

JULIO 2016

Delirio, Demencia y Depresión en las Personas Mayores: Valoración y Cuidados

Segunda Edición



Aviso Legal

Estas Guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

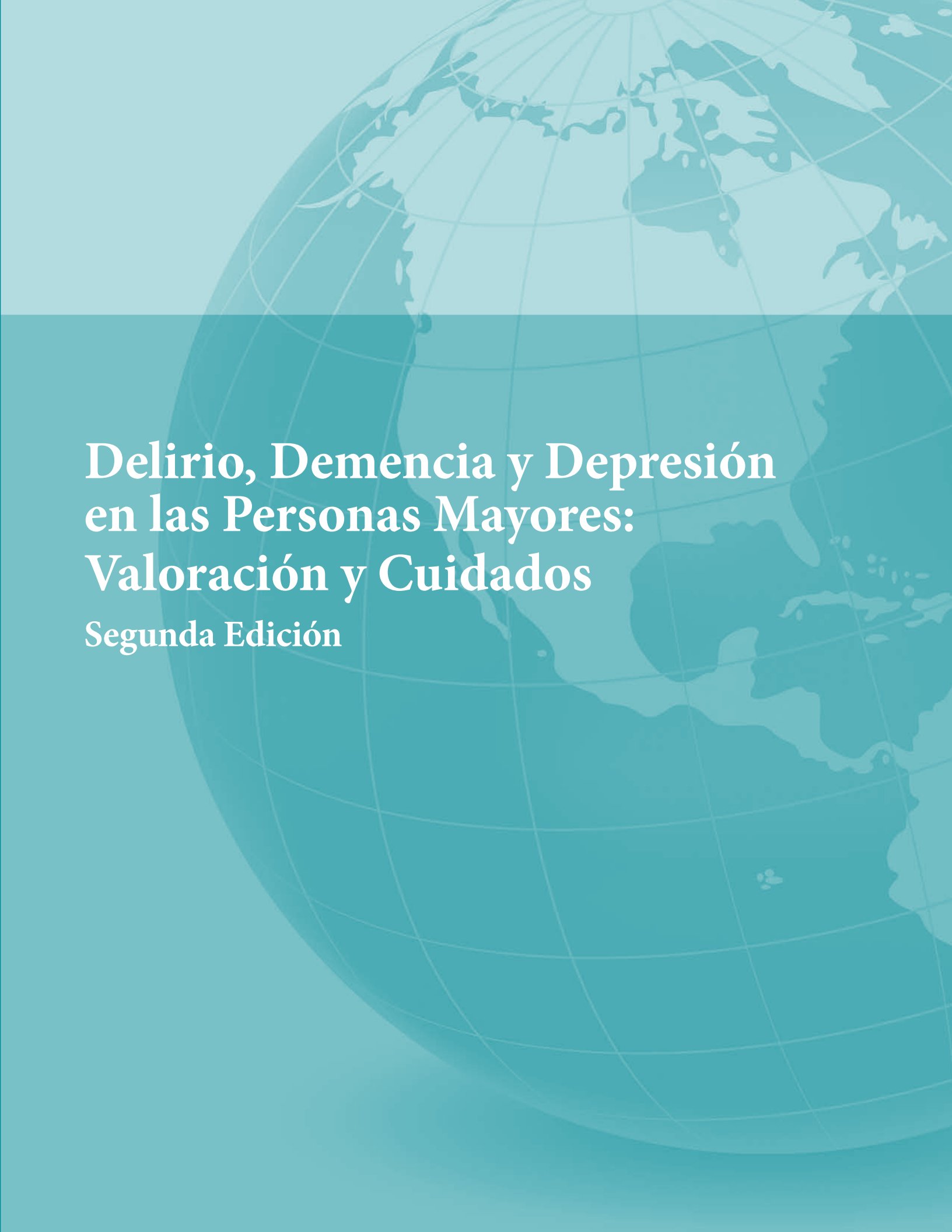
A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o contención expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. En todo el material copiado han de aparecer las correspondientes acreditaciones o referencias de la siguiente manera:

Registered Nurses' Association of Ontario (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2012). Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones (Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Este programa está financiado por el Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario. Todos los trabajos elaborados por la RNAO son editorialmente independientes de la fuente de financiación.

Información de Contacto

Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3
Website: www.rnao.org/bestpractices



Delirio, Demencia y Depresión en las Personas Mayores: Valoración y Cuidados

Segunda Edición

Saludo de Doris Grinspun,

Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer la Guía de buenas prácticas *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*.

Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la excelencia en la prestación de servicios que las enfermeras ofrecen en el día a día de su práctica clínica. La RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este interesantísimo recurso. Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible nuestra iniciativa, como el Gobierno de Ontario, que ha reconocido la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este programa y que ofrece para ello su financiación plurianual.

Asimismo, queremos reconocer la labor de la Dra. Irmajean Bajnok, Directora de los Programas de Asuntos Internacionales y del Centro para las Guías de Buenas Prácticas (en adelante, International Affairs and Best Practice Guidelines o IABPG, por su nombre y siglas en inglés) y Michelle Rey, Directora Asociada, así como a las copresidentas del panel de expertos, Michelle Acorn (Nurse Practitioner, Lakeridge Health and PHC NP Coordinator, University of Toronto) y Lori Schindel Martin (Associate Professor and Associate Director—Scholarly, Research and Creative Activities, Ryerson University, Daphne Cockwell School of Nursing) por su experiencia y apoyo en la elaboración de la presente Guía.

Igualmente, queremos dar las gracias a distintos miembros de RNAO, como Susan McNeill, Verity White, Diana An, Laura Legere y el resto de componentes del equipo del programa de las Guías de buenas prácticas de la RNAO por su intenso trabajo para la elaboración de esta nueva Guía. Por último, no podemos dejar de agradecer muy especialmente a los miembros del panel de expertos por dedicar generosamente su tiempo y experiencia para crear un riguroso y sólido recurso clínico. No podríamos haberlo conseguido sin todos ellos.

El uso satisfactorio de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de educadores, profesionales clínicos, empleadores, legisladores e investigadores. La comunidad enfermera y sanitaria en general, con su inquebrantable compromiso y búsqueda de la excelencia en los cuidados al paciente, han ofrecido sus conocimientos técnicos así como innumerables horas de trabajo voluntario, esencial para el desarrollo y la revisión de cada Guía de buenas prácticas.

Las instituciones y empresas contratadoras han respondido con entusiasmo, con el nombramiento de impulsores de buenas prácticas, la implantación de las guías y la evaluación de su impacto en pacientes y centros. Los gobiernos nacionales y extranjeros también se han unido a este esfuerzo. Juntos, estamos construyendo una cultura de práctica basada en la evidencia. Les pedimos que compartan esta guía con sus colegas de otras profesiones y con los asesores de los pacientes que trabajan en los distintos centros, porque hay mucho que aprender unos de otros.

Juntos debemos asegurarnos de que los usuarios reciban los mejores cuidados posibles cada vez que entren en contacto con nosotros: ¡hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de este importante esfuerzo!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style with a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (Hon), O. ONT.
Directora Ejecutiva
Registered Nurses' Association of Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales

de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).

A handwritten signature in blue ink that reads "Teresa Moreno".

Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Instituto Carlos III de España.

Madrid Octubre 2018

Índice de Contenidos

ANTECEDENTES	Cómo utilizar este documento	6
	Objetivos y ámbito de aplicación	7
	Interpretación de la evidencia	10
	Resumen de recomendaciones	11
	Equipo del programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO	19
	Panel de expertos de RNAO	20
	Agradecimiento a los colaboradores	22
	Contexto previo	32

RECOMENDACIONES	Recomendaciones para la práctica	40
	■ Recomendaciones relacionadas con el Delirio, la Demencia y la Depresión	41
	■ Recomendaciones relativas al delirio	48
	■ Recomendaciones relativas a la demencia	58
	■ Recomendaciones relativas a la depresión	74
	Recomendaciones para la formación	84
	Recomendaciones para la organización y las directrices	92
	Lagunas en la investigación e implicaciones para el futuro	96
	Estrategias de implantación	97
	Evaluación y seguimiento de esta guía	98
	Proceso de actualización y revisión de la guía	103

Referencias	104	REFERENCIAS
-------------------	-----	-------------

Anexo A: Glosario	116	ANEXOS
Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía	125	
Anexo C: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda	126	
Anexo D: Comparación de las características clínicas de delirio, demencia y depresión	131	
Anexo E: Tipos de demencia	132	
Anexo F: Recursos para un uso óptimo de la medicación en personas mayores	135	
Anexo G: Factores de riesgo de delirio e intervenciones recomendadas	137	
Anexo H: Herramientas de cribado y valoración	139	
Anexo I: Primeras señales de alerta de cambios cognitivos	148	
Anexo J: Recursos	149	
Anexo K: Actitudes, destrezas y conocimientos útiles para la comunicación en el cuidado de las personas con demencia .	157	
Anexo L: Descripción de la herramienta	159	

Apoyos	160	APOYOS
--------------	-----	--------

Cómo Utilizar Este Documento

Esta Guía de buenas prácticas (BPG)^{G*} en enfermería es un documento integral que ofrece recursos para la práctica de la enfermería basada en la evidencia^G. No pretende ser un manual o una guía de instrucciones, sino una herramienta para guiar las buenas prácticas y mejorar la toma de decisiones de las enfermeras^G y los demás profesionales de la salud^G que trabajen con personas mayores^G con delirio, demencia, y/o depresión. La Guía deberá revisarse y aplicarse de acuerdo con las necesidades de cada individuo y de cada institución o entorno de práctica, y con atención a las necesidades y preferencias de las personas (y sus familias)^G que accedan al sistema sanitario y hagan uso de sus servicios.

Además, la Guía ofrece una visión general de las estructuras y apoyos adecuados para brindar los mejores cuidados posibles basados en la evidencia. Para las enfermeras, otros profesionales sanitarios y los administradores que lideran y facilitan cambios en la práctica clínica, este documento les resultará de gran valor para el desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas y evaluaciones educativas, intervenciones y de herramientas de documentación. Las enfermeras y otros profesionales de la salud que prestan cuidados, se beneficiarán de la revisión de las recomendaciones y la evidencia que las respalda. Recomendamos especialmente que se adapten estas guías en los entornos de práctica para ofrecerlas en formatos que sean de fácil manejo para el uso diario.

Si en su centro se adoptan estas guías, les sugerimos que sigan los siguientes pasos:

1. Evaluar las prácticas actuales de enfermería y cuidados de salud en base a las recomendaciones de la Guía,
2. Identificar las recomendaciones que abordan las necesidades o carencias en la unidad;
3. Desarrollar un plan para la implantación de las recomendaciones.

Los recursos para la implantación, incluida la *Herramienta de Implantación de guías de práctica clínica* de la RNAO (2012b), están disponibles en la página web www.RNAO.ca. Nos gustaría saber cómo se ha implantado esta Guía. Por favor, póngase en contacto con nosotros para compartir su experiencia.

* A lo largo de este documento, los términos marcados con un superíndice con el símbolo G^(G) pueden encontrarse en el Glosario (**Anexo A**).

Objetivos y Ámbito de Aplicación

Las Guías de buenas prácticas son documentos desarrollados de manera sistemática para ayudar tanto al personal sanitario como a los pacientes y sus familias en la toma de decisiones oportunas en relación a la atención sanitaria (Field & Lohr, 1990). Esta Guía se ha desarrollado para sustituir las guías de la RNAO *Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores* (2010b) y *Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio demencia y depresión* (2010a). El objetivo es que sea utilizada por las enfermeras y otros miembros del equipo de salud interprofesional^G para mejorar la calidad^G de su propia práctica clínica en lo relativo al manejo del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores^G, y en última instancia, para mejorar los resultados clínicos y la experiencia de los cuidados de salud de la persona.

En marzo de 2015, la RNAO convocó a un panel de expertos formado por un grupo de personas con experiencia en el delirio, la demencia y la depresión en distintos entornos de atención sanitaria. El panel de expertos de la RNAO era interprofesional en la composición e incluía a personas que ocupan puestos clínicos, administrativos y académicos en toda una serie de instituciones de salud, áreas de práctica y sectores. Estos expertos trabajan con personas mayores que reciben cuidados y servicios en diferentes contextos sanitarios (cuidados a agudos, cuidados de larga duración^G, atención domiciliaria, salud mental y en atención primaria y comunitaria, y equipos de atención a la familia), así como en otro tipo de organizaciones, tales como asociaciones e instituciones docentes.

