

Editorial

Delirium hospitalario: cuando mantener la orientación también forma parte del cuidado

Una persona mayor ingresa en el hospital consciente, orientada y capaz de mantener una conversación normal. Dos días después intenta levantarse de la cama durante la noche porque cree encontrarse en su domicilio. No reconoce la habitación, se muestra inquieta, rechaza la medicación y pregunta repetidamente por familiares que no están presentes. En otro paciente ocurre algo muy distinto: apenas habla, duerme buena parte del día, come poco y parece simplemente cansado. Ambas situaciones pueden corresponder a una misma complicación: el delirium.

La alteración aguda del estado mental continúa siendo uno de esos problemas hospitalarios que pueden quedar ocultos entre diagnósticos considerados más urgentes. Una infección, una intervención quirúrgica, el dolor, la deshidratación, determinados medicamentos, la falta de sueño o una combinación de varios factores pueden precipitar un cambio brusco en la atención y la conciencia, especialmente en personas mayores, frágiles o con deterioro cognitivo previo. Su aparición no debería interpretarse como una consecuencia inevitable de la edad ni como una simple reacción al ingreso.

Uno de los principales problemas es que el delirium no siempre produce agitación. El paciente que grita, intenta retirar una vía o quiere abandonar la habitación llama inmediatamente la atención. En cambio, el delirium hipoactivo puede presentarse mediante apatía, somnolencia, lentitud o disminución de la interacción. Es menos perturbador para el funcionamiento de una unidad, pero precisamente por ello corre un mayor riesgo de pasar inadvertido. Detectarlo exige conocer cómo era el paciente antes y advertir que algo ha cambiado.

Aquí existe un espacio particularmente relevante para la enfermería. Pocos profesionales observan al paciente durante tantos momentos diferentes del día y de la noche. La conversación durante el aseo, la respuesta al administrar un tratamiento, la capacidad para comer de forma autónoma, el comportamiento al levantarse, la orientación al despertarse o una modificación inesperada del patrón habitual pueden proporcionar información clínica difícil de obtener mediante una valoración puntual. Preguntar a la familia «¿lo nota diferente a como estaba en casa?» puede llegar a ser tan importante como revisar una constante.

Prevenir el delirium implica, además, recuperar el valor clínico de intervenciones aparentemente sencillas. Mantener una adecuada hidratación, favorecer la movilización, controlar correctamente el dolor, evitar inmovilizaciones innecesarias, asegurar que el paciente dispone de sus gafas o audífonos, preservar en lo posible el descanso nocturno y facilitar referencias claras de tiempo y espacio forman parte de unos cuidados que pueden influir decisivamente en la evolución. Una ventana abierta durante el día, un reloj visible, explicar repetidamente dónde se encuentra el paciente o procurar que la noche vuelva a parecerse a una noche pueden parecer actuaciones menores frente a la sofisticación tecnológica de un hospital. No lo son.

También merece atención el propio entorno asistencial. Alarmas, conversaciones, luces permanentes, interrupciones nocturnas, cambios frecuentes de habitación y procedimientos realizados sin una explicación comprensible pueden incrementar la desorientación de una persona vulnerable. Algunas de estas circunstancias son inevitables; otras responden simplemente a rutinas organizativas que raramente se

Autora para correspondencia: Isabel Rosa Galera Pérez

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Link artículo: <https://doi.org/10.56533/SCGR9211>

DOI: 10.56533/SCGR9211

cuestionan. Revisarlas supone preguntarnos si determinadas formas de trabajar están diseñadas únicamente para facilitar el funcionamiento del servicio o también para proteger la orientación y el descanso del paciente.

La familia puede desempeñar asimismo un papel valioso. Una voz conocida, información sobre las costumbres del paciente o la presencia de objetos familiares pueden facilitar la orientación y disminuir la sensación de amenaza que provoca un entorno desconocido. Integrar a los familiares no significa trasladarles la responsabilidad del cuidado, sino aprovechar un conocimiento biográfico que el hospital no posee y que puede resultar especialmente útil cuando la capacidad de comunicación del paciente se altera.

Cuando el delirium aparece, su abordaje exige buscar causas y no limitarse a controlar la conducta. Una persona que intenta levantarse continuamente puede estar desorientada, pero también sentir dolor, necesidad de orinar, sed o miedo. Sedar o restringir el movimiento puede resolver momentáneamente un problema visible sin solucionar aquello que lo origina. La conducta debe interpretarse como información clínica. Detrás de ella existe una persona que está respondiendo, de la manera que puede, a una alteración aguda de su percepción del entorno.

Esta mirada tiene especial importancia para la práctica enfermera porque recuerda que vigilar no consiste solamente en observar monitores. También significa identificar cambios en la cognición, la atención, el comportamiento y la capacidad funcional. Incorporar herramientas sistemáticas de detección, registrar adecuadamente las modificaciones observadas y comunicarlas con rapidez al equipo puede facilitar una valoración precoz y evitar que el deterioro cognitivo agudo se normalice durante la hospitalización.

El delirium pone de manifiesto algo esencial: algunos de los mejores resultados asistenciales no proceden de hacer más, sino de evitar que algo ocurra. Si una persona vulnerable mantiene su orientación, duerme adecuadamente, conserva su movilidad y atraviesa una hospitalización sin desarrollar confusión aguda, difícilmente habrá un procedimiento concreto al que atribuir ese resultado. Sin embargo, detrás pueden existir muchas decisiones enfermeras acertadas.

Quizá por eso la prevención del delirium representa tan bien una parte del cuidado que permanece poco visible. No siempre deja una intervención espectacular en la historia clínica, pero puede evitar caídas, deterioro funcional, sufrimiento y complicaciones añadidas. Reconocerlo supone también reconocer que mantener a una persona conectada con su entorno, con sus capacidades y consigo misma es una intervención sanitaria de primer orden. En ocasiones, cuidar consiste precisamente en conseguir que, en medio de la enfermedad y de un hospital desconocido, el paciente siga sabiendo quién es, dónde está y qué está ocurriendo.

Isabel Rosa Galera Pérez

Directora