mètode de dos passos de Delirium Triage Screen (DTS) conjuntament amb el bCAM , i per últim, la Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-UCI).

Taula 5. Escales de cribratge del delirium al servei d'urgències on participen els professionals d'infermeria.

REFERÈNCIA ARTICLE (REF.)	NOM DE L'ESCALA DE CRIBRATGE	ABREVIATURA
(23)	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit	CAM-UCI
(24)	4 A's Test	4AT
(25)	ED Delirium Screening Form - Nurse screen	-
(26)	Nursing Delirium Screening Scale	Nu- DESC
(27)	Simple risk screening tool using factors evident on initial nurse assessment	-
(28)	Month of the Year Backward Test	MBT
(29)	Richmond Agitation Sedation Scale modified for the Emergency Department	mRASS
(30-31)	Modified Confusion Assessment Method for the Emergency	mCAM-ED
(32)	Modified Brief Confusion Assessment Method	m-bCAM
(33)	Delirium Triage Screen i Brief Confusion Assessment Method	DTS i bCAM
(34, 36-37)	Ottawa 3 Day Year Scale	O3DY
(35)	Clinical Frailty Scale	CFS
(38)	Confusion Assessment Method	CAM

Els dos mètodes de cribratge més identificats, que formen part de la mostra, són la Ottawa 3DY Scale i la Modified Confusion Assessment Method for the Emergency. Aquests resultats divergeixen amb els resultats de RS anteriors, on Christopher R. Carpenter et al. afirmen que l'instrument més emprat per identificar el delírium a urgències és el judici clínic de les infermeres i metges, tot i que no es considera una eina i a més, mostra una sensibilitat i especificitat molt disperses en funció de l'estudi. La segona eina més utilitzada, segons els mateixos autors, és la

Intervencions de prevenció i mètodes de cribratge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

CAM-UCI (41). Michael A. LaMantia l'any 2014 declaren que l'eina més utilitzada és la CAM-UCI (45). Tot i que aquestes revisions recopilen eines que es poden emprar en el servei d'urgències pel cribratge del delírium al pacient gran adult, no diferencien els estudis segons el professional que els ha realitzat, característica clau en aquesta investigació.

El temps d'execució, els aspectes que avaluen, i el sistema de puntuació de cada mètode de cribratge està especificat en la **taula 3**. Pel que fa al temps d'execució cal destacar que aquest és com a màxim de 2 minuts, ja que és fonamental que aquestes eines s'administrin de forma ràpida, on els aspectes a avaluar són característiques claus dels episodis de delírium.

Les escales de la mostra amb resultats d'especificitat i sensibilitat més excel·lents són: la m-bCAM, la mCAM-ED i la CAM-UCI, els seus bons resultats poden ser deguts al fet que totes deriven de la CAM, eina àmpliament emprada i validada. L'escala mRASS malgrat que presenta resultats notables no és una eina per utilitzar de forma única, ja que tot i que un nivell alterat de consciència pugui ser a causa d'un episodi de delírium, caldria fer ús d'altres escales pel bon cribratge i valoració de totes les característiques de delírium com la inatenció (29). Cas similar presenta la Month of the Year Backward Test (MBT) que tot i presentar bons resultats per la detecció de la inatenció calen més escales per finalitzar el cribratge (28). D'aquesta necessitat neixen els mètodes de cribratge del delírium de dos passos. D'aquest tipus, s'han identificat dos, tots dos validats, el mecanisme d'ambdós és que si el primer pas (o també anomenat eina) té un resultat negatiu pel que fa al diagnòstic de delírium, ja no cal realitzar el segon pas. Aquests mètodes són: the Delirium Triage Screening amb la brief Confusion Assessment Method (bCAM) (33) i el mCAM-ed (34).

Cal destacar que la NU-DESC modificat és tot un exemple de com una modificació aparentment simple en l'ítem de desorientació, demanant al pacient que expressi el dia de la setmana i unitat hospitalària on es troba, fa augmentar la sensibilitat de l'eina original i mantenir l'especificitat sense alterar el temps d'administració de l'escala (26). Cas similar presenten Jin H. Han et al., on modifiquen la bCAM, exposen que la bCAM amb la modificació realitzada (aixecar la mà quan escoltis la lletra A, pot millorar la seva sensibilitat amb una disminució mínima de l'especificitat del delírium (32). Aquestes troballes poden motivar a crear línies d'investigació per tal de millorar els resultats de les eines ja creades.

Els factors de risc del delírium són altament anomenats en els estudis de la mostra, però malgrat la seva rellevància en la incidència del delírium, s'ha trobat que existeix una falta d'investigació respecte a eines de cribratge del delírium basades en la valoració de factors de risc. Malcolm Hare et al., identifiquen el deteriorament cognitiu, la depressió i el ritme cardíac anormal com

els factors de risc a avaluar (27), declaren que l'únic estudi publicat anteriorment examinant els factors de risc com a eina de cribatge és el de Jin H. Han et al. l'any 2009 (13).

Isabella C. Barduchi Ohl et al. avaluen els pacients amb l'escala CAM, on no s'avalua el delírium a partir de factors de risc, però sí que un cop cribats, s'observen i identifiquen els factors de risc relacionats, on les autores destaquen la falta d'activitat física, la dependència d'un cuidador i les comorbiditats (38). Seguint la mateixa línia, Marianne Giroux et al. presenten la idea de com que la fragilitat és un predictor independent d'esdeveniments adversos en les persones majors, el cribatge de la fragilitat en el servei d'urgències pot ajudar a identificar els pacients geriàtrics en risc de patir delírium. S'estima que la incidència de fragilitat en el servei d'urgències és d'entre el 20% i el 46% en pacients majors (35).

Una de les línies d'investigació en desenvolupament, és l'adaptació d'eines de cribatge del delírium validades al servei de crítics pel futur ús al servei d'urgències. Destaca la CAM-UCI, que és una adaptació de la CAM pel servei de cures intensives. Evelien K. Van de Meeberg et al. (23), assenyalen que el cribatge del delírium amb la CAM-UCI en el servei d'urgències és un mètode fiable, amb alta sensibilitat (100%) i especificitat (98%) (23). La CAM-ICU, es considera que és una eina breu i fàcil d'utilitzar en un entorn exigent amb un alt flux de treball i multitud (23).

És suggereixen futures línies d'investigació on es compari la adaptació i adherència de la realització de les escales en registre manual amb la realització i registre d'aquestes en format electrònic. I si el format electrònic fomenta una millor difusió dels resultats per tal de fomentar les intervencions de prevenció de forma precoç per part de la resta de professionals.

Si es comparen els resultats obtinguts en la present revisió amb els d'una altre RL sobre mètodes de cribatge del delírium en el pacient geriàtric en el servei d'urgències, de les cinc escales que Mohamed T. El Hussein et al. destaquen per ser més anomenades en la literatura i d'ús més comú, dues no estan incloses en els estudis de la mostra final (18). Aquestes són la RADAR de Voyer et al., que es realitza en el moment de l'administració de la medicació, i la interRAI-AC. Aquests resultats divergents poden ser deguts als criteris d'inclusió i exclusió diferents d'ambdues revisions. La resta d'escales que inclou són la CAM, 4AT i la Nu-DESC (18). Incorpora una taula amb els avantatges i els desavantatges de les eines identificades, aquest pot ser un punt positiu que no forma part de la present RL. En canvi, ambdues incorporen característiques per l'administració i resultats de sensibilitat i especificitat, com ho fa la present RL. Mohamed T. El Hussein et al. conclouen que les infermeres d'urgències, amb formació específica en escales de cribatge, les poden utilitzar amb èxit per identificar pacients grans adults amb delírium (18), més estudis exposen la mateixa suggerència (26-27, 34).