Para determinar el ámbito de aplicación de la Guía y su organización, el equipo de desarrollo de la RNAO siguió los siguientes pasos:

- revisión de las guías de RNAO *Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores* (2010b) y *Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión* (2010);
- realización de una revisión de la literatura (scoping review)^G para evaluar si existe o no un vínculo suficientemente fuerte entre el delirio, la demencia y la depresión que justifique su tratamiento conjunto en una única guía; y
- realización de tres grupos focales de expertos en este ámbito, incluidos aquellos encargados de la implantación de las Guías.

Tras el análisis de estas actividades, el equipo de desarrollo de la RNAO decidió publicar una única guía que comprendiera el cribado y los cuidados a los tres trastornos; esta nueva Guía, por tanto, ofrece recomendaciones para la valoración y el cuidado del delirio, la demencia y la depresión en las personas mayores. La labor se centra en ofrecer una atención efectiva, digna y humana y en el manejo de los síntomas, signos y comportamientos que puedan presentar estos pacientes. Las recomendaciones son aplicables a los cuidados clínicos básicos que prestan las enfermeras y los demás profesionales de la salud en diversos entornos sanitarios y comunitarios.

Las recomendaciones operan en tres niveles:

- Las Recomendaciones para la práctica^G se dirigen fundamentalmente a enfermeras de práctica clínica que prestan cuidado directo a personas mayores en todo el espectro de los cuidados, como por ejemplo: atención primaria, cuidado a agudos, asistencia domiciliaria, niveles alternativos de cuidados/atención continua compleja y atención de larga duración. De forma secundaria, estas recomendaciones también aluden a otros miembros del equipo interprofesional que colaboran con las enfermeras en la prestación de unos cuidados integrales. Todas las recomendaciones son aplicables al ámbito de práctica de las enfermeras tituladas y especializadas; no obstante, muchas de ellas son también aplicables a otros miembros del equipo interprofesional.

- Las recomendaciones para la formación^G están dirigidas a aquellas personas responsables de la educación de los profesionales de la salud, como educadores, equipos de mejora de la calidad, gestores, administradores e instituciones académicas y profesionales. Estas recomendaciones señalan el contenido fundamental y las estrategias educativas necesarias para programas básicos de acceso formación sanitaria, de formación continuada y de desarrollo profesional. Están dirigidas principalmente a enfermeras, pero también serán de utilidad para el resto de componentes del equipo interprofesional.
- Las Recomendaciones para la organización y para la elaboración de políticas y directrices^G, por su parte, están dirigidas a gestores, administradores y legisladores responsables del desarrollo de políticas o de la provisión de los apoyos necesarios que precisan las instituciones sanitarias para implantar las buenas prácticas.

Para una efectividad óptima, las recomendaciones de las tres áreas deben implantarse de forma conjunta.

A continuación se mencionan algunos temas y trastornos que quedan fuera del ámbito de la presente Guía: delirio causado por la abstinencia del alcohol, delirio en los últimos momentos de la vida, inicio temprano de la demencia (el que se produce en la mediana edad) y prevención de la demencia o la depresión. Además, la Guía no se refiere concretamente al deterioro cognitivo^G leve. Puede obtener información sobre los temas no incluidos en esta guía o recabar información clínica detallada sobre el delirio, la demencia y la depresión (p. ej., procesos diagnósticos u opciones de tratamiento farmacológicas específicas) a través de las guías clínicas recogidas en el **Anexo C**: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda.

Cabe señalar que la evidencia que sustenta las recomendaciones de esta Guía es dispar en los distintos entornos sanitarios; por ejemplo, en lo que se refiere al delirio existe un volumen considerable de evidencia en entornos de cuidado a pacientes agudos, pero muy poca en contextos domiciliarios. Las discusiones de la evidencia aclaran, cuando es posible, si la evidencia es específica de un entorno de práctica en particular; en algunos casos, el panel de expertos ofrece orientación sobre este particular cuando no se puede indicar un entorno concreto. A la hora de adoptar e implantar esta Guía, se recomienda a las instituciones que señalen si una determinada recomendación es aplicable o no a su centro en particular. Véase la información de Lagunas en la investigación e implicaciones para el futuro.

Para más información sobre la presente Guía, incluido el proceso de desarrollo y revisión sistemática^G y la estrategia de búsqueda, véanse los **Anexos B y C**.

Uso del Término "SCPD" en esta Guía

La terminología en el campo de la atención a la demencia no deja de evolucionar. El panel de expertos ha optado por usar el término *síntomas conductuales y psicológicos de demencia* (SCPD) para describir el modo en que una persona con demencia expresa sus necesidades y muestra síntomas de demencia; por ejemplo, cambios de humor, ideas delirantes, apatía, agitación, comportamiento errante, gritos, preguntas repetitivas y desinhibición sexual (Moniz Cook et al., 2012). Otros términos empleados para describir estos síntomas son "síntomas neuropsiquiátricos", "síntomas conductuales y emocionales" y "comportamiento regido por las necesidades".

Sin embargo, el panel de expertos ha optado por el término SCPD por su amplio uso y por la general aceptación de que goza su definición completa en el entorno clínico, la literatura y las guías clínicas, si bien reconoce que dicho término ha sido criticado por resultar demasiado medicalizado o centrarse demasiado en el reto que el comportamiento supone para los cuidadores. En cualquier caso, el objetivo de esta denominación es el de ofrecer una alternativa a las etiquetas negativas que se asocian con algunos de los otros términos empleados para describir síntomas (p. ej., "agresividad"). Las

definiciones o las descripciones de síntomas, "SCPD" incluida, subrayan el hecho de que estos síntomas derivan de las necesidades no satisfechas de una persona o las describen como una expresión de las experiencias, los sentimientos o las emociones de dicha persona o como medio de comunicarlas.

Uso del Término "Persona Mayor" en esta Guía

Para las búsquedas de revisiones sistemáticas en bases de datos para esta Guía, la RNAO aplicó la limitación "adultos de 65 años o más". Sin embargo, cuando el término *persona mayor* se utiliza en el contexto de la Guía, puede referirse a adultos menores de 65 años que han envejecido prematuramente o que tienen una esperanza de vida menor por factores tales como determinantes sociales de la salud o enfermedades crónicas. Por tanto, esta Guía puede aplicarse también a individuos de edad menor de 65 años.

Uso del Término "Carga/Sobrecarga del Cuidador" en esta Guía

El término *carga o sobrecarga del cuidador* se emplea para concordar con la terminología empleada en ciertos estudios y guías. Es importante señalar que, si bien el cuidado de estas personas puede resultar exigente y estresante, algunos familiares y cuidadores rechazan el uso de la palabra "carga" para describir su experiencia. Otras palabras pueden ser "estrés del cuidador", "ansiedad", "exigencia" o "reto".



Interpretación de la Evidencia

Los niveles de evidencia se asignan a los diseños de investigación para clasificar en qué medida cada diseño particular es capaz de eliminar explicaciones alternativas de los fenómenos estudiados. Cuanto mayor es el nivel de evidencia, mayor es la probabilidad de que las relaciones que se presentan entre las variables sean verdaderas. Sin embargo, los niveles de evidencia no reflejan el mérito o la calidad de los estudios individuales.

En las recomendaciones de esta Guía, se asigna el nivel de evidencia más alto que mejor se corresponda con lo indicado en la recomendación. Cuando varios estudios recogen hallazgos similares, se asignan (y citan) los estudios de mayor nivel de evidencia que respaldan dicha recomendación.

En ocasiones, las recomendaciones tienen asignado más de un nivel de evidencia. Esto refleja la variedad de diseños de estudios que respaldan los múltiples componentes de una recomendación. Para ofrecer la mayor transparencia, en el apartado “Discusión de la evidencia” se señalan los niveles de evidencia para cada componente de las recomendaciones.

NIVEL	FUENTE DE LA EVIDENCIA
Ia	Evidencia obtenida del metaanálisis ⁶ o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados y/o síntesis de múltiples estudios principalmente de investigación cuantitativa.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado ⁶ no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental ⁶ no aleatorizado, bien diseñado.
III	Evidencia obtenida de la síntesis de múltiples estudios, principalmente de investigación cualitativa ⁶ .
IV	Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales bien diseñados, como estudios analíticos ⁶ , estudios descriptivos ⁶ o estudios cualitativos.
V	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Adaptado de la Red SIGN, Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica [Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2011] y Pati (2011)

Para consultar más información sobre el sistema de revisión sistemática y sobre cómo se evalúa la calidad de los estudios, véase el [Anexo C](#).

Resumen de Recomendaciones

Esta Guía sustituye a las guías de la RNAO *Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores* (2010b) y *Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio demencia y depresión* (2010a).

En el siguiente enlace se puede consultar un resumen de cómo las recomendaciones del presente documento se comparan con las de las guías anteriores: www.RNAO.ca/bpg/Delirium-Dementia-Depression

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA
MARCO GLOBAL		
RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL DELIRIO, LA DEMENCIA Y LA DEPRESIÓN		
1.0 Recomendaciones Generales	<p>Recomendación 1.1:</p> <p>Establecer relaciones terapéuticas y ofrecer unos cuidados culturalmente sensibles y centrados en la persona y la familia cuando se ofrece atención y educación a personas con delirio, demencia y depresión y a sus familiares y cuidadores.</p>	la & V
	<p>Recomendación 1.2:</p> <p>Identificar y diferenciar los signos y síntomas del delirio, la demencia y la depresión durante las distintas valoraciones, observaciones e interacciones con las personas mayores, con especial atención a las preocupaciones que expresen ellos o sus familiares y cuidadores o los miembros del equipo interprofesional sobre los posibles cambios.</p>	V
	<p>Recomendación 1.3:</p> <p>Derivar a las personas mayores con posible delirio, demencia y/o depresión a los profesionales o unidades/equipos sanitarios más pertinentes para su valoración, diagnóstico y/o seguimiento.</p>	la
	<p>Recomendación 1.4a:</p> <p>Evaluar la capacidad que tiene el individuo de entender y apreciar la información relevante para tomar una decisión y, si surgen dudas sobre la capacidad mental de la persona, colaborar con otros miembros del equipo de atención sanitaria según sea necesario. Apoyar la capacidad de la persona para la toma de decisiones completa o en parte.</p>	V
	<p>Recomendación 1.4b:</p> <p>Si la persona mayor no es capaz de tomar determinadas decisiones, buscar la implicación de su representante para la toma de decisiones para decidir sobre las medidas que se deban tomar, el consentimiento necesario y la planificación de los cuidados.</p>	V

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA
	<p>Recomendación 1.5:</p> <p>Actuar con prudencia a la hora de prescribir y administrar medicación a las personas mayores (dentro del ámbito de práctica del profesional sanitario) y controlar con diligencia y documentar el uso y los efectos de la medicación, con especial atención a los medicamentos que presenten mayor riesgo en las personas mayores, y a la polifarmacia.</p>	la
	<p>Recomendación 1.6:</p> <p>Aplicar los principios que recomiendan el uso de medidas restrictivas como último recurso y su empleo en el menor grado posible de contención cuando se ofrezcan cuidados a personas mayores.</p>	v
RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL DELIRIO		
2.0 Valoración	<p>Recomendación 2.1:</p> <p>Valorar a las personas mayores para estimar los factores de riesgo de delirio, tanto en la primera visita como siempre que se produzca un cambio en el estado del paciente.</p>	la & v
3.0 Planificación	<p>Recomendación 3.1:</p> <p>Desarrollar un plan de prevención del delirio, personalizado y no farmacológico que combine diversos componentes, para las personas mayores en riesgo de desarrollar delirio, en colaboración con la propia persona, sus familiares/ cuidadores y el equipo interprofesional.</p>	la
4.0 Implantación	<p>Recomendación 4.1:</p> <p>Implantar el plan de prevención del delirio en colaboración con la persona, sus familiares y cuidadores y el equipo interprofesional.</p>	la
	<p>Recomendación 4.2:</p> <p>Emplear valoraciones clínicas e instrumentos validados para valorar a las personas mayores en riesgo de desarrollar delirio, como mínimo diariamente (cuando proceda) y siempre que se observen o se informe de cambios en la persona que afecten a su función cognitiva, percepción, función física o conducta social.</p>	la & v
	<p>Recomendación 4.3:</p> <p>Seguir aplicando las estrategias de prevención al cuidado de personas mayores con riesgo de delirio a las que no se ha diagnosticado delirio.</p>	la & v

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA
4.0 Implantación	<p>Recomendación 4.4:</p> <p>En aquellas personas mayores cuya valoración indique delirio, identificar las causas subyacentes y los factores contribuyentes mediante valoraciones clínicas y a través de la colaboración con el equipo interprofesional.</p>	la
	<p>Recomendación 4.5:</p> <p>Implantar intervenciones personalizadas y de múltiples componentes para tratar de forma activa el delirio de la persona, en colaboración con la propia persona mayor, su familia, sus cuidadores y el equipo interprofesional.</p> <p>Dichas intervenciones deben comprender, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ tratamiento de las causas subyacentes (nivel de evidencia = la); ■ intervenciones no farmacológicas (nivel de evidencia=V); ■ uso apropiado de la medicación para aliviar los síntomas del delirio y/o manejar el dolor (nivel de evidencia=la). 	la & V
	<p>Recomendación 4.6:</p> <p>Educar sobre la prevención y el cuidado del delirio a las personas en riesgo de desarrollar delirio o que sufren delirio, y a sus familiares/cuidadores.</p>	V
5.0 Evaluación	<p>Recomendación 5.1:</p> <p>Monitorizar como mínimo diariamente a las personas mayores que sufren delirio para detectar si se producen cambios, mediante la observación y la valoración clínica y con herramientas validadas, y documentar la efectividad de las intervenciones.</p>	V

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA
RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA DEMENCIA		
6.0 Valoración	<p>Recomendación 6.1a:</p> <p>Valorar a las personas mayores para reconocer una posible demencia cuando se observen o se informe de cambios en la cognición, el comportamiento, el estado de ánimo o en la función. Emplear instrumentos de valoración o cribado específicos al contexto y colaborar con la persona, su familia y cuidadores y el equipo interprofesional para efectuar una valoración integral.</p>	la & V
	<p>Recomendación 6.1b:</p> <p>Derivar a la persona para una valoración adicional si se sospecha que sufre demencia.</p>	la
	<p>Recomendación 6.2:</p> <p>Valorar el estado físico, funcional y psicológico de la persona mayor con demencia o con sospecha de demencia y determinar su impacto en la propia persona y en su familia y cuidadores mediante una valoración integral y/o herramientas estandarizadas.</p>	V
	<p>Recomendación 6.3:</p> <p>Explorar de forma sistemática las causas subyacentes de cualquier síntoma conductual y psicológico de demencia, lo que incluye la identificación de las necesidades no satisfechas de la persona y los potenciales "desencadenantes". Emplear una herramienta adecuada y colaborar con la persona, sus familiares o cuidadores y el equipo interprofesional.</p>	la
	<p>Recomendación: 6.4:</p> <p>Valorar el dolor en las personas mayores con demencia mediante una herramienta de valoración del dolor específica para esa población.</p>	la
7.0 Planificación	<p>Recomendación 7.1:</p> <p>Desarrollar un plan de cuidados individualizado que aborde los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) y/o las necesidades asistenciales personales del individuo. Incorporar diversos planteamientos no farmacológicos, seleccionados de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ las preferencias del paciente; ■ la valoración de los SCPD; ■ la etapa de la demencia; ■ las necesidades de la persona durante el aseo personal y el baño; ■ la consulta con los familiares y cuidadores y con el equipo interprofesional; y ■ la observación continuada de la persona 	la

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA
8.0 Implantación	<p>Recomendación 8.1:</p> <p>Implantar el plan de cuidados en colaboración con la persona, sus familiares y cuidadores y el equipo interprofesional.</p>	V
	<p>Recomendación 8.2:</p> <p>Monitorizar el dolor en adultos con demencia e implantar medidas de reducción del dolor para ayudar a manejar los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.</p>	la & V
	<p>Recomendación 8.3:</p> <p>Utilizar estrategias y técnicas de comunicación que sean compasivas, que consideren las emociones de paciente, salvaguarden la dignidad de la persona y fomenten la comprensión a la hora de atender a personas con demencia.</p>	la
	<p>Recomendación 8.4:</p> <p>Promover estrategias para las personas con demencia para preservar sus capacidades y optimizar su calidad de vida, como por ejemplo a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ejercicio (nivel de evidencia=la), ■ intervenciones que den apoyo a la función cognitiva (nivel de evidencia= la), ■ planificación avanzada de los cuidados (nivel de evidencia=la), y ■ otras estrategias que ayuden al paciente a vivir bien con demencia (nivel de evidencia=V). 	la & V
	<p>Recomendación 8.5a:</p> <p>Educar y ofrecer apoyo psicosocial a familiares y cuidadores de personas con demencia acorde con las necesidades únicas de la persona y la etapa de la demencia en que se encuentre.</p> <p>Recomendación 8.5b:</p> <p>Derivar a los familiares y cuidadores que sufran estrés intenso/ansiedad o depresión al profesional sanitario que corresponda.</p>	la V
9.0 Evaluación	<p>Recomendación 9.1:</p> <p>Evaluar el plan de cuidados en colaboración con la persona con demencia (si procede), su familia y cuidadores y el equipo interprofesional, y modificarlo como corresponda.</p>	V

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA
RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN		
10.0 Valoración	<p>Recomendación 10.1:</p> <p>Valorar la posible presencia de depresión durante las valoraciones y la observación continuada cuando existan factores de riesgo o signos y síntomas de depresión. Usar herramientas de cribado o valoración validadas y específicas del contexto, y colaborar con la persona mayor, su familia y cuidadores y el equipo interprofesional.</p>	Ia & V
	<p>Recomendación 10.2:</p> <p>Valorar el riesgo de suicidio cuando exista depresión o se sospeche.</p>	V
	<p>Recomendación 10.3:</p> <p>Derivar a las personas mayores con sospecha de depresión para que sean valoradas en profundidad por un profesional sanitario cualificado.</p>	V
11.0 Planificación	<p>Recomendación 11.1:</p> <p>Desarrollar un plan de cuidados para personas mayores con depresión usando un planteamiento colaborativo. Cuando proceda, considerar el impacto de la demencia coexistente.</p>	Ia & V
12.0 Implantación	<p>Recomendación 12.1:</p> <p>Administrar intervenciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para la depresión que se adapten al perfil clínico y a las preferencias de la persona.</p>	Ia & V
	<p>Recomendación 12.2:</p> <p>Educar a las personas mayores con depresión (y a sus familiares/cuidadores, si procede) sobre los cuidados en la depresión, el automanejo, las intervenciones terapéuticas, la seguridad y el seguimiento.</p>	V
13.0 Evaluación	<p>Recomendación 13.1:</p> <p>Monitorizar a las personas mayores que sufren depresión para observar posibles cambios en los síntomas y en la respuesta al tratamiento, empleando un enfoque colaborativo. Documentar la efectividad de las intervenciones y los cambios en el riesgo de suicidio.</p>	V

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN		NIVEL DE EVIDENCIA
14.0 Formación	<p>Recomendación 14.1:</p> <p>Todos los programas de cursos de iniciación deben incluir contenidos y práctica específicos para la atención de personas mayores que sufren o de quienes se sospecha que sufren delirio, demencia o depresión, y que se ajusten al ámbito de práctica de la disciplina.</p>	V
	<p>Recomendación 14.2:</p> <p>Las instituciones ofrecen oportunidades a las enfermeras y los demás profesionales sanitarios para mejorar sus competencias en el cuidado de adultos con delirio, demencia y depresión. Se debe ofrecer contenido formativo relevante tanto en la orientación inicial del nuevo personal y de los estudiantes, como posteriormente a través de formación continuada mediante cursos de actualización y oportunidades de desarrollo profesional.</p>	la & V
	<p>Recomendación 14.3:</p> <p>Diseñar programas formativos dinámicos y basados en la evidencia sobre el delirio, la demencia y la depresión que favorezcan la aplicación de conocimientos y competencias en el entorno de práctica. Estos programas deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ser interactivos y multimodales (nivel de evidencia=la), ■ ser interprofesionales (nivel de evidencia=la), ■ adaptarse a las necesidades de quienes aprenden (nivel de evidencia=V), ■ verse reforzados en el centro asistencial mediante estrategias y herramientas (nivel de evidencia=la); y ■ contar con el respaldo de un experto clínico o un especialista designado para el impulso del programa (nivel de evidencia=la). 	la & V
	<p>Recomendación 14.4:</p> <p>Evaluar los programas formativos sobre delirio, demencia y depresión para determinar si se consiguen los resultados deseados, como cambios en la práctica y mejores resultados en salud. Adaptar los programas como sea necesario para mejorarlos.</p>	V

RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN Y DIRECTRICES		NIVEL DE EVIDENCIA
15.0 Organización, Políticas y Directrices	<p>Recomendación 15.1:</p> <p>Las instituciones deben demostrar liderazgo y mantener el compromiso con los principios fundamentales que sostienen la asistencia a las personas mayores con delirio, demencia o depresión, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ los cuidados centrados en la persona y en la familia (nivel de evidencia=Ia), ■ el cuidado colaborativo e interprofesional (nivel de evidencia=Ia), ■ los entornos laborales saludables (nivel de evidencia=V). 	Ia & V
	<p>Recomendación 15.2:</p> <p>Las instituciones deben elegir herramientas de cribado y valoración del delirio, la demencia y la depresión que sean apropiadas a la población y al contexto asistencial, y ofrecer la formación y la infraestructura necesarias para fomentar su aplicación.</p>	V
	<p>Recomendación 15.3:</p> <p>Las instituciones deben implantar programas integrales de múltiples componentes dirigidos por equipos colaborativos dentro de cada institución para abordar el delirio, la demencia y la depresión (nivel de evidencia = 1a).</p> <p>Dichos programas tendrán que contar con el apoyo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ programas formativos integrales (nivel de evidencia=V); ■ expertos clínicos y especialistas impulsores de los programas (nivel de evidencia =Ia); ■ procesos institucionales acordes con las buenas prácticas (nivel de evidencia=V). 	Ia & V
	<p>Recomendación 15.4:</p> <p>Establecer procesos dentro de las instituciones para garantizar que toda la información de interés y la planificación de los cuidados de las personas con delirio, demencia y depresión se comunican y se coordinan adecuadamente a lo largo del tratamiento y durante las transiciones asistenciales.</p>	Ia & V

Equipo del Programa de Guías de Buenas Prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Susan McNeill, RN, MPH

Guideline Development Lead

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Verity White, BSc

Guideline Development Project Coordinator

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Diana An, RN, MSc

Nursing Research Associate

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Laura Legere, RN, MScN

Nursing Research Associate

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Michelle Rey, MSc, PhD

Associate Director, Research & Guideline Development
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Gurjit K. Toor, RN, MPH

NQuIRE Data Quality Analyst

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Rita Wilson, RN, MN, MEd

eHealth Program Manager

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Panel de Expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Michelle Acorn, DNP, NP PHC/Adult, MN/ACNP

GNC(C), CGP

Panel Co-Chair

Nurse Practitioner, Lakeridge Health

Primary Health Care Global Health NP Coordinator &

Lecturer, University of Toronto

Toronto, Ontario

Lori Schindel Martin, RN, PHD

Panel Co-Chair

Associate Professor

Associate Director—Scholarly, Research and Creative Activities

Ryerson University, Daphne Cockwell School of Nursing

Toronto, Ontario

Debbie Hewitt Colborne, RN, MSCN,

GNC(C)

Project Coordinator Advisor, Behavioural Supports

Ontario (BSO) Provincial Coordinating Office

& Coordinator, Seniors' Services, Mental Health Youth & Seniors

North Bay Regional Health Centre

North Bay, Ontario

Robin Hurst, RN, BScN, MN, GNC, CPMHN

Advanced Practice Consultant, Seniors and Mental Health

Saint Elizabeth Health Care

Toronto, Ontario

Rona Khudayar

Fourth Year Nursing Student

Ryerson University

Toronto, Ontario

Kim Kurschinski, RN, BScN

Psychogeriatric Resource Consultant

The Scarborough Hospital and the Regional Geriatric

Program of Toronto

Toronto, Ontario

Chase Everett McMurren, MD, CCFP

Physician Lead, PrimaryCare@Home Program, Taddle Creek Family Health Team

Medical Director and Psychotherapist, Al and Malka

Green Artists' Health Centre, Toronto Western Hospital,

University Health Network

Lecturer, Department of Family and Community

Medicine, University of Toronto

Toronto, Ontario

Nancy Pearce, RN, PHD

RN/RPN Supervisor, ParaMed

Adjunct Professor, University of Waterloo

Assistant Clinical Professor, McMaster University

Kitchener, Ontario

Carmen Rodrigue, RN, MSCN, CPMHN(C)

Dementia Navigation Specialist/Project Manager,

Community Geriatrics

Regional Geriatric Program of Eastern Ontario

The Ottawa Hospital

Ottawa, Ontario

Bonnie Schroeder, MSW, RSW

Regional Director, Ontario Association of Social Workers

Director, Canadian Coalition for Seniors' Mental Health

Ottawa, Ontario

Marie Smith, RN, BScN CPMHN(C)

Staff Nurse, Centre for Addiction and Mental Health

Ontario Nurses' Association (ONA) Representative for

the Geriatric Mental Health Outpatient Program

Toronto, Ontario

Lois Stewart Archer, RN, MN, PhD, CPMHN(C)

Regional Clinical Nurse Specialist, Rehabilitation &

Geriatrics Programme, Winnipeg Health Region

Adjunct Professor, College of Nursing, Faculty of Health

Sciences, University of Manitoba

Research Associate, Manitoba Centre for Nursing and

Health Research

Winnipeg, Manitoba

Panel de Expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario ...cont.