Taula 3. Anàlisi mètodes de cribatge

REFERÈNCIA ARTICLE	MÈTODE DE CRIBATGE	EINA VALIDADA (SÍ O NO)	TEMPS D'EXECUCIÓ	ASPECTES A AVALUAR	SISTEMA DE PUNTUACIÓ
(23)	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-UCI)	SÍ	1 minut	(1) l'estat mental alterat o curs fluctuant, (2) la inatenció, (3) el nivell de consciència alterat, i (4) el pensament desorganitzat.	Una CAM-ICU positiva es va definir com la presència de (1) i (2) i (3) o (4).
(24)	The 4 A's Test	SÍ	Màxim 2 minuts	(1) valoració de la consciència (patient's awareness), (2) valoració de l'orientació espacial i temporal, mitjançant les preguntes del <u>Abbreviated Mental Test-4</u> (AMT-4), (3) nivell d'atenció d'un pacient (MBT) i (4) canvi agut o un curs fluctuant de cognició, consciència o qualsevol altre funció mental en les dues últimes setmanes que encara seria evident en les últimes 24 hores.	La puntuació total varia entre 0 i 12. Una puntuació de zero suggereix un estat cognitiu normal, una puntuació entre un i tres suggereix la possibilitat d'un deteriorament cognitiu sever a moderat, i una puntuació de quatre i més suggereix la possibilitat de delírium, amb discapacitat cognitiva o sense.
(25)	ED Delirium Screening Form (Nurse screen)	NO	Màxim dos minuts	(1) Història de la demència. (2) Completa AMT4: Quina és la teva edat? Quina és la teva data de naixement? Quin any és? Què és aquest lloc? (3) Hi ha un canvi radical? Hi ha algun historial de confusió creixent en les últimes hores/dies? Pot indicar la família que l'orientació/comportament/alerta del pacient no és «normalment així»? (4) Depressió, ritme cardíac anormal...	(1) Si la resposta és «SÍ», puntua 2 punts i omet (2), ves a (3). Si la resposta és no, puntua 0 i ves a (2). (2) Si respon tot de forma correcta, puntua 0 punts. Si és incorrecte, putua 4 punts. (3) Si la resposta és «SÍ», puntueu 4 PUNTS. Si la resposta és NO, puntueu 0 punts. (4) Puntuació d'un 1 punt per a cada un. Si la puntuació total és 3 o més: Cribatge delírium positiu.

REFERÈNCIA ARTICLE	MÈTODE DE CRIBRATGE	EINA VALIDADA (SÍ O NO)	TEMPS D'EXECUCIÓ	ASPECTES A AVALUAR	SISTEMA DE PUNTUACIÓ
(26)	Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)	SÍ	1 minut	(1)presència de desorientació, (2) comportament inapropiat, (3) comunicació inapropiada (4) al·lucinacions i (5) alentiment psicomotor.	0 punts si la característica no era present. 1 punt si era present i 2 si era molt remarcable. La puntuació va des de 0 a 10 punts. Una puntuació de 2 punts o més correspon a la presència o risc de delírium.
(27)	<i>Simple risk screening tool using factors evident on initial nurse assessment</i>	NO	Menys de 2 minuts	3 factors de risc: deteriorament cognitiu, depressió, i un ritme cardíac/rítmic anormal.	Presència de demència= 2 punts, Depressió=1 punt, Ritme cardíac anormal=1 punt. Es consideren 2 punts sobre quatre el tall per considerar que el pacient té un risc elevat per patir delírium.
(28)	Month of the Year Backward Test (MBT)	NO (com a eina d'ús exclusiu)	30 segons- 1 minut	La inatenció	Aquest estudi suggereix que cal anul·lar el factor del temps necessari per executar la tasca en l'avaluació i utilitzar el mètode del "last month in correct order" amb el requisit d'arribar al mes de setembre per descartar el delírium.
(29)	Richmond Agitation Sedation Scale modified for the Emergency Department (mRASS)	NO	Menys d'un minut	Nivell de sedació o agitació	El mRASS oscil·la entre el -5 (sense resposta) i el +4 (combatiu). En el nostre estudi, els valors diferents de 0 (alerta i tranquil) van ser definit com un nivell alterat de consciència i, per tant, considerats com un indicador del delírium.

REFERÈNCIA ARTICLE	MÈTODE DE CRIBRATGE	EINA VALIDADA (SÍ O NO)	TEMPS D'EXECUCIÓ	ASPECTES A AVALUAR	SISTEMA DE PUNTUACIÓ
(30-31)	Modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department, 2 step-tool (mCAM-ED)	SÍ	1 minut màxim per valorar la inatenció i 3 minuts per completar l'entrevista estructurada.	1er pas: MBT per avaluar la inatenció. 2n pas: entrevista estructurada amb preguntes del <i>Mental Status Questionnaire (MSQ)</i> per avaluar canvis en la cognició de Kahn i del <i>Comprehension Test</i> de Hart et al. per avaluar el pensament desorganitzat. El curs fluctuant de cognició, percepció o parla i el nivell alterat de consciència com la somnolència o estat d'hiperalerta es valora mitjançant l'observació del pacient durant l'entrevista.	En el MBT cada error és un punt (cada parell de mesos que no es recita en l'ordre correcte), i executar la tasca en més de 30 segons és un punt addicional. Segons Stillman et al., la inatenció es presenta amb una puntuació igual o superior a 3. En el MSQ, quan es fan més de dos errors en les 10 preguntes es considera que té una cognició alterada. El Test de Comprehension de Hart et al. quan es fan més de dos errors de quatre preguntes, es considera que el pacient té pensament desorganitzat.
(32)	Modified Brief Confusion Assessment Method (m-bCAM)	SÍ	1 minut	(1) l'estat mental alterat o curs fluctuant, (2) la inatenció, (3) el nivell de consciència alterat i (4) el pensament desorganitzat. Per valorar la inatenció ademés de fer recitar els mesos de desembre fins al juliol (MBT), en aquest estudi es va afegint l'ítem de: aixeca la mà quan escoltis la lletra A.	Es va considerar que un pacient patia delírium si les dues característiques 1 i 2 eren presents, i si presentava la 3 o la 4.
(33)	Delirium Triage Screen (DTS) i the Brief Confusion Assessment Method (bCAM), 2 step-tool	SÍ	DTS: menys de 20 segons. bCAM: màxim 2 minuts	1er pas: La DTS avalua dos aspectes: (1) Nivell de consciència amb l'escala RASS i (2) atenció, lletrejant la paraula 'lunch' cap enrere. 2n pas: bCAM	L'escala RASS va des de -5 (extraïble) fins a +4 (combatiu), i 0 indica un nivell normal de consciència. Si un pacient té una puntuació RASS diferent de 0 o presenta més d'un error a l'hora de lletrejar cap enrere la paraula 'lunch', llavors el resultat DTS es considera positiu. Si la DTS és positiva es continua amb la bCAM per confirmar cribratge.

REFERÈNCIA ARTICLE	MÈTODE DE CRIBRATGE	EINA VALIDADA (SÍ O NO)	TEMPS D'EXECUCIÓ	ASPECTES A AVALUAR	SISTEMA DE PUNTUACIÓ
(34,36-37)	Ottawa 3DY- Scale	SÍ	Menys de 2 minuts	Consisteix en 4 preguntes que avaluen orientació i atenció pel cribratge del deteriorament cognitiu i d'aquesta manera del delírium. (O3DY: date, day, world spelled backwards, year)	Per cada resposta correcta s'atorga un punt. Una puntuació inferior a 4 és sospita de deteriorament cognitiu. Un resultat positiu està relacionat amb alteracions a nivell cognitiu: demència, delirium, o bé depressió.
(35)	Canadian Study of Health Aging–Clinical Frailty Scale (CFS)	NO	Menys de 2 minuts	(1) fragilitat, (2) resistència, (3) deambulació, (4) comorbilitat i (5) pèrdua de pes. 7 nivells de fragilitat: Robust, en bona forma, amb comorbilitat tractada, aparentment vulnerable, lleugerament fràgil, moderadament fràgil, severament fràgil.	Una puntuació de 5/7 es van considerar pacient fràgil, i per tant, amb risc elevat de patir delírium.
(38)	Confusion Assesment Method (CAM)	SÍ	2 minuts	(1) inici agut i curs fluctuant, (2) inatenció, (3) pensament desorganitzat i (4) nivell alterat de consciència.	La presència de delírium es dóna per la presència obligatòria de les dues primeres característiques associades amb una de les dues últimes.