Philippe Voyer, RN, PhD

Professor, Faculty of Nursing Sciences, Laval University
Researcher and Clinician, Centre for Excellence in
Aging, Québec
Quebec City, Quebec

Ken Wong, BScPT, MSc

Education and Clinical Development Consultant
Regional Geriatric Program of Toronto
Toronto, Ontario

Laura Wilding, RN, BScN, MHS, ENC(C)

Advanced Practice Nurse—Geriatrics
The Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario

Todos los miembros del panel de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) realizaron declaraciones de conflicto de intereses que pudieran interpretarse como un conflicto real, potencial o aparente y se les pidió a todos ellos que actualizaran dicha información con regularidad durante todo el proceso de desarrollo de la guía. Asimismo, se solicitó información acerca de los intereses económicos, intelectuales, personales y de otro tipo, y todo ello se documentó para futuras consultas. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación.

La información detallada al respecto está disponible en la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.



Agradecimiento a los colaboradores

Como parte del desarrollo de las guías de buenas prácticas, la RNAO se compromete a recabar la respuesta de las enfermeras y demás profesionales sanitarios de distintos entornos y especialidades, así como de administradores bien informados, fuentes de financiación y asociaciones de partes interesadas^G. Se solicitó a las partes interesadas* que contribuyesen con sus observaciones y comentarios; la RNAO desea agradecer a las siguientes personas su contribución en la revisión de esta guía de buenas prácticas en enfermería.

Emma Anderson, RN, MN, NP-PHC

Nurse Practitioner, House Calls Program
VHA Home Healthcare
Toronto, Ontario

Nana Asomaning, NP-Adult, MN

Geriatric Emergency Management Nurse Practitioner/
Clinical Nurse Specialist
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Liberty Aspilla, RPN

BScN Post Diploma Student
Ryerson University
Toronto, Ontario

Dorothy Asselstine, RN, SCM

Board Secretary and Resident in Long-Term Care
Ontario Association of Residents' Councils (OARC)
Maxville, Ontario

Catherine Awad, RN, BScN, MN PHCNP (student)

Staff Nurse
Windsor Regional Hospital
Windsor, Ontario

Susan Bailey, RN, MHScN, GNC(C)

LTC Best Practice Coordinator
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
Pickering, Ontario

Amy Bartholomew, RN, MScN (student)

Research Coordinator
The Aging, Community and Health Research Unit,
School of Nursing, McMaster University
Hamilton, Ontario

Jennifer Berger, RN, MSc, CPMHN(C)

Program Consultant
Canadian Institute for Health Information (CIHI)
Oakville, Ontario

Veronique Boscart, RN, MScN, MEd, PhD

CIHR/Schlegel Industrial Research Chair for Colleges in
Seniors Care
Conestoga College
Kitchener, Ontario
Regional Representative, RNAO Board of Directors

Kathyrin Bote, RN

Registered Nurse
Ontario Shores
Toronto, Ontario

Tabatha Bowers, RN(EC), MN, GNC(c), CMSN(c)

Nurse Practitioner
The Scarborough Hospital
Toronto, Ontario

Susan Boyce, RN

Psychogeriatric Resource Consultant (PRC)
Canadian Mental Health Association (CMHA)
Sarnia, Ontario

Maria Boyes, RN, MScN, GNC

Clinical Nurse Specialist—Geriatrics
Cambridge Memorial Hospital
Cambridge, Ontario

Ashley Brown, RPN

Staff Nurse and Internal Behavioural Supports Ontario
(BSO) Champion
Riverview Gardens
Chatham, Ontario

Barbara Bryan, RN

Care Service Coordinator—Quality
Jarlette Health Services
Orangeville, Ontario

Jennifer Burgess, RN(EC), MSc, GNC(C)

Nurse Practitioner
HNHB Nurse Led Outreach Team
Hamilton, Ontario

K. Shannon Burke, RN, MN, GNC(C)

Advanced Practice Nurse
West Park Healthcare Centre
Toronto, Ontario

Deborah Burne, RN, BA(Psych), CPMHN(C)

Educator, Consultant Aging and Mental Health
Sheridan and Mohawk Colleges
Oakville, Ontario

Carol Cameletti, RN, MEd

Assistant Professor/Seniors' Mental Health Outreach
Program Clinician
Northern Ontario School of Medicine/Health Sciences
North
Sudbury, Ontario

Erin Charnish, RN, MSc, NP PHC

Nurse Practitioner, GAIN Geriatrics Clinic/Lecturer,
Primary Health Care Nurse Practitioner Program
The Scarborough Hospital/Ryerson University
Toronto, Ontario

Dan-Bi Cho, BHSc, MPH, BScN, RN

Registered Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario

Carmelina Cimaglia, MSW

Social Worker
Royal Ottawa Mental Health Centre
Ottawa, Ontario

Teresa Compton, RN, BScN, IIWCC

Registered Nurse
Southlake Regional Health Centre
Bradford, Ontario

Susan Cymbaluk, RN

Manager of Clinical Services
OMNI Health Care Ltd.
Peterborough, Ontario

Ashleigh Davis, RN

Registered Nurse
Hamilton Health Sciences
Hamilton, Ontario

Denise Dodman, RN, BScN, MScN, GNC(C)

Patient Advocate
Bluewater Health
Sarnia, Ontario

Rosanna Dolinki, RN, BScN

National Sr. Manager Clinical Practice
CBI Health Group
Ottawa, Ontario

Sherry Dupuis, PhD

Professor
Partnerships in Dementia Care Alliance, University of
Waterloo
Waterloo, Ontario

Suzanne Dupuis-Blanchard, RN, MN, PhD

Professor/Research Chair
Université de Moncton
Moncton, New Brunswick

Julie Earle, RN(EC), MScN, PHCNP

Nurse Practitioner
Lakeridge Health
Bowmanville, Ontario

Susan Edgar, RN, MN

Clinical Nurse Specialist Geriatrics/Medicine
Grand River Hospital
Kitchener, Ontario

Gail Elliot, BASc, MA

Founder, Gerontologist & Dementia Specialist
DementiAbility Enterprises Inc.
Burlington, Ontario

Beverly Faubert, RN, BScN

Long-Term Care Best Practice Coordinator
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
Toronto, Ontario

Miranda Ferrier, PSW

Personal Support Worker/President
Ontario Personal Support Worker Association
Cambridge, Ontario

George Fieber, RN

Nursing Practice Leader
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Thunder Bay, Ontario

Calen Freeman, RN, BScN, MN, GNC(C)

Professional Practice Chief—Nursing/Advanced Practice
Nurse
Baycrest
Toronto, Ontario

Laura Gage, MD

Assistant Professor
University of Toronto, Department of Psychiatry
Toronto, Ontario

Sarah Gibbens, RN, MN, GNC(C)

Geriatric Emergency Management Nurse
Northumberland Hills Hospital
Cobourg, Ontario

Carly Gilchrist, RN

Registered Practical Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario

Kathy Greig, RPN

Staff Nurse
The Scarborough Hospital
Toronto, Ontario

Anna Grin, BScN, RN, MN

Corporate Nursing Resident Care and Service Consultant
Chartwell Retirement Residences
Toronto, Ontario

Megan Hiltz, RN, MHS, GNC(C)

Clinical Subject Matter Expert—Nursing, Operational
Readiness
Providence Care Mental Health Services
Kingston, Ontario

Tam Ho, MBBS, FRACP

Consultant Geriatrician
Northern Adelaide Local Health Network
South Australia, Australia

Sandra Holmes, RN, GNC(C)

Charge Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario

Kelly Holt, RN, MScN, CPMHN(C)

Clinical Nurse Specialist
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario

Janet Hunt, RN, MScN

Clinical Nurse Specialist
St. Joseph's Health Care London
London, Ontario

Lisa Janisse, RN, BScN, MScN

Nursing Professional Scholarly Practice/Manager
London Health Science Centre
London, Ontario

Stacey Jonhson, RN, MN

Quality Lead
Health Quality Ontario
Toronto, Ontario

Lisa Lallion, RN, BScN, MN, CNS, CMSN(c)

Clinical Nurse Specialist
The Scarborough Stroke Clinic
Toronto, Ontario

Jeannette Lindenbach, RN, MScN,

PhD Candidate

Associate Professor
Laurentian University
Sudbury, Ontario

Jessica Po Ying Lok, RN, BScN, MN

Clinical Educator, Nursing and Personal Support
VHA Home HealthCare
Toronto, Ontario

Shirley Marr, RN, BScN, MHEd, MHScN, CNCC(C)

Clinical Nurse Educator, ICU
William Osler Health System
Toronto, Ontario

Leah Masin, RN

Staff Nurse
Southlake Regional Health Center
Newmarket, Ontario

Elizabeth McMurray, RN, BScN

Professional Practice Consultant
Lead for a review group from St. Joseph's Health Care
London
St. Joseph's Health Care London
London, Ontario

Sarah McTavish, MSc

Quality Standards Research Analyst
Health Quality Ontario
Toronto, Ontario

Michael Merritt, MNurSc (NP), BN, RPN, RN

NP MH Consultation-Liaison Team
Lyell McEwin Hospital
South Australia, Australia

Noeman Mirza, PhD

Assistant Professor, Thompson Rivers University
Registered Nurse, University Health Network
Toronto, Ontario

Andrea Mowry, RN, BScN, MN, CHPCN(C)

Faculty
Trent Fleming School of Nursing
Peterborough, Ontario

Jennifer Murdock, RN, BA, MN

Clinical Nurse Educator: Medicine Program
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough, Ontario

Sonia Nobleza, RN, BScN, GNC(c)

Nurse Clinician
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Pat Noirel, RN

Long Term Care Consultant
Extendicare Canada Inc.
London, Ontario

**Carolyn Notarandrea, RN, BScN, MN
(student)**

Registered Nurse
Hamilton Health Sciences
Hamilton, Ontario

Jennifer Oteng, RN, BScN, MN, GNC(C)

Geriatric Outreach Nurse
William Osler Health System
Brampton, Ontario

Noelle Ozog, RN, BHSc, BScN

Registered Nurse, Emergency
London Health Sciences Centre, University Hospital
London, Ontario

Alvisa Palese, MNS, RN, PhD Candidate

Associate Professor
University of Udine
Udine, Italy

**Archna Patel, BSc. Psych, BScN RYT, CPMHN(C),
RN, MN**

Clinical Practice Leader
Humber River Hospital
Toronto, Ontario

Samantha Peck

Director, Communications & Education
Family Councils of Ontario
Toronto, Ontario

Catherine Petch, RN, MN, GNC(C)

Manager, Interprofessional Practice Program
Development
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie, Ontario

Susan Phillips, RN, MScN

Registered Nurse
The Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario

Melissa Postill-Babcock, RPN

Behavioural Supports Champion, MDS RAI Co-ordinator
Vision 74 Inc.
Sarnia, Ontario

Peggy Rice, BScN, PCHNP

Hospitalist
Lakeridge Health
Whitby, Ontario

Kim Ritchie, RN, MN, GNC(c)

Clinical Nurse Specialist, Geriatric and Neuropsychiatry
Program
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Whitby, Ontario

Nancy Rushford, PhD MSc.OT Reg (Ont.)

Director of Programs & Implementation
Alzheimer Society of Ontario
Toronto, Ontario

Constance Schumacher, RN, MSN, PhD (student)

Rapid Response Nurse
HNHB CCAC
Simcoe, Ontario

Dallas Seitz, MD, PhD

Assistant Professor
Queen's University
Kingston, Ontario

Susanne Sferrazza-Swayze, RPN

Staff Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario

Cheryl Joy Simpson, RN, HBSc, MN, GNC(C)

Clinical Nurse Specialist
Trillium Health Partners
Mississauga, Ontario

Samir Sinha, MD, DPhil, FRCPC

Director of Geriatrics
Sinai Health System and the University Health Network
Hospitals
Toronto, Ontario

Ashley Skiffington, RN, MEd(C)

Professional Practice Leader, Evidence Based Practice
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Judy Smith, RN, BScN, MEd(DE), ENC(C), GNC(C)

Clinical Nurse Specialist—Seniors' Health
Mackenzie Health
Richmond Hill, Ontario

Diana Sonnack, RN, MScN

Educator, BPSO Lead
Lyell McEwin Hospital
South Australia, Australia

Lily Spanjevic, RN, BScN, MN, GNC(C), CRN(C), CMSN(C)

Advanced Practice Nurse Geriatrics—Medicine
Joseph Brant Hospital
Burlington, Ontario

Anne Stephens, RN, BScN, MEd, GNC(C)

Manager, Clinical Practice
Toronto Central CCAC
Toronto, Ontario

Marion Tabanor, RN, BScN, GNC(C), CPMHN(C), RAI-C

Psychogeriatric Resource Consultant
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough Ontario

Margaret Tersigni, RN(EC), MN, GNC(C)

Nurse Practitioner
The Centre for Memory and Aging
Toronto, Ontario

Susan Thibert

Education and Home Support
Ontario Association of Residents' Councils (OARC)
Collingwood, Ontario

Kerrienne Thompson, RN, BScN

Public Health Nurse
Whitby, Ontario

Laura Waller, RN(EC), NP-PHC

Nurse Practitioner
Four Counties Health Services
London, Ontario

Susan Ward-Moser, RN, BScN

Nurse Assessor
Veterans Affairs Canada
Kingston, Ontario

Angelina Yeboah Bimpeh, RN, BScN, MN, GNC(C)

Geriatric Emergency Management (GEM) Nurse
William Osler Health System (Brampton Civic Hospital)
Brampton, Ontario

Sarah Yip, RN

Staff RN
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario

Lynnda Zibell Milsap, PMH CNS-BC

Senior CNS, Psychiatric Liaison
University of Wisconsin Hospital & Clinics
Madison, Wisconsin

*Las partes de interés o partes interesadas son las personas que tienen experiencia en el tema de la guía, o que actúan como representantes de las instituciones que participan en la aplicación de la guía o se ven afectados por su implantación. Los revisores pueden ser enfermeras y otros profesionales sanitarios que trabajen en la atención al paciente, así como directores de enfermería, administradores, expertos en investigación, miembros de equipos interprofesionales, formadores, estudiantes de enfermería o pacientes y familiares. La RNAO pretende recabar los conocimientos y los puntos de vista de las partes interesadas que representan diversos sectores sanitarios, así como diferentes funciones dentro de la enfermería y otras especialidades (por ejemplo, la práctica clínica, la investigación, la docencia y la elaboración de políticas y directrices) y en distintos entornos geográficos. Dichas partes interesadas que revisan las guías de la RNAO se identificaron de dos formas.

En primer lugar, se hizo un llamamiento a las partes interesadas mediante un anuncio público incluido en el sitio web de la RNAO (www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). Después, el equipo de desarrollo de la RNAO y el panel de expertos identificaron a instituciones e individuos clave con experiencia en el área de esta guía, a los que se invitó a contribuir en la revisión.

Se solicitó a dichos participantes que leyeran el proyecto de texto completo de la guía y que contribuyeran a su revisión antes de la publicación. La información aportada por todos ellos se remitió a través de un cuestionario en línea. Las preguntas planteadas para recomendación fueron las siguientes:

- ¿Resulta clara esta recomendación?
- ¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?
- ¿La discusión de la evidencia en el área es exhaustiva y respalda esta recomendación?

La encuesta también incluía un espacio para que los participantes pudieran incluir comentarios e información relativa a cada apartado de la guía.

El equipo de desarrollo recopiló toda la información recibida por este medio y preparó un resumen de la misma. Por su parte, el panel de expertos revisó y consideró toda la información aportada y, en caso necesario, modificó el contenido y las recomendaciones de la guía antes de su publicación para recoger estas indicaciones.

Las partes interesadas participantes en este proceso han dado su consentimiento para que sus nombres y datos de contacto se incluyan en este documento.



Miembros del Equipo de Traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica
Responsable de la Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España.

Cintia Escandell García, DUE, PhD cand.

Coordinadora Técnica
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España.

Equipo de Traducción

Marta López González

Coordinadora de Traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense Madrid,
CES Felipe II.

María Nebreda Represa

Coordinadora de Traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad de Valladolid.

Paula García Manchón

Traductora Responsable de Proyecto
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense Madrid,
CES Felipe II.

Juan Diego López García

Traductor Responsable de Proyecto
Licenciado en Traducción e Interpretación
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y
Universidad de Granada

Colaboración Externa Traducción

Elena Morán López

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Jaime Bonet

Licenciado en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Francisco Paredes Maldonado

Licenciado en Lenguas Extranjeras Aplicadas y Traducción.
Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE

Facultad de Enfermería Universidad de Córdoba

Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears

Grupo de Revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii,
Instituto de Salud Carlos III, España

Pablo Uriel Latorre, DUE

Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD

Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Lleida. Lleida.

Isabel Margalet

Enfermera Interna Residente en el Centro de Salud Guadalajara Sur
Guadalajara España

Ana Craviotto Vallejo, DUE

Hospital Universitario Doce de Octubre
Madrid, España.

Raquel Sánchez, DUE

Hospital Universitario de Getafe
Madrid, España.

Iosune Salinas

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España.

Laura Bonillo Sánchez

Enfermera, especialista en enfermería comunitaria
Centro de Salud José María Llanos
Madrid, España

Antecedentes

Relación entre Delirio, Demencia y Depresión

El delirio, la demencia y la depresión en el contexto de las personas mayores suele tratarse e investigarse con independencia unos de otros. Sin embargo, estos tres trastornos están con frecuencia relacionados en algunos aspectos destacables y es fundamental que los profesionales de la salud sean conscientes de dichas relaciones, especialmente cuando prestan cuidados a personas mayores.

Síntomas Cohesistentes y Solapados

Estos tres trastornos pueden coexistir (Regan & Varanelli, 2013); por ejemplo, una persona que sufre delirio puede presentar también demencia o depresión subyacentes; también es posible que una persona con demencia sufra depresión, con un componente de delirio subyacente. La depresión es frecuentemente un síntoma neuropsiquiátrico^G de la demencia (Brodsky & Arasaratnam, 2012; Enmarker, Olsen, & Hellzen, 2011; Ueda, Suzukamo, Sato, & Izumi, 2013). Además de su posible coexistencia, los tres trastornos comparten rasgos comunes, con síntomas coincidentes, lo que supone todo un reto a la hora de dar un diagnóstico correcto [Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias (Development Group), 2010; RNAO, 2010b]. Por ejemplo, debido a su semejanza pueden darse las siguientes confusiones:

- el delirio hipoactivo puede tomarse por depresión;
- el delirio hiperactivo puede confundirse con un trastorno de conducta en la demencia;
- la demencia puede identificarse como depresión;
- la depresión puede ser confundida con la demencia.

Para consultar una comparación de los rasgos clínicos del delirio, la demencia y la depresión, véase el **Anexo D**.

Factores de Riesgo y Exacerbación de Trastornos Preexistentes

Sufrir delirio, demencia o depresión puede aumentar el riesgo de desarrollar uno de los otros trastornos, y también puede exacerbar problemas ya existentes o ser consecuencia de uno de los otros trastornos. Por ejemplo, existen estudios que han concluido lo siguiente:

- las personas con deterioro cognitivo y depresión corren mayor riesgo de desarrollar problemas de delirio (Flaherty, Gonzales, & Dong, 2011; Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014; Khan et al., 2012).
- El delirio, por su parte, puede incrementar el riesgo de desarrollar demencia (Hshieh et al., 2015; Khan et al., 2012; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2010) o puede incluso empeorar la progresión de la demencia (Clegg, Siddiqi, Heaven, Young, & Holt, 2014).
- Las personas a quienes se ha diagnosticado demencia tienen mayor prevalencia de síntomas depresivos (American Medical Directors Association [AMDA], 2011; Orgeta, Qazi, Spector, & Orrell, 2014; Potter, Ellard, Rees, & Thorogood, 2011).
- Atravesar un episodio de depresión mayor puede aumentar el riesgo de sufrir posteriormente enfermedad de Alzheimer (Trangle et al., 2016).
- La depresión interactúa con el deterioro cognitivo y puede exacerbarlo (Kiosses, Leon, & Arean, 2011).
- La depresión puede coadyuvar a los síntomas conductuales (como la agresividad) en las personas con demencia (Enmarker et al., 2011).

Delirio

El delirio es un síndrome neuropsiquiátrico complejo marcado por una aparición aguda, una evolución fluctuante, un nivel de conciencia alterado, falta de atención y pensamiento desorganizado (Inouye, 2006, como se recoge en Marcantonio, 2011; Martínez, Tobar, & Hill, 2015). Se describe como un trastorno agudo que suele durar de uno a siete días (Flaherty et al., 2011), aunque puede prolongarse durante más días o incluso semanas (AMDA, 2008). Se puede pensar que el delirio es un fallo agudo del cerebro; lo que de hecho puede indicar es que el cerebro de la persona es vulnerable y que su capacidad disminuye (Inouye et al., 2014). El delirio puede señalar una urgencia médica; entre sus posibles consecuencias, puede llegar a causar efectos neurológicos permanentes (Inouye et al., 2014), acarrear el desarrollo o el empeoramiento de la demencia (Clegg et al., 2014; Khan et al., 2012; NICE, 2010), propiciar el ingreso del paciente en un centro de cuidados de larga duración (Brooks, 2012; Khan et al., 2012; NICE, 2010), así como caídas, declive funcional (Hsieh et al., 2015) y mayor riesgo de muerte (Brooks, 2012; Khan et al., 2012; NICE, 2010).

No es raro que las personas mayores sufran delirio. Los datos apuntan a que puede afectar hasta al 50% de personas mayores hospitalizadas (Inouye et al., 2014), con mayor incidencia entre los que se encuentran en cuidados intensivos, entre quienes sufren rotura de cadera, y entre quienes se someten a intervenciones quirúrgicas, como las de tipo cardíaco (Holroyd-Leduc, Khandwala, & Sink, 2010; Martínez et al., 2015). Su aparición es frecuente en centros de cuidados de larga duración (AMDA, 2008) y con frecuencia deriva en un ingreso hospitalario (Clegg et al., 2014). En entornos de asistencia domiciliaria, la incidencia del delirio es incierta; sin embargo, se ve con frecuencia en personas que reciben cuidados paliativos. Para obtener información detallada sobre el delirio en los momentos finales de la vida, véase la guía sobre valoración y tratamiento del delirio en personas mayores al final de la vida, de la Canadian Coalition for Seniors Mental Health's (CCSMH) (2010), *Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults at the End of Life*.

La causa del delirio es multifactorial. Se desarrolla como resultado de una combinación de factores predisponentes (como edad avanzada, fragilidad, deterioro cognitivo) que crean vulnerabilidad, y de diversos factores desencadenantes (enfermedad, cirugías, inmovilidad, entornos ruidosos, etc.) (Clegg et al., 2014; Holroyd-Leduc et al., 2010; Inouye et al., 2014). Una persona mayor con numerosas morbilidades y demencia corre un alto riesgo de desarrollar delirio. En este caso, incluso pequeños cambios en el entorno o la situación médica de la persona pueden desencadenar la aparición del delirio, en tanto que un adulto saludable puede desarrollarlo únicamente tras verse expuesto a numerosos factores de riesgo desencadenantes (Marcantonio, 2011).

Existen tres principales tipos de delirio:

1. **Delirio hiperactivo** caracterizado por exaltación, excitabilidad, agitación, ideas delirantes y/o comportamiento agresivo.
2. **Delirio hipoactivo** caracterizado por somnolencia, síntomas de inactividad y/o falta de interés.
3. **Delirio mixto** caracterizado por la alternancia de los estados hiperactivo e hipoactivo (NICE, 2010).

De acuerdo con Khurana, Gambhir, & Kishore (2011), el delirio hipoactivo es el tipo de delirio más común en personas mayores, pues llega al 65% de los casos, aproximadamente. No obstante, a pesar de su prevalencia, con frecuencia pasa inadvertido y puede confundirse con demencia o depresión (AMDA, 2008; NICE, 2010).

Además de estos tres principales tipos de delirio, la literatura describe el delirio subsíndrome, en el que la persona presenta algunos pero no todos los rasgos de delirio (Marcantonio, 2011), y el delirio persistente, que describe el delirio que se prolonga hasta el alta e incluso más allá (Cole, Ciampi, Belzile, & Zhong, 2009). El delirio persistente se ha asociado con deficientes resultados en salud, como aumentos significativos del deterioro cognitivo, alteraciones funcionales, estancias hospitalarias prolongadas, institucionalización y muerte (Cole et al., 2009).

En muchos casos se puede prevenir el delirio. Las intervenciones multifactoriales para su prevención pueden reducir las tasas de incidencia en aproximadamente un 30 por ciento (Martínez et al., 2015), y se ha observado que los programas de prevención mejoran la identificación y el tratamiento del delirio (Hsieh et al., 2015; Inouye et al., 2014; Marcantonio, 2011) (véase **Recomendación 15.3**).

Demencia

La organización Alzheimer Society of Ontario (2012, p. 3) define la demencia como "un trastorno cerebral caracterizado por un deterioro de la capacidad cognitiva que puede afectar al aprendizaje y la memoria, el estado de ánimo y la conducta, así como a la capacidad de realizar actividades cotidianas y funciones de mayor nivel como el manejo de otras enfermedades crónicas." La demencia se desarrolla de forma gradual y es progresiva, pero su manifestación y curso pueden variar considerablemente, en función de la enfermedad (Development Group, 2010).

La "demencia" puede considerarse un término "paraguas" que abarca diversas enfermedades que originan cambios irreversibles en el cerebro, tales como: enfermedad de Alzheimer (asociada a ovillos y las placas proteicas), demencia vascular (asociada al infarto), demencias mixtas (cualquier combinación de demencias, más frecuentemente de Alzheimer y vascular), demencia de cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, y demencias asociadas a la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, a la enfermedad de Parkinson y a la enfermedad de Huntington (Alzheimer Society of Canada, 2015b). En el *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), estas enfermedades se clasifican como trastornos neurocognitivos mayores y tienen criterios diagnósticos específicos. Para consultar un resumen de los principales tipos de demencia, véase el **Anexo E**.

Los factores de riesgo dependen del tipo de demencia y pueden referirse, por ejemplo, a edades avanzadas (más de 65 años), factores de riesgo vascular (p. ej., hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes), antecedentes familiares en parientes de primer grado y depresión (Development Group, 2010).

En 2011, la Alzheimer Society of Canada refirió que 747.000 personas mayores del país (casi el 15 por ciento) sufrían demencia; se estima que para 2031 esta cifra llegará a 1,4 millones (Alzheimer Society of Canada, 2015a). La Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO, por sus siglas en inglés) refiere que la prevalencia de la demencia aumenta con la edad y que parece duplicarse cada cinco años a partir de los 65 años de edad (WHO, 2012). Esto es motivo de gran preocupación, dado que se espera que el número de ciudadanos de Ontario de 65 años o más se duplique en los próximos 20 años, y la mayoría de estas personas mayores tendrán al menos un trastorno o enfermedad crónica (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012), parte de las cuales se asociarán con algún tipo de demencia (Development Group, 2010).

Si bien la demencia puede tener un efecto devastador en la vida de quienes conviven con la enfermedad, las personas afectadas por ella pueden ser miembros activos de la sociedad, especialmente durante sus primeras etapas^G o fases. A medida que la demencia progresa, los profesionales sanitarios pueden colaborar con la familia para proteger la calidad de vida y la dignidad de la persona.

Se estima que los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia^G (SCPD) se producen en alrededor del 80 por ciento de quienes la padecen, especialmente entre quienes viven estados moderados y avanzados de la enfermedad (Development Group, 2010; Spector, Orrell, & Goyder, 2013). El término "síntomas conductuales y psicológicos de demencia" (SCPD) se usa para describir el modo en que la persona expresa sus necesidades y muestra signos de demencia, como cambios de estado de ánimo, ideas delirantes, apatía, agitación, comportamiento errante, gritos, preguntas repetitivas y desinhibición sexual^G (Moniz Cook et al., 2012). Es importante señalar que estos síntomas han sido descritos de diversas formas (véase el **Anexo A**). Además, el discurso y los fundamentos filosóficos en torno a la terminología y el planteamiento de los cuidados están evolucionando. Independientemente de los términos que se empleen, es fundamental que los profesionales sanitarios sepan manejar y dar respuesta a estos síntomas de forma efectiva (véanse las **Recomendaciones 6.3 y 7.1** y el **Anexo A** para más información).

Cuando se asiste a personas con demencia también es importante ofrecer apoyo y educar a la familia y los cuidadores^G. Los miembros de la familia suelen ser una parte clave de los cuidados, y aunque la atención de la familia a la persona afectada puede ser gratificante, también puede afectar a la salud física y emocional de los cuidadores; en algunos casos, puede llegar a asociarse a situaciones de abuso y abandono de la persona mayores (para más información, véase la guía de la RNAO [2014a] *Addressing and Preventing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches*). La OMS (WHO, 2012) indica que entre la mitad y las tres cuartas partes de todos los cuidadores de personas con demencia experimentan síntomas de depresión o ansiedad. El apoyo y la educación a los cuidadores no solo influye en la calidad de los cuidados y la calidad de vida de estas personas, sino que estas estrategias también puede aliviar los resultados psicosociales de los propios cuidadores (ansiedad, estrés, depresión, etc.) (Corbett et al., 2012). (Véanse las **Recomendaciones 1.1 y 8.5**).

Depresión

La Asociación Americana de Directores Médicos (American Medical Directors Association, 2011, p. i) ha definido la depresión como "un espectro de trastornos del estado de ánimo caracterizado por una perturbación prolongada de la regulación emocional, cognitiva, conductual y/o somática que se asocia tanto a alteraciones funcionales significativas para la vida diaria como a la frecuente pérdida de la capacidad para experimentar placer y satisfacción (anhedonia)". La depresión puede ser crónica, persistente o recurrente (Krishna et al., 2011), o producirse como reacción a sucesos comunes en la vida de las personas mayores, como el desarrollo de una enfermedad, el declive cognitivo, la pérdida de un ser querido o el ingreso en un hospital o en un centro de larga estancia (O'Connor, Whitlock, Gaynes, & Beil, 2009). En el citado DSM-5 se señalan los criterios diagnósticos para los distintos tipos de trastornos depresivos (APA, 2013).

Aunque la depresión es frecuente entre las personas mayores, no se debe considerar como una parte normal del envejecimiento (Trangle et al., 2016). Se estima que la depresión afecta a aproximadamente el 35% de las personas residentes en centros de cuidados de larga duración (AMDA, 2011), y al 15% de las personas mayores que viven en el seno de la comunidad (Canadian Psychological Association, 2015; Dreizler, Koppitz, Probst, & Mahrer-Imhof, 2014).

La depresión puede ser inhabilitante y tiene un tremendo impacto en la calidad de vida del individuo y en sus relaciones familiares (Kiosses et al., 2011; Krishna et al., 2011). Puede complicar las comorbilidades y el manejo de enfermedades crónicas (Chang-Quan et al., 2009; Samad, Brealey, & Gilbody, 2011). En casos extremos, la depresión puede desembocar en suicidio (O'Connor et al., 2009; Samad et al., 2011), especialmente entre los hombres de más de 85 años (Butler-Jones, 2010).

Es posible acceder a tratamientos efectivos y la recuperación es más plausible cuando se identifica que existe este problema, se maneja efectivamente y la persona recibe el apoyo adecuado. Lamentablemente, la depresión se asocia al estigma y la discriminación (NICE, 2009) y es frecuente que los profesionales sanitarios no lleguen a detectarla (O'Connor et al., 2009). Por todo ello, es importante que los profesionales sanitarios cuenten con las capacidades, los conocimientos, las actitudes y las destrezas necesarios para evaluar de forma efectiva a las personas mayores con depresión y ofrecerles la atención oportuna.

Principios Rectores y Postulados

Los siguientes principios generales sirven de base para las recomendaciones de la presente guía:

- Cada persona mayor es un ser humano netamente único que acumula sus propias experiencias vitales y cuenta con sus propias fortalezas, preferencias, prácticas culturales, valores y creencias.
- Todas y cada una de las personas mayores tienen derecho al mismo acceso a cuidados de calidad, basados en la mejor evidencia disponible y proporcionados por profesionales de la salud expertos, sensibles y bien capacitados.

- Las personas mayores que sufren delirio, demencia y/o depresión merecen un trato digno por parte de los profesionales sanitarios, y formar parte de interacciones humanizadas.
- La actitud, el comportamiento y el estilo de comunicación de estos profesionales en su interacción con la persona son muy poderosos, al igual que el lenguaje que empleen para describir los síntomas o los comportamientos relacionados con el delirio, la demencia y/o la depresión; por ello, la formación continuada y la práctica reflexiva^G en estos temas es muy importante.
- La atención centrada en la persona y la familia^G resulta fundamental en el cuidado de personas mayores que sufran cualquiera de estos tres trastornos.
- Para las personas mayores, sobre todo aquellas que presentan enfermedades de larga duración, resulta beneficioso adoptar una perspectiva enfocada en la recuperación^G y un planteamiento de los cuidados que promueva el bienestar, la reducción de los síntomas y/o la adaptación de los comportamientos.
- La mejor forma de optimizar la calidad de vida de estas personas es en función de los valores personales de cada individuo. La calidad de vida es subjetiva y depende de lo que exprese cada persona, que es quien determina lo que significa para él o ella.

Los siguientes supuestos o postulados se recogen tras las recomendaciones de esta guía y su aplicación en la práctica:

- "Familia" es toda aquella persona a quien el paciente considere como tal. Los miembros de la familia suelen ser figuras centrales en la vida de las personas mayores y pueden actuar como aliados en su cuidado.
- Los profesionales sanitarios valoran el papel de la familia y tratan de conseguir su implicación, si bien reconocen que hay personas que no tienen familia o que no desean o necesitan que esta participe en su cuidado; también es posible que los propios familiares no estén dispuestos o no puedan prestar su ayuda.
- Los sanitarios comunican valoraciones, planes de cuidado, intervenciones y evaluaciones de los cuidados a los demás miembros del equipo interprofesional, a las familias y los cuidadores y otros entornos o contextos asistenciales (cuando corresponda) mediante informaciones verbales y procesos documentados formalmente.
- Estos profesionales trabajan dentro de su ámbito de práctica y de conocimiento y se ciñen a los correspondientes principios éticos y legales.

Diagramas de Flujo

Los siguientes diagramas de flujo resumen los pasos, el contexto y las consideraciones que se deben tener en cuenta para la valoración y el cuidado de personas con delirio, demencia y/o depresión.



Diagrama de Flujo Sobre el Delirio, la Demencia y la Depresión

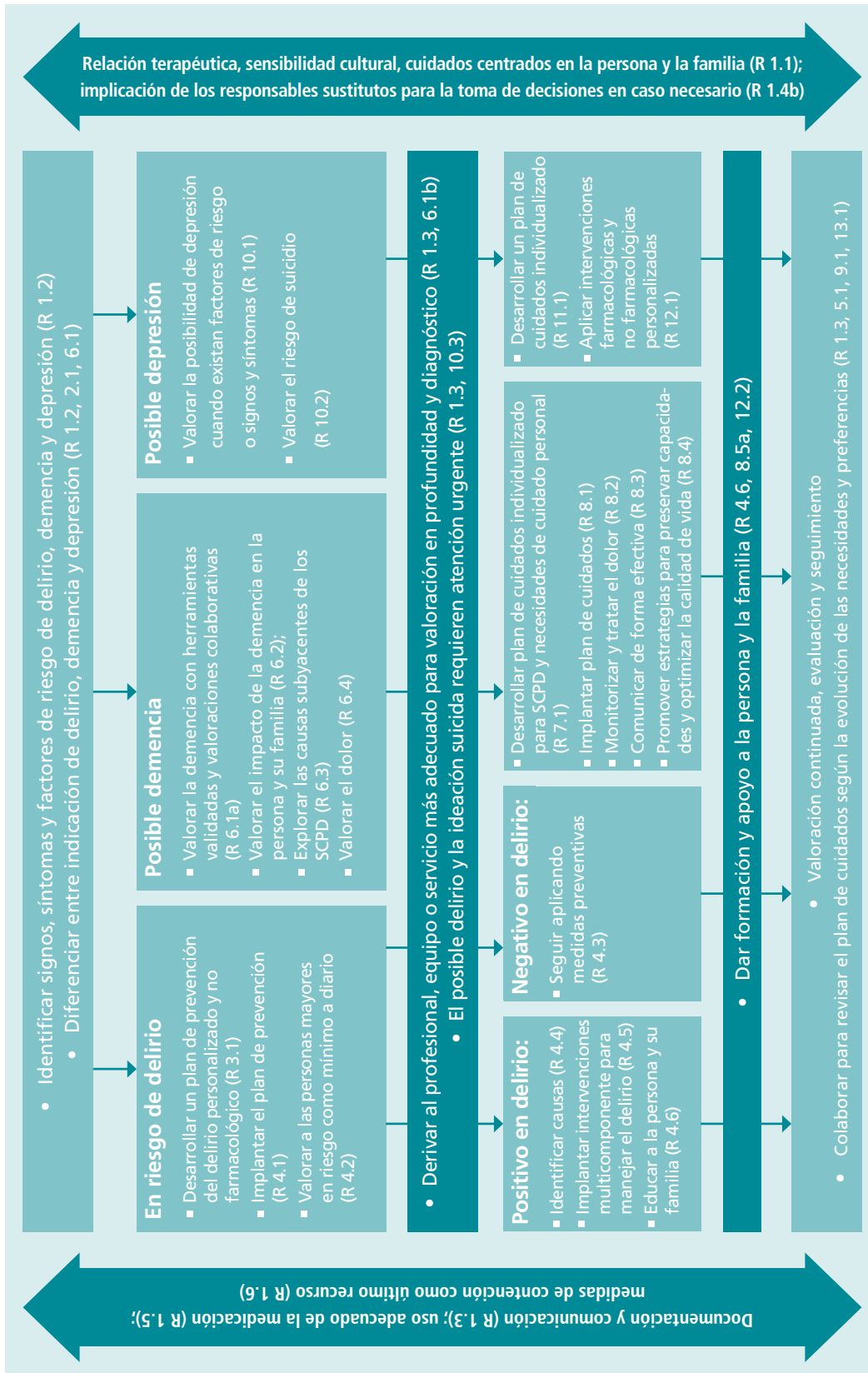


Diagrama de Flujo Sobre el Delirio

ANTECEDENTES

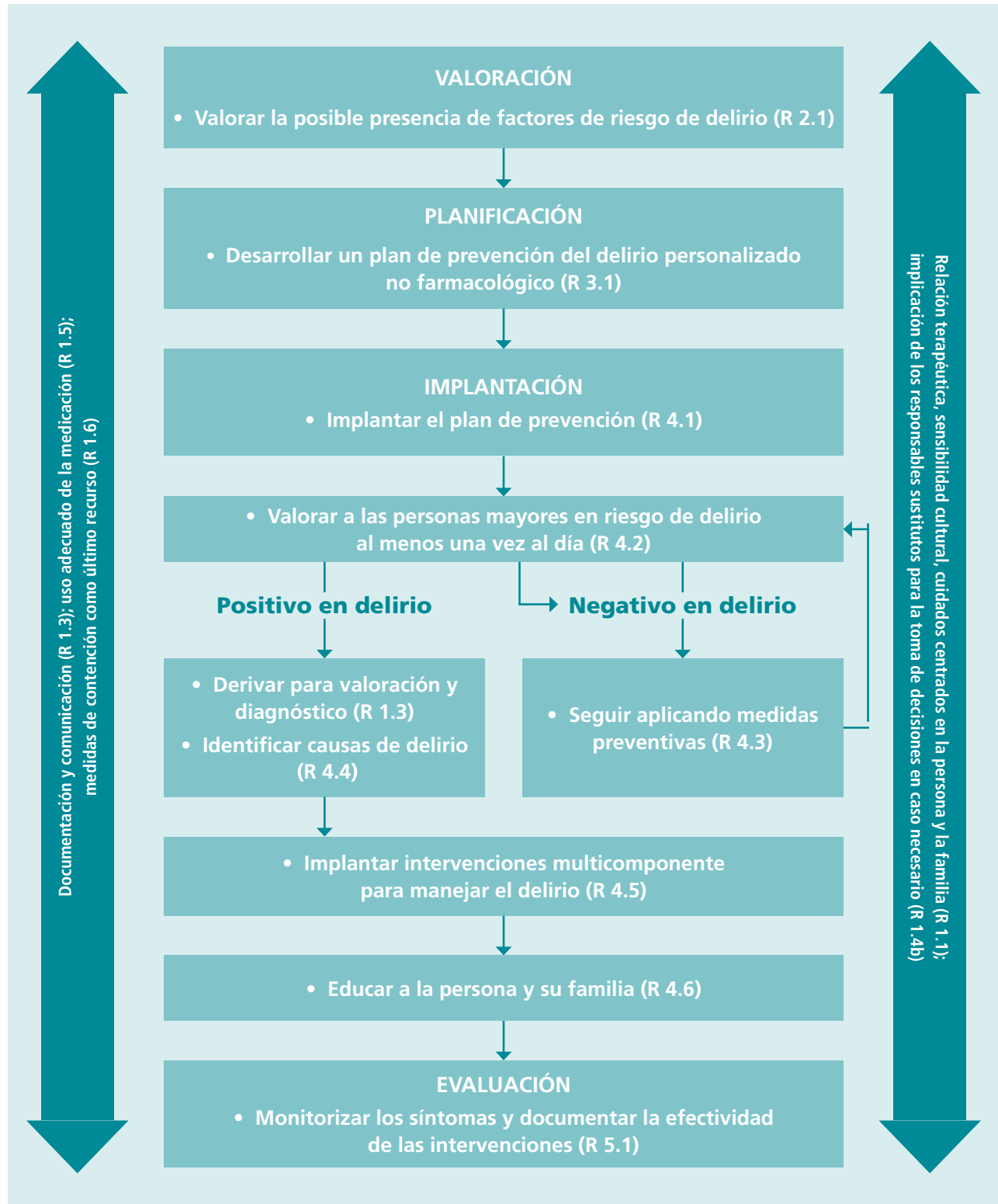


Diagrama de Flujo Sobre la Demencia

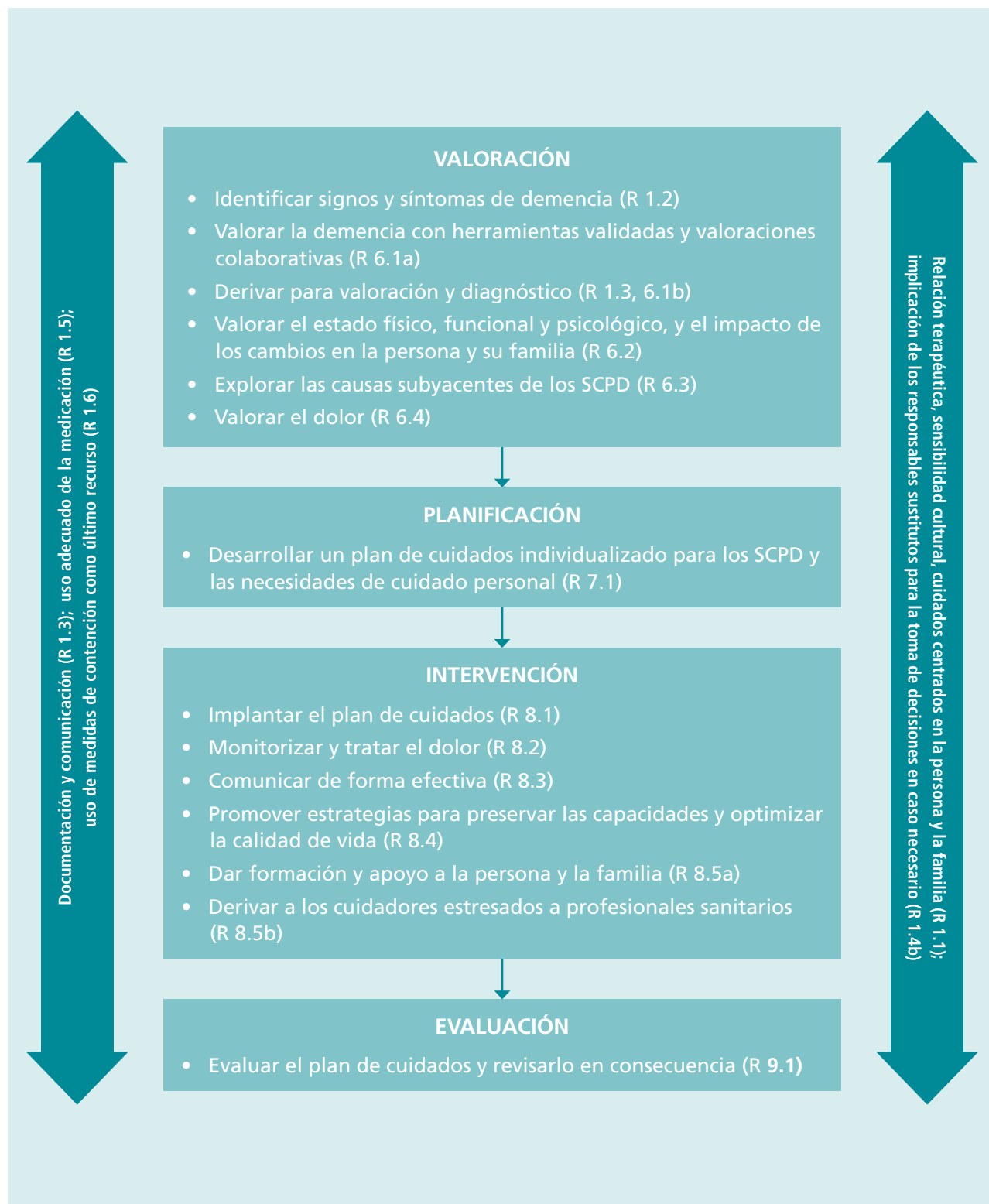
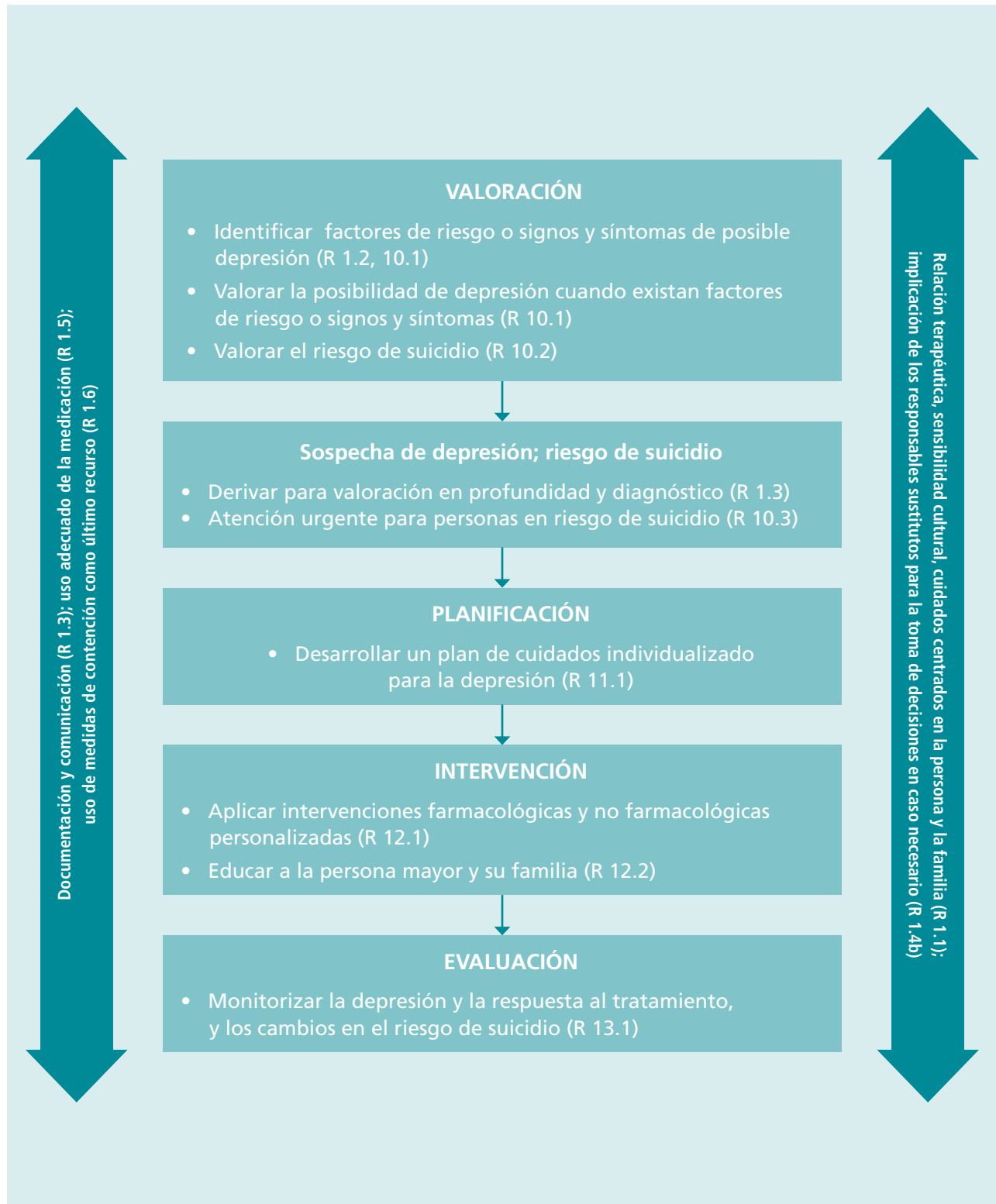


Diagrama de Flujo Sobre la Depresión



Recomendaciones Para la Práctica

RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL DELIRIO, LA DEMENCIA Y LA DEPRESIÓN

1.0 RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIÓN 1.1:

Establecer relaciones terapéuticas y ofrecer unos cuidados culturalmente sensibles y centrados en la persona y la familia cuando se ofrece atención y formación a personas con delirio, demencia y depresión y a sus familiares y cuidadores.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia

El panel de expertos destaca que los profesionales sanitarios deben demostrar un comportamiento y unas destrezas que favorezcan el cuidado de las personas que sufren delirio, demencia y depresión y de sus familias. Ello supone, entre otras cosas, crear y mantener una relación terapéutica^G y demostrar sensibilidad cultural^G, así como actitudes y comportamiento centrados en la persona y en su familia^G. El panel de expertos señala que estas capacidades son fundamentales no solo para ofrecer una atención de calidad, sino también por el carácter delicado de estos trastornos y el posible estigma que se puede asociar a su diagnóstico (especialmente en el caso de la demencia y la depresión). Nota: algunos profesionales pueden hacer referencia a un concepto similar y complementario, la práctica relacional^G (p.ej., escucha, empatía, reflexión), para describir algunos de estos comportamientos y destrezas.

El Colegio de Enfermeras de Ontario (College of Nurses of Ontario) (CNO) (2013) y la RNAO (2006) subrayan la importancia de la relación terapéutica como una destreza de base en las enfermeras. Las relaciones terapéuticas suponen, entre otras cosas, establecer lazos de confianza y entendimiento y emplear habilidades comunicativas efectivas (CNO, 2013). Precisa, por parte de la enfermera y otros profesionales sanitarios, empatía, y conciencia y conocimiento de sí mismo (RNAO, 2006a).

La evidencia de distintas revisiones sistemáticas y guías clínicas sobre este tema sugiere que la atención centrada en la persona y la familia debe ser el componente central de los cuidados que se ofrecen a personas con delirio, demencia y depresión (Cabrera et al., 2015; Enmarker et al., 2011; Konno, Stern, & Gibb, 2013; Lawrence, Fossey, Ballard, Moniz-Cook, & Murray, 2012; Livingston et al., 2014; NICE, 2009, 2010; Spenceley, Sedgwick, & Keenan, 2015). Los comportamientos y destrezas en la atención centrada en la persona y la familia implican un conocimiento holístico de la persona, con respeto a su autonomía y su capacidad de tomar decisiones, y requiere el ejercicio del poder compartido y la comunicación verbal y no verbal de una forma respetuosa y atenta (RNAO, 2015b).

También es importante adoptar este tipo de planteamiento centrado en la persona y la familia cuando se ofrece educación a estos pacientes y a sus familias o cuidadores. Dicha educación debe facilitarse de forma comprensible y culturalmente adecuada para fomentar el diálogo y adaptarse a las necesidades y las capacidades de la persona mayor y su familia (American Geriatrics Society [AGS], 2014; CCSMH, 2010; Elvish, Lever, Johnstone, Cawley, & Keady, 2013; NICE, 2010; Topo, 2009). En algunos casos, puede ser necesaria la intervención de intérpretes o mediadores culturales para facilitar el aprendizaje. Además, se pueden ofrecer medios complementarios para el aprendizaje, como folletos, vídeos y enlaces a sitios de interés en Internet (Development Group, 2010).

Para consultar más información sobre el respaldo a esta recomendación, véanse los siguientes recursos en inglés:

■ **CNO:**

□ **Atención culturalmente sensible**

http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf

□ **Relación terapéutica entre enfermera y paciente**

http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf

■ **RNAO:**

□ **Aceptación de diversidad: el desarrollo de la competencia cultural**

<http://RNAO.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence>, y en español: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Aceptacion_de_la_diversidad.pdf

□ **Establecimiento de la relación terapéutica**

<http://RNAO.ca/bpg/guidelines/establishing-therapeutic-relationships>, y en español: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_RTerapeutica_spp_022014_-_with_supplement.pdf

□ **Cuidados centrados en la persona y la familia**

<http://RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>, y en español: <http://rnao.ca/bpg/language/cuidados-centrados-en-la-persona-y-familia>

RECOMENDACIÓN 1.2:

Identificar y diferenciar los signos y síntomas del delirio, la demencia y la depresión durante las distintas valoraciones, observaciones e interacciones con las personas mayores, con especial atención a las preocupaciones que expresen ellos o sus familiares y cuidadores o los miembros del equipo interprofesional sobre los posibles cambios.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios estén atentos a cualquier posible síntoma de delirio, demencia y depresión, de forma que estos trastornos se identifiquen y traten lo antes posible. Dicha detección es muy importante, dada la prevalencia de estos problemas entre las personas mayores (véase la discusión recogida en Contexto previo) y el hecho de que a menudo se pasan por alto o se malinterpretan los síntomas (NICE, 2009). Es más, la identificación precoz puede hacer que las valoraciones, el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado se faciliten de forma oportuna y estructurada (AMDA, 2012; U.S. Preventative Services Task Force, 2014).

Los profesionales de la salud pueden identificar u observar signos y síntomas de delirio, demencia y/o depresión durante las valoraciones, la observación continuada y las conversaciones y encuentros que mantengan con la persona mayor. Los miembros de la familia suelen conocer cuál es el estado de facultades cognitivas basales o de referencia del paciente, así como su estado de ánimo, capacidad funcional y comportamiento, y son quienes pueden manifestar preocupación por los cambios que se produzcan (Inouye et al., 2014). Dichos cambios, percibidos por la familia o por la propia persona mayor, exigen un detenido examen y un posterior seguimiento. Los familiares también pueden estar en situación de corroborar

las valoraciones (NICE, 2009), especialmente si surgen dudas sobre la capacidad o la falta de percepción de la persona mayor.

Los profesionales sanitarios, por su parte, deben ser capaces de diferenciar demencia de delirio y depresión entre los distintos signos y síntomas que se puedan presentar, ya que estos trastornos pueden coexistir y tener rasgos clínicos solapados (Regan & Varanelli, 2013). Se puede usar el **Anexo D**, que se centra en los rasgos clínicos de cada uno de ellos, para ayudar a distinguir indicadores únicos. También debe señalarse que la presencia de otras comorbilidades puede suponer una dificultad añadida a la valoración y el diagnóstico (Development Group, 2010). Por ejemplo, la depresión en las personas mayores se ve complicada o queda encubierta por determinadas comorbilidades, como el hipotiroidismo, tal y como ha demostrado una revisión sistemática que se ha considerado de calidad metodológica moderada (Chang-Quan et al., 2009). (Para más información sobre la calificación de la calidad metodológica, véase el **Anexo C**.)

RECOMENDACIÓN 1.3:

Derivar a las personas mayores con posible delirio, demencia y/o depresión a los profesionales o unidades/equipos sanitarios más pertinentes para su valoración, diagnóstico y/o seguimiento.

Nivel de Evidencia = la

Discusión de la Evidencia:

Siempre que se sospeche de la posible existencia de delirio, demencia o depresión, los profesionales sanitarios deben derivar a la persona al experto clínico, equipo o unidad más adecuados en su área para que realicen una valoración y un diagnóstico exhaustivos, tal y como se aconseja en una revisión de la literatura de calidad moderada y en una guía clínica (Inouye et al., 2014; NICE, 2010).

El proceso diagnóstico puede requerir valoraciones cognitivas adicionales para eliminar el diagnóstico diferencial (es decir, diagnósticos alternativos) (Inouye et al., 2014). En algunos casos, puede que sea preciso manejar o tratar las comorbilidades antes de poder dar un diagnóstico preciso. También es posible que sea necesario realizar evaluaciones clínicas y pruebas diagnósticas para sustentar un diagnóstico (véase el estudio de Inouye et al., 2014 para obtener ejemplos de pruebas comunes para la valoración de casos de delirio). En función de la situación, se puede derivar a la persona a atención primaria^G, servicios geriátricos especializados, servicios geriátricos psiquiátricos especializados, neurólogos u otros miembros del equipo interprofesional (RNAO, 2010b).

Los profesionales sanitarios deben tener siempre presentes las siguientes recomendaciones, que se sustentan en guías clínicas y la opinión del panel de expertos, cuando refieran o comuniquen sus conclusiones a otros miembros del equipo sanitario (la lista no es exhaustiva):

- Si se sospecha de posible delirio o riesgo de suicidio, los sanitarios **deben intervenir inmediatamente** para derivar al individuo al servicio adecuado (véase la **Recomendación 10.3**).
- Cuando sea difícil distinguir entre un diagnóstico de delirio, demencia o delirio manifestado sobre demencia, se deberá tratar primero el delirio.
- El delirio hipoactivo puede confundirse con depresión y exige una cuidadosa valoración.
- Es frecuente que la depresión deba tratarse antes de poder dar un diagnóstico de demencia (AMDA, 2008; Development Group, 2010; NICE, 2010).

RECOMENDACIÓN 1.4a:

Evaluar la capacidad que tiene el individuo de entender y apreciar la información relevante para tomar una decisión y, si surgen dudas sobre la capacidad mental de la persona, colaborar con otros miembros del equipo de atención sanitaria según sea necesario.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

La capacidad mental^G de una persona o su habilidad para entender la información que es de interés para la toma de decisiones y de comprender las consecuencias de una decisión o de la falta de decisión (Health Care Consent Act, 1996), pueden verse comprometidas si dicho individuo sufre delirio, demencia o depresión. En sus interacciones y conversaciones cotidianas, los profesionales sanitarios pueden aplicar el juicio clínico para evaluar si la persona puede o no comprender y apreciar la información y tomar decisiones. Sin embargo, llegar a tales conclusiones puede ser complicado. El panel de expertos señala lo siguiente:

- La capacidad de una persona de entender y apreciar la información puede variar; por ejemplo, puede fluctuar a lo largo del día o en el curso de una enfermedad (p. ej., delirio agudo, síndrome vespertino^G). Por tanto, tal vez sea necesario que las valoraciones en este sentido deban hacerse de forma continuada.
- La persona puede ser capaz de tomar decisiones en algunos aspectos, pero no en otros.
- Un diagnóstico de demencia no significa automáticamente que la persona carezca de capacidad mental.

En caso de que surjan dudas sobre la capacidad mental de una persona, los profesionales deben colaborar con otros miembros del equipo de atención sanitaria para definir qué medidas tomar.

En algunos casos, se realizará una valoración formal de la capacidad para determinar la capacidad mental legal de la persona; en estos casos, si es necesario, se designará a un representante^G que sustituirá a la persona en la toma de decisiones. Por ejemplo, en Ontario es posible predeterminar un poder notarial, ya sea para el cuidado de personas o de propiedades. Véase la [Recomendación 1.4b](#) y el [Anexo J](#) sobre Recursos, para consultar más información y recursos.

RECOMENDACIÓN 1.4b:

Apoyar la capacidad de la persona para la toma de decisiones completa o en parte. Si la persona mayor no es capaz de tomar determinadas decisiones, buscar la implicación de su representante para la toma de decisiones para decidir sobre las medidas que se deban tomar, el consentimiento necesario y la planificación de los cuidados.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

De acuerdo con los principios de los cuidados centrados en la persona, el panel de expertos recomienda que las enfermeras y los demás profesionales encargados de la prestación de cuidados apoyen a la persona para participar en sus cuidados al máximo de sus capacidades, favorezcan el consentimiento informado^G y respeten las elecciones de cada individuo.

El panel de expertos también señala que es posible que muchas personas deseen ayuda para tomar decisiones de manera total o parcial, dependiendo de sus capacidades. Las enfermeras y los demás profesionales sanitarios pueden dialogar con la persona mayor para determinar el nivel de apoyo que desean recibir a la hora de tomar decisiones.

Cuando una persona no es capaz de tomar ciertas decisiones por sí misma, sería necesaria