Intervencions de prevenció per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium

Referent a les intervencions de prevenció de casos de delírium que el personal d'infermeria pot portar a terme en el servei d'urgències amb l'objectiu de disminuir la incidència d'aquest en el pacient geriàtric, s'han estudiat dues: The new algorithm mCAM-ED (31) i l'ús d'una targeta d'avís conforme el pacient té risc de patir delírium conjuntament amb la implementació de mesures preventives durant l'estada hospitalària (25), recollides en la **taula 4**. Aquestes no han demostrat un resultat significatiu després de la implementació, en comparació als pacients que no se'ls realitzava la intervenció.

Dos articles de la mostra exposen i avaluen una intervenció de prevenció, aquest número és significativament inferior en comparació amb el nombre d'articles que tracten de mètodes de cribatge. Aquest fet assenyala que hi ha poca literatura sobre intervencions de prevenció de casos de delírium en el servei d'urgències. De la mateixa manera, Sangil Lee et al. conclouen que hi ha poca investigació al respecte, aporten que cal investigar l'efectivitat de les intervencions multicomponents, i conèixer si tenen la mateixa efectivitat en el servei d'urgències com la que presenten en les unitats d'hospitalització (43).

Els coneixements teòrics necessaris per a la implementació correcta de les actuacions de prevenció estudiades són: coneixement del mètode en qüestió i conseqüències i estratègies de prevenció del delírium. Exposar els beneficis del cribatge dels pacients geriàtrics amb delírium, s'ha vist que és de gran rellevància per estimular que els professionals vegin i creien en la importància d'aquest cribatge (6). Els dos estudis ressalten la importància de l'aplicació pràctica d'aquests coneixements abans de portar a terme la intervenció als pacients (25,31).

En comparació amb els resultats obtinguts de prèvies RS, El-Hussen et al. aporten la recopilació d'estratègies de prevenció com: avaluar els factors de risc del delírium, fomentar la mobilitat primerenca, ajudar en l'orientació de persona, lloc i temps, l'ús d'ulleres i/o audiòfons, evitar la deshidratació, assegurar una saturació adequada d'oxigen i promoure una gestió eficaç del control del dolor (18). D'aquesta manera fomenta les estratègies de prevenció focalitzades en la reducció de factors de risc, però aquestes no són específiques per l'ús al servei d'urgències.

Christopher R.Carpenter et al. sí que recopila estudis realitzats al servei d'urgència, on identifiquen tres tipus d'intervencions: Intervencions formatives pels professionals, intervencions de prevenció o gestió del delírium on inclouen la valoració i prioritjació de l'ingrés, i per últim, les intervencions farmacològiques, on el fàrmac més efectiu a sigut l'haloperidol (41).

Taula 4. Anàlisi de les intervencions de prevenció aplicades al pacient amb o risc de delírium

REFERÈNCIA ARTICLE	INTERVENCIÓ DE PREVENCIÓ	RESULTATS OBTINGUTS	FUNCIONAMENT	REQUISITS TEÒRICS
(25)	Targeta d'avís conforme el pacient té risc de patir delírium i mesures preventives (guia clínica)	El diagnòstic de delírium durant l'estada a urgència o durant l'ingrés hospitalari es va veure incrementat tant en els pacients on es va realitzar la intervenció com en els que no, d'aquesta manera, un sistema d'avís (targeta) o guia d'intervencions en el servei d'urgències no van tindre un resultat significatiu.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cribratge amb l'eina ED Delirium Screening Form (Nurse Screen) 2. Ús d'una targeta d'avís pels pacients amb un cribratge positiu de delírium (avís visual), col·locades en el llit durant tota la seva estada hospitalària. Amb la recomanació d'una sèrie d'accions per a la prevenció d'empitjorament clínic i gestió d'aquest pacient (guia clínica). 	Tres sessions educatives, d'una hora, sobre informació de la importància de la detecció del delírium i formació específica de les estratègies d'intervenció per a cada fase mitjançant vídeos i exemples clínics.
(31)	<i>The new algorithm for delirium detection and management in older ED patients including the mCAM-ED.</i>	Alta adherència i capacitat per part dels infermers per seguir l'algoritme de forma correcta. No es va poder calcular la sensibilitat i especificitat, per una mostra total petita. Tot i això, pot contribuir a una assistència més segura, però cal més investigació al respecte.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cribratge: Les infermeres realitzen a tots els majors de 65 anys la detecció de la inatenció amb l'escala MBT. 2. Avaluació: En cas d'haver detectat inatenció, les infermeres completen l'avaluació amb el mCAM-ED. 3. Prevenció i gestió del delírium: Intervencions no farmacològiques (reorientació, mobilització...) Les intervencions farmacològiques van dirigides a les causes d'aquest estat: analgèsics, tractament d'infeccions, balanç d'elèctrodes... 	Una sessió de 4 hores per l'entrenament de l'aplicació de l'algoritme, amb casos pràctics mitjançant vídeos per crear debat entre el personal d'infermeria i el personal de medicina.

Conclusions

- La gestió del pacient gran adult amb delírium al servei d'urgències és una qüestió d'actual interès, tot i que encara calen futures línies d'investigació per a portar a terme una actuació validada i coordinada, basada en la prevenció, amb l'objectiu de disminuir l'alta incidència de casos i conseqüències greus.
- El professional d'infermeria es presenta com el professional idoni per realitzar el cribatge dels pacients grans adults amb risc de delírium.
- S'han analitzat dues intervencions amb el fi de disminuir la incidència de casos de delírium en el pacient geriàtric en el servei d'urgències, però no han demostrat un resultat significatiu després de la implementació d'aquestes. Falta literatura al respecte.
- Pel que fa als coneixements teòrics necessaris, s'ha vist que és fonamental exposar als professionals els beneficis de la detecció precoç dels pacients amb delírium i les conseqüències per tal d'estimular la participació en el seu cribatge i intervencions.
- L'ús d'un instrument de cribatge és una eina eficaç en per tal d'actuar de forma ràpida davant d'un resultat positiu, tot i que no substitueix el diagnòstic.
- Els instruments de cribatge de la mostra avaluen aspectes característics dels episodis de delírium, on es destaca la inatenció, en un temps estimat màxim de dos minuts i amb mecanismes d'avaluació senzills per tal de facilitar el seu ús.
- Els instruments de cribatge validats per utilitzar en el servei d'urgències per part dels personals d'infermeria són: Brief Confusion Assessment Method (bCAM), Confusion Assessment Method (CAM), Ottawa 3DY Scale (O3DY), The 4 A's Test (4AT-F), Nursing Delirium Screening Scale (Nu- DESC), Modified Brief Confusion Assessment Method (m-bCAM) i Delirium Triage Screen (DTS) conjuntament amb el (bCAM).
- El cribatge del deteriorament cognitiu amb les escales d'Ottawa 3DY o la 4A's Test, poden ser una alternativa d'actuació més genèrica per detectar els pacients grans adults amb risc de patir qualsevol deteriorament cognitiu.
- Les escales de la mostra amb resultats d'especificitat i sensibilitat més excel·lents són la m-bCAM i la CAM-UCI.

Implicació a la pràctica professional

Les intervencions de prevenció són conegudes per ser unes de les tasques més rellevants i de més impacte dins la disciplina infermera. El seu contacte estret amb els pacients, els seus coneixements i ser dels primers professionals de la salut en atendre'ls quan aquests acudeixen al servei d'urgències, els fan ser ideals per iniciar amb la prevenció d'aquesta síndrome i/o detecció dels primers símptomes(18,26-27,34). Malgrat aquesta realitat, falta més lideratge infermer en les investigacions, aquesta qüestió s'especifica en l'**annex 3**.

Els mètodes de cribatge obtinguts es consideren intervencions de prevenció secundària. Són eines breus i d'aplicació simple adequades pel servei d'urgències per facilitar la detecció precoç dels pacients amb delírium i d'aquesta manera agilitzar les intervencions més adients. Les mesures de prevenció, es considerarien intervencions de prevenció primària per tal d'evitar nous casos i de prevenció secundària per disminuir la gravetat dels cribrats amb resultat positiu.

Amb la present RL es pretén incentivar noves línies d'investigació, ja que s'ha vist que la gestió del pacient gran adult amb delírium al servei d'urgències és un àmbit encara per explorar, també es pretén crear consciència de la importància de valorar el risc de delírium en els pacients. Cal que sigui una tasca més a realitzar en l'atenció dels pacients grans adults al servei d'urgències. Aquesta implementació implicaria reorganitzar la planificació i gestió del servei, és a dir, planteja entre altres qüestions, quin és el moment i lloc idoni per realitzar aquest cribatge. Caldrà també facilitar ponts de comunicació entre professionals, prioritàriament entre infermeres, amb les unitats o centres d'ingrés posteriors amb l'objectiu de continuar amb la prevenció o tractament d'aquesta síndrome geriàtrica.

Cronograma del Treball Fi de Grau

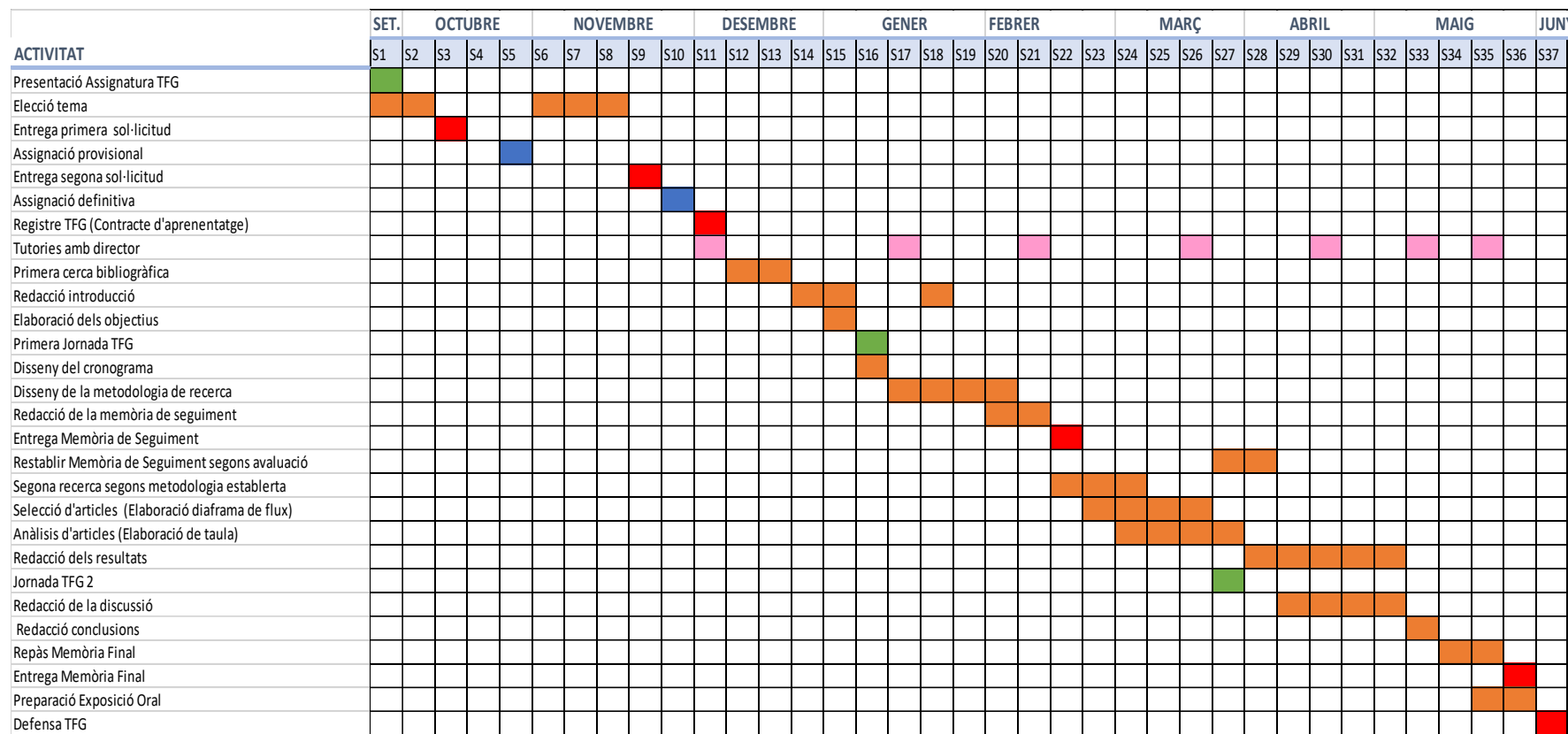
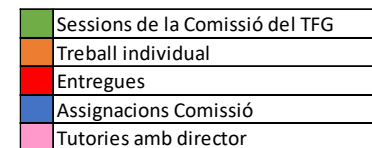


Figura 10. Cronograma Treball Fi de Grau



Referències bibliogràfiques

1. Fernandez JL, Parapar C, Ruíz M. El envejecimiento de la población [Internet]. Madrid: Fundación general CSISC; 2010 (citado el 19 de febrero del 2022). Disponible a: https://fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion
2. Shenvi C, Kennedy M, Austin CA, Wilson MP, Gerardi M, Schneider S. Managing Delirium and Agitation in the Older Emergency Department Patient: The ADEPT Tool. Ann Emerg Med [Internet]. 2020; 75(2):136–45. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.07.023>
3. Balanzà R, Malagelada M. Afrontament de la malaltia en les diferents etapes de la vida. El pacient d'edat avançada [Internet]. Barcelona: Institut Obert de Catalunya; 2017 (Citado el 10 d'abril del 2022). Disponible a: https://ioc.xtec.cat/materials/FP/Recursos/fp_cai_c07_/web/fp_cai_c07_htmlindex/media/fp_cai_c07_u2_pdfindex.pdf
4. Alonso Coello P, Arguis Molina S, Atienza Merino G, Beltrán Calvo C, Bernabeu Wittel M, Blas Diez MP, Briones Pérez de la Blanca E, et al. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Ministerio de Sanidad: Guiasalud.es. 2016 (Citado el 10 d'abril del 2022) Disponible a: <https://portal.guiasalud.es/egpc/manual-elaboracion-abordaje-comorbilidad/>
5. Tobar E, Alvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2020;31(1):28–35. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.11.008>
6. Valdivia Armenta CG, Zonana Nacach A. Infradiagnóstico del delirium en pacientes ancianos valorados en un servicio de urgencias. Rev. esp. geriatr. gerontol. [Internet]. 2015;50 (1):39–40. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.001>
7. Carrasco M, Zalaquett M. Delirium: Una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad del paciente crítico. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2017;28(2):301–310. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.019>
8. Luengo Márquez C, Maicas Martínez L, Navarro González MJ, Romero Rizo L. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos [Internet]. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología; 2006. 1ª Edición. p.143-150. Disponible a: <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>

9. Jordán Agud AI, Estrada Reventos D. Rol enfermero en la valoración de síndromes geriátricos y estado funcional en una consulta de geriatría. Gerokomos [Internet]. 2018; 29 (4): 160-164. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400160&lng=es.
10. Association American Psychiatric, Task force on DSM-IV (2000) Delirium Section 2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV- TR, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.
11. Figuerola Rambla N, Calahorra Pérez M, Domínguez Lacerta A, Laguna Olmos PM. Síndromes geriátricos y la importancia de detectarlos a tiempo [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación; 2021 (Citat el 20 d'abril del 2022) Disponible a: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindromes-geriatricos-y-la-importancia-de-detectarlos-a-tiempo/>
12. Hormigo Sánchez A. Aspectos claves en la atención al paciente con síndrome confusional. Hospital Universitario Clínico San Carlos; 2018. Disponible a: https://www.urgenciasclinico.com/PDF/PONENCIAS_CURSO_2018/sindrome_confusional.pdf
13. Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS, et al. Delirium in older emergency department patients: Recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. SAEM [Internet]. 2009; 16(3):193–200. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00339.x>
14. Romero L, Luengo C, Abizanda P. Protocolo de Delirium en el anciano y manejo. [Internet]. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (Citat el 10 d'abril del 2022). Disponible a: https://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/delirium.htm
15. Barron Alexander E, Holmes J. Delirium within the emergency care setting, occurrence and detection: a systematic review. Emerg Med J. [Internet] 2013; 30(4): 263-238. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/emermed-2011-200586>
16. Palihnich K, Gallagher, J, Inouye SK, Marcantonio ER. The 3D CAM Training Manual for Research. [Internet]. Boston: Hospital Elder Life Program 2016 (Citat el 10 d'abril del 2022) Disponible a: https://americandeliriumsociety.org/wp-content/uploads/2021/08/3D-CAM_TrainingManual_Spanish.pdf
17. Carrera Castro, C. Revisión de la literatura sobre la validez de la escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for intensive Care Unit) en el diagnóstico clínico del

- delirium en pacientes críticos. Inquietudes [Internet]. 2014; 47: 9-18. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4602503>
18. Toufic El Hussein M, Hirst S, Stares R. Delirium in Emergency Departments: Is it Recognized? J Emerg Nurs [Internet]. 2021; 47 (5): 809-817. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.01.009>
 19. Singler K, Thiem U, Christ M, Zenk P, Biber R, Sieber CC, Heppner HJ. Aspects and assessment of delirium in old age. First data from a German interdisciplinary emergency department. Z Gerontol Geriatr [Internet]. 2014; 47(8): 680-685. Disponible a: <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0615-z>
 20. Gaudreau J-D, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy M-A. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. J Pain Symptom Manag [Internet] 2005; 29(4): 368–375. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.07.009>
 21. Calf AH, Pouw MA, van Munster BC, Burgerhof JGM, de Rooij SE, Smidt N. Screening instruments for cognitive impairment in older patients in the Emergency Department: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing [Internet]. 2020;50(1):105–112. Disponible a: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa183>
 22. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372 (71) Disponible a: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 23. Van de Meeberg E-K, Festen S, Kwant M, Georg R-R, Izaks G-R, ter Maaten J-C. Improved detection of delirium, implementation and validation of the CAM-ICU in elderly emergency department patients. Eur J Emerg Med [Internet]. 2017; 24 (6): 411-416. Disponible a: <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000380>
 24. Gagné A-J, Voyer P, Boucher V, Nadeau A, Carmichael P-H, Pelletier M, Gouin E, Berthelot S, Daoust R, Wilchesky M, Richard H, Pelletier I, Ballard S, Laguë A, Émond M. Performance of the French version of the 4AT for screening the elderly for delirium in the emergency department. CJEM [Internet]. 2018; 20 (6): 903- 910. Disponible a: <https://doi.org/10.1017/cem.2018.367>
 25. Arendts G, Love J, Nagree Y, Bruce D, Hare M, Dey I. Rates of delirium diagnosis do not improve with emergency risk screening: results of the emergency department delirium initiative trial. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2017; 65(8): 1810-1815. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/jgs.14904>
 26. Brich J, Baten V, Wußmann J, Heupel-Reuter M, Perlov E, Klöppel S, Busch H-J. Detecting delirium in elderly medical emergency patients: validation and subsequent modification

- of the German Nursing Delirium Screening Scale. *Int j intern emerg med* [Internet]. 2019; 14 (1): 767-776. Disponible a: <https://doi.org/10.1007/s11739-018-1989-5>
27. Hare M, Arendts G, Wynaden D, Leslie G. Nurse screening for delirium in older patients attending the emergency department. *Psychosom Med* [Internet]. 2014; 55(3): 235-242. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.psych.2013.08.007>
28. Hasemann W, Grossmann FF, Bingisser R, Hafner M, Breil D, Kressig RW, Nickel CH. Optimizing the month of the year backwards test for delirium screening of older patients in the emergency department. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2019; 37 (9): 1754-1757. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.06.035>
29. Grossmann FF, Hasemann W, Kressig RW, Bingisser R, Nickel CH. Performance of the modified Richmond Agitation Sedation Scale in identifying delirium in older ED patients. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2017; 35 (9): 1324- 1326. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.05.025>
30. Hasemann W, Grossmann FF, Stadler R, Bingisser R, Breil D, Hafner M, Kressig RW, Nickel CH. Screening and detection of delirium in older ED patients: performance of the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). A two-step tool. *Intern emerg med* [Internet]. 2018; 13 (1): 915-922. Disponible a: <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1781-y>
31. Grossmann F-F, Hasemann W, Graber A, Bingisser R, Kressig R-W, Nickel C-H. Screening, detection and management of delirium in the emergency department- a pilot study on the feasibility of a new algorithm for use in older emergency department patients: the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). *Scand J Trauma, Resusc Emerg Med* [Internet]. 2014; 22 (19): 1-9. Disponible a: <http://www.sjtreem.com/content/22/1/19>
32. Han JH, Wilson A, Graves AJ, Shintani A, Schnelle JF, Ely EW. A quick and easy delirium assessment for nonphysician research personnel. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2016; 34 (6): 1031-1036. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.02.069>
33. Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, Shintani A, Schnelle JF, Dittus RS, Graves AJ, Storrow AB, Shuster J, Ely EW. Diagnosing Delirium in Older Emergency Department Patients: Validity and Reliability of the Delirium Triage Screen and the Brief Confusion Assessment Method. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2013; 63 (5): 457- 465. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.05.003>
34. Eagles D, Otal D, Wilding L, Sinha S, Thiruganasambandamoorthy V, Wells GA, Stiell IG. Evaluation of the Ottawa 3DY as a screening tool for cognitive impairment in older

- emergency department patients. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2019; 38 (12): 2545-2551. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.12.036>
35. Giroux M, Sirois M-J, Boucher V, Daoust R, Gouin E, Pelletier M, Berthelot S, Voyer P, Émond M. Frailty Assessment to Help Predict Patients at Risk of Delirium When Consulting the Emergency Department. *J Emerg Med*. [Internet]. 2018; 55 (2): 157-164. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.02.032>
36. Wilding L, Eagles D, Molnar F, O'Brien J-A, Dalziel WB, Moors J, Stiell I. Prospective Validation of the Ottawa 3DY Scale by Geriatric Emergency Management Nurses to Identify Impaired Cognition in Older Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2018; 67 (2): 157-163. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.09.008>
37. Bédard C, Boucher V, Voyer P, Yadav K, Eagles D, Nadeau A, Carmichael P-H, Pelletier M, Gouin E, Berthelot S, Daoust R, Laguë A, Gagné A-J, Émond M. Validation of the O3DY French Version (O3DY-F) for the Screening of Cognitive Impairment in Community Seniors in the Emergency Department. *J Emerg Med* [Internet]. 2019; 57 (1): 59-65. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.02.007>
38. Barduchi Ohl IC, Ribeiro Chavaglia SR, Barduchi Ohl SI, Barbosa Teixeira Lopes MC, Vancini Campanharo CR, Pinto Okuno MF, Assayag Batistal RE. Evaluation of delirium in aged patients assisted at emergency hospital service. *Rev Bras de Enferm* [Internet]. 2019; 72 (2): 53-60. Disponible a: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0386>
39. Trueba Gómez R, Estrada Lorenzo JM. La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica. *Semin de la Fund Espanola de Reumatol* [Internet]. 2010; 11 (2): 39-63. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2010.02.005>
40. Codina L. Science Direct: base de datos y plataforma digital de Elsevier [Internet]. Luís Codina; 2018 (citat el 4 de maig del 2022). Disponible a: <https://www.lluiscodina.com/science-direct-elsevier/>
41. Carpenter CR, Hammouda N, Linton EA, Doering M, Ohuabunwa UK, Ko KJ, Hung WW, Shah MN. Delirium Prevention, Detection, and Treatment in Emergency Medicine Settings: A Geriatric Emergency Care Applied Research (GEAR) Network Scoping Review and Consensus Statement. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2021; 28 (1): 19-35. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/acem.14166>
42. Vanderbilt University Medical Center. Center for Quality Aging – Jin H. Han [Internet]. Department of Emergency Medicine Research Division, Vanderbilt University School of Medicine; 2021 (citat el 4 de maig del 2022). Disponible a: <https://www.vumc.org/cqa/person/jin-h-han-md-msc>

43. Lee S, Chen H, Hibino S, Miller D, Healy H, Lee J, Arendts G, Han JH, Kennedy M, Carpenter C. Delirium Prevention and Treatment in the Emergency Department: A Systematic Review. Research Forum Abstracts [Internet]. 2021; 78 (45): 139. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.09.359>
44. Calva Mercado JJ. Estudios clínicos experimentales. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2008; 46 (1): 349–358. Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000100009&lng=es
45. LaMantia MA, Messina FC, Hobgood CD, Miller DK. Screening for delirium in the emergency department: a systematic review. Ann Emerg Med [Internet]. 2014; 63 (5): 551-560. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.11.010>
46. Delaney M, Pepin J, Somes J. Emergency department delirium screening improves care and reduces revisits por the older adult patient. J Emerg Nurs [Internet]. 2015; 41 (6): 521-524. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.013>
47. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. “El 60% de casos de Delirium no se diagnostica” Neus Gual, coordinadora del grupo de delirium del la SEGG [Internet]. Noticias SEGG; 2021. (citat el 22 de maig del 2022) Disponible a: <https://www.segg.es/actualidad-segg/2021/09/01/el-60-porciento-de-casos-de-delirium-no-se-diagnostica>
48. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Grupos de Trabajo: Delírium. [Internet]. SEGG; 2021. (citat el 22 de maig del 2022) Disponible a: <https://www.segg.es/participacion/grupos-de-trabajo/delirium>

Annexes

ANNEX 1: Pregunta d'investigació en format PICO

Pregunta d'investigació

Quines són les intervencions de prevenció i mètodes de detecció aplicades per infermeria als pacients geriàtrics amb delírium o risc de desenvolupar-ho ingressats en el servei d'urgències?

En format PICO:

(P) Població: Individus de seixanta-cinc anys o més (grans adults o pacients geriàtrics) amb o risc de delírium (síndrome confusional aguda) ingressats en el servei d'urgències. Es consideren els tres tipus psicomotors del delírium (hipoactiu, hiperactiu i mixt).

(I) Intervenció: Avaluació de l'estat mental amb mètodes de cribatge del delírium en el servei d'urgències i intervencions de prevenció d'aquesta síndrome per part del personal d'infermeria.

(C) Comparació: L'atenció habitual.

(R) Resultats: Mètodes de cribatge que quantifiquin la incidència de delírium amb grau de sensibilitat i especificitat d'aquests. Escales validades. Intervencions de prevenció efectives del delírium que disminueixin la incidència de la síndrome realitzades per infermeria al servei d'urgències.

ANNEX 2: Taula resum de les variables d'estudi**Taula 6.** Taula resum de les variables d'estudi

REF. ARTÍCULO	ANY DE PUBLICACIÓ	PAÍS	MOSTRA			TIPUS D'ESTUDI	INTERVENCIÓ DE PREVENCIÓ	MÈTODE DE CRIBRATGE	REF. DIAGNÒSTICA	RESULTATS			CONCLUSIÓ
			Nº de pacients	Mitjana d'edat anys	% dones // % homes					Especificitat (%)	Sensibilitat (%)	% Delírium	
(23)	2017	Holanda	968	78,5	50% // 50%	Observacion al prospectiu		Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-UCI)	Criteris DSM-IV-TR	98%	100%	10%	La taxa de diagnòstic del delírium després de la implementació del CAM-ICU va ser tres vegades més alta. El CAM-ICU és una eina de detecció fiable en el servei d'urgències, amb alta sensibilitat i especificitat.
(24)	2018	Canadà	320	76,8	52,3% // 47,7%	Observacion al prospectiu		The French version of the 4 A's Test (4AT-F)	CAM	74%	84%	15,30%	El 4AT-F és una eina de detecció ràpida i fiable pel delírium i el deteriorament cognitiu en el servei d'urgències, permet un cribatge sistemàtic de pacients amb risc de patir delírium sense augmentar significativament la càrrega de treball del personal.

Intervencions de prevenció i mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

REF. ARTÍCULO	ANY DE PUBLICACIÓ	PAÍS	MOSTRA			TIPUS D'ESTUDI	INTERVENCIÓ DE PREVENCIÓ	MÈTODE DE CRIBRATGE	REFERÈNCIA DIAGNÒSTICA	RESULTATS			CONCLUSIÓ
			Nº de pacients	Mitjana d'edat anys	% dones // % homes					Especificitat (%)	Sensibilitat (%)	% Delírium	
(25)	2017	Austràlia	3.905	80,5	54% // 46%	Observacional prospectiu	Targeta d'avís conforme el pacient té risc de patir delírium, mesures preventives i una guia clínica.	ED Delirium Screening Form (Nurse screen)	CAM	x	x	7,07%	Les intervencions portades a terme en el servei d'urgències no va millorar significativament la prevalència del delírium.
(26)	2019	Alemanya	315	78	53,7% // 46,3%	Observacional prospectiu		Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) i la versió modificada Nu-DESC en alemany	Criteris DSM-IV	Nu-DESC: 84,6%. Versió modificada: 84,6%.	Nu-DESC: 66%. Versió modificada: 77,8%	14,90%	Mostra bona especificitat, però només una sensibilitat moderada, si en l'ítem de desorientació es demana al pacient que declari el dia de la setmana i unitat hospitalària on es troba, la sensibilitat del Nu-DESC augmenta i l'especificitat es manté. Cal validar aquesta modificació.

Intervencions de prevenció i mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

REF. ARTÍCULO	ANY DE PUBLICACIÓ	PAÍS	MOSTRA			TIPUS D'ESTUDI	INTERVENCIÓ DE PREVENCIÓ	MÈTODE DE CRIBRATGE	REFERÈNCIA DIAGNÒSTICA	RESULTATS			CONCLUSIÓ
			Nº de pacients	Mitjana d'edat anys	% dones // % homes					Especificitat (%)	Sensibilitat (%)	% Delírium	
(27)	2014	Austràlia	320	80,8	56% // 44%	Observacional prospectiu		Simple risk screening tool for delirium using factors evident on initial nurse assessment	CAM	70%	87%	7,2%	Els factors de risc i el model de risc descrit en aquest estudi proporcionen una eina molt breu que poden realitzar les infermeres d'urgències en el context de la primera avaluació del pacient, utilitzant informació fàcilment disponible sense necessitat de proves addicionals, temps o recursos.
(28)	2019	Suïssa	286	80	58,7% // 41,3%	Secundari a obs. Prospectiu		Month of the Year Backward Test (MBT)	Criteris DSM-IV-TR	73% i 91% (amb i sense demència)	91% i 89%.	7%	Suggereix el mètode de MBT específic de 'last month in correct order' com el millor dels dos estudiats, on per descartar el delírium s'ha d'arribar al mes de setembre sense un error, sense tindre en compte el temps emprat.

Intervencions de prevenció i mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

REF. ARTÍCULO	ANY DE PUBLICACIÓ	PAÍS	MOSTRA			TIPUS D'ESTUDI	INTERVENCIÓ DE PREVENCIÓ	MÈTODE DE CRIBRATGE	REFERÈNCIA DIAGNÒSTICA	RESULTATS			CONCLUSIÓ
			Nº de pacients	Mitjana d'edat anys	% dones // % homes					Especificitat (%)	Sensibilitat (%)	% Delírium	
(2928)	2017	Suïssa	286	80	58,7 % // 41,3 %	Anàlisi secundària d'un estudi de validació prospectiu		Richmond Agitation Sedation Scale modified for the Emergency Department (mRASS)	Criteris DSM-IV-TR	93%	70%	7%	Els pacients geriàtrics amb un nivell alterat de consciència (RASS diferent de 0) probablement estan patint delírium, però l'únic ús de la mRASS no assegura un bon cribatge. Cal combinar l'escala amb altres característiques del delírium com el cribatge de la inatenció.
(30)	2018	Suïssa	286	80	58,7 % // 41,3 %	Observació al prospectiu		Modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED)	Criteris DSM-IV-TR	87% i 99% (amb demència i sense demència respectivament)	91% i 89% (amb demència i sense demència respectivament)	7%	La mCAM-ED és capaç de descartar de manera eficient el delírium o confirmar el diagnòstic en pacients majors amb demència o sense i, a més, suposa una càrrega mínima de detecció i avaluació al pacient.

Intervencions de prevenció i mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

REF. ARTÍCULO	ANY DE PUBLICACIÓ	PAÍS	MOSTRA			TIPUS D'ESTUDI	INTERVENCIÓ DE PREVENCIÓ	MÈTODE DE CRIBRATGE	REFERÈNCIA DIAGNÒSTICA	RESULTATS			CONCLUSIÓ
			Nº de pacients	Mitjana d'edat anys	% dones // % homes					Especificitat (%)	Sensibilitat (%)	% Delírium	
(31)	2014	Suïssa	207	80	64,9 % // 35,1 %	D'intervenció experimental	The new algorithm for delirium detection and management in older ED patients including the mCAM-ED.	Modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED)	Criteris DSM-IV	Pre-test: 98% Post-test: 94%	Pre-test: 27% Post-test: 40%	9,50%	El mCAM-ED va resultar ser útil al servei d'urgències. Els criteris de rendiment s'han de provar en altres estudis. El mCAM-ED pot contribuir a la identificació primerenca dels pacients amb delírium a urgències.
(32)	2016	EE.UU	405	73,5	49,8 % // 50,2 %	Secundari a obs. prospectiu		Modified Brief Confusion Assessment Method (m-bCAM)	Criteris DSM-IV-TR	96,10%	82,00%	12%	La m-bCAM és un mètode factible i precís pel personal sanitari no psiquiatre, prou breu per realitzar en el servei d'urgències.
(33)	2013	EE.UU	406	73,5	49,8 % // 50,2 %	Observacional prospectiu		Delirium Triage Screen (DTS) i the Brief Confusion Assessment Method (bCAM)	Criteris DSM-IV	DTS: 55% bCAM: 95,8% Combinades: 95,8%	DTS: 98.0% bCAM: 84,0% Combinades: 84,0%	12,30%	Aquest enfocament de 2 passos (amb la DTS molt sensible seguit d'una bCAM altament específica) pot permetre als professionals de la salut fer un cribatge efectiu pel delírium.

Intervencions de prevenció i mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

REF. ARTÍCULO	ANY DE PUBLICACIÓ	PAÍS	MOSTRA			TIPUS D'ESTUDI	INTERVENCIÓ DE PREVENCIÓ	MÈTODE DE CRIBRATGE	REFERÈNCIA DIAGNÒSTICA	RESULTATS			CONCLUSIÓ
			Nº de pacients	Mitjana d'edat anys	% dones // % homes					Especificitat (%)	Sensibilitat (%)	% Delírium	
(33)	2013	EE.UU	406	73,5	49,8 % // 50,2 %	Observacional prospectiu		Delirium Triage Screen (DTS) i the Brief Confusion Assessment Method (bCAM)	Criteris DSM-IV	DTS: 55% bCAM: 95,8% Combinades: 95,8%	DTS: 98.0% bCAM: 84,0% Combinades: 84,0%	12,30%	Aquest enfocament de 2 passos (amb la DTS molt sensible seguit d'una bCAM altament específica) pot permetre als professionals de la salut fer un cribatge efectiu pel delírium.
(34)	2019	Canadà	238	83,7	60,1 % // 39,9 %	Observacional de cohort		Ottawa 3DY Scale	MMS E	Realitzada per infermeria: 54,2% Realitzada per medicina: 70,0%	Realitzada per infermeria: 84,6% Realitzada per medicina: 78,9%	x	Pot millorar el reconeixement de la discapacitat de cognició (delírium i demència) si forma part de la valoració geriàtrica rutinària en el servei d'urgències
(35)	2018	Canadà	338	76,8	49% // 51%	Observacional prospectiu de cohort		Canadian Study of Health Aging–Clinical Frailty Scale (CFS)	CAM	83%	50%	En el 28.6% dels pacient fràgils. En el 7.6% dels robustos.	La fragilitat s'associa amb l'augment del risc de patir delírium, per tant, el cribatge per la fragilitat en el triatge d'emergències podria ajudar als professionals a identificar en risc.

Intervencions de prevenció i mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

REF. ARTÍCULO	ANY DE PUBLICACIÓ	PAÍS	MOSTRA			TIPUS D'ESTUDI	INTERVENCIÓ DE PREVENCIÓ	MÈTODE DE CRIBRATGE	REFERÈNCIA DIAGNÒSTICA	RESULTATS			CONCLUSIÓ
			Nº de pacients	Mitjana d'edat anys	% dones // % homes					Especificitat (%)	Sensibilitat (%)	% Delírium	
(36)	2018	Canadà	238	81,9	60,1% // 33,9%	Observació al prospectiu de cohort		Ottawa 3DY Scale	MMS E	72,80%	93,80%	x	L'Escala 3DY d'Ottawa és una eina eficaç pel cribatge de la discapacitat cognitiva en el pacient geriàtric en el servei d'urgències, el seu ús pot facilitar una millor cura en aquesta població vulnerable.
(37)	2019	Canadà	313	76,8	53% // 47%	Observació al prospectiu		Ottawa 3DY Scale, versió en francès (O3DY-F)	CAM i TICS-M	58,2%	84,20%	6%	L'O3DY-F és una eina útil i eficaç pel cribatge dels pacients amb delírium o amb deteriorament cognitiu en el servei d'urgències.
(38)	2019	Brasil	200	71,8	48% // 52%	Transversal quantitatiu		Confusion Assessment Method (CAM)	x	x	x	28%, en les primeres 24 hores de l'ingrés hospitalari	Els resultats van assenyalar la necessitat de dur a terme més estudis dirigits a la detecció precoç i identificació de factors de risc pel desenvolupament del delírium a urgències per la seva prevalència.

Intervencions de prevenció i mètodes de cribatge per part d'infermeria al pacient geriàtric ingressat en el servei d'urgències amb delírium: Revisió de la Literatura

AUTORS. TÍTOL. RESVISTA.	REF. ARTICLE
Van de Meeberg E-K, Festen S, Kwant M, Georg R-R, Izaks G-R i ter Maaten J-C. Improved detection of delirium, implementation and validation of the CAM-ICU in elderly emergency department patients. <i>European Journal of Emergency Medicine</i> .	(23)
Gagné A-J, Voyer P, Boucher V, Nadeau A, Carmichael P-H, Pelletier M, Gouin E, Berthelot S, Daoust R, Wilchesky M, Richard H, Pelletier I, Ballard S, Laguë A i Émond M. Performance of the French version of the 4AT for screening the elderly for delirium in the emergency department. <i>CJEM</i> .	(24)
Arendts G, Love J, Nagree Y, Bruce D, Hare M i Dey I. Rates of delirium diagnosis do not improve with emergency risk screening: results of the emergency department delirium initiative trial. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> .	(25)
Brich J, Baten V, Wußmann J, Heupel-Reuter M, Perlov E, Klöppel S i Busch H-J. Detecting delirium in elderly medical emergency patients: validation and subsequent modification of the German Nursing Delirium Screening Scale. <i>Internal and Emergency Medicine</i> .	(26)
Hare M, Arendts G, Wynaden D i Leslie G. Nurse screening for delirium in older patients attending the emergency department. <i>Academy of Psychosomatic Medicine</i>	(27)
Hasemann W, Grossmann FF, Bingisser R, Hafner M, Breil D, Kressig RW i Nickel CH. Optimizing the month of the year backwards test for delirium screening of older patients in the emergency department. <i>American Journal of Emergency Medicine</i> .	(28)
Grossmann FF, Hasemann W, Kressig RW, Bingisser R i Nickel CH. Performance of the modified Richmond Agitation Sedation Scale in identifying delirium in older ED patients. <i>American Journal of Emergency Medicine</i>	(29)
Hasemann W, Grossmann FF, Stadler R, Bingisser R, Breil D, Hafner M, Kressig RW i Nickel CH. Screening and detection of delirium in older ED patients: performance of the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). A two-step tool. <i>Internal and Emergency Medicine</i>	(30)
Grossmann F-F, Hasemann W, Graber A, Bingisser R, Kressig R-W i Nickel C-H. Screening, detection and management of delirium in the emergency department - a pilot study on the feasibility of a new algorithm for use in older emergency department patients: the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). <i>Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine</i> .	(31)
Han JH, Wilson A, Graves AJ, Shintani A, Schnelle JF i Ely EW. A quick and easy delirium assessment for nonphysician research personnel. <i>American Journal of Emergency Medicine</i> .	(32)
Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, Shintani A, Schnelle JF, Dittus RS, Graves AJ, Storrow AB, Shuster J i Ely EW. Diagnosing Delirium in Older Emergency Department Patients: Validity and Reliability of the Delirium Triage Screen and the Brief Confusion Assessment Method. <i>Annals of Emergency Medicine</i> .	(33)
Eagles D, Otal D, Wilding L, Sinha S, Thiruganasambandamoorthy V, Wells GA i Stiell IG. Evaluation of the Ottawa 3DY as a screening tool for cognitive impairment in older emergency department patients. <i>American Journal of Emergency Medicine</i> .	(34)
Giroux M, Sirois M-J, Boucher V, Daoust R, Gouin E, Pelletier M, Berthelot S, Voyer P i Émond M. Frailty Assessment to Help Predict Patients at Risk of Delirium When Consulting the Emergency Department. <i>The Journal of Emergency Medicine</i> .	(35)
Wilding L, Eagles D, Molnar F, O'Brien J-A, Dalziel WB, Moors J i Stiell I. Prospective Validation of the Ottawa 3DY Scale by Geriatric Emergency Management Nurses to Identify Impaired Cognition in Older Emergency Department Patients. <i>Annals of Emergency Medicine</i> .	(36)
Bédard C, Boucher V, Voyer P, Yadav K, Eagles D, Nadeau A, Carmichael P-H, Pelletier M, Gouin E, Berthelot S, Daoust R, Laguë A, Gagné A-J i Émond M. Validation of the O3DY French Version (O3DY-F) for the Screening of Cognitive Impairment in Community Seniors in the Emergency Department. <i>The Journal of Emergency Medicine</i> .	(37)
Barduchi Ohl IC, Ribeiro Chavagliol SR, Barduchi Ohl SI, Barbosa Teixeira Lopes MC, Vancini Campanharo CR, Pinto Okuno MF i Assayag Batistal RE. Evaluation of delirium in aged patients assisted at emergency hospital service. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> .	(38)

ANNEX 3: Rol infermer en les investigacions

En el 100% dels articles de la mostra apareix la figura del professional d'infermeria, ja que aquesta característica era primordial per formar part de la mostra final. En el 43,7% dels estudis qui fa el cribatge o intervenció són els i les infermeres de recerca, els quals tenen aquesta tasca de forma exclusiva (23,27-28,30,33,35,38), en canvi, en el 37,5% dels estudis la intervenció està realitzada també per infermeria, però en aquest cas, per infermeres d'urgències que incorporen la intervenció dins de la seva rutina de treball (25-26,31,34,36-37). En el 12,5%, el cribatge està realitzat per professionals de la medicina conjuntament amb professionals de la infermeria (24,29). En un dels articles el rol de la infermera és aportar informació per facilitar el cribatge o diagnòstic mitjançant l'observació i els registres clínics (32).

Malcolm Hare et al. (27) i Jochen Brich et al. (26) entre d'altres, destaquen l'equip d'infermers i infermeres del servei d'urgències com els professionals ideals per realitzar el cribatge, argumenten que mantenen un contacte estret i continu durant tot l'ingrés, fet clau per avaluar els signes i/o símptomes d'aquesta síndrome i característiques com el curs fluctuant (26-27,30-31). Aquests autors manifesten la necessitat de crear línies d'investigació de mètodes de cribatge o intervencions de prevenció del delírium fetes per infermeres en condicions normals de treball, és a dir, com a part de la seva rutina amb l'objectiu de realitzar un cribatge sistemàtic d'aquesta síndrome en el servei d'urgències en la pràctica diària. Aquest argument també s'exposa en un estudi exclòs, per no complir amb criteris d'inclusió (46), defensa a la infermeria com el personal més adient en fer el cribatge a urgències, especifica l'espai de triatge com el lloc ideal per dur a terme el cribatge i iniciar amb les intervencions de prevenció (43,46).

Al llarg d'aquesta RL es recopilen estudis realitzats fora del territori espanyol, tot i que la llengua castellana era un criteri d'inclusió. A àmbit territorial, es vol destacar, la creació de l'anomenat '*Grupo de Trabajo de delírium*' de la Societat Espanyola de Geriatria y Gerontologia (SEGG). Defensa que la implementació de mesures no farmacològiques pels pacients amb delírium haurien de ser prioritàries pel Sistema Nacional de Salut. Sostenen la idea, que la formació pel personal sanitari és clau per prendre consciència de l'alta prevalença i greus conseqüències d'aquest (47). Aquest equip és un grup multidisciplinari format per geriatres, psiquiatres i infermeres especialistes en geriatria (48). El nombre de professionals de la infermeria, en comparació amb el personal mèdic, és molt inferior. Els objectius d'aquest grup de treball són: promoure estudis relacionats amb el delírium, millorar l'atenció de les persones majors amb delírium i conscienciar a la població general de l'impacte d'aquesta síndrome (48). No és nombre en cap moment la incorporació d'aquestes pràctiques o coneixements en el servei d'urgències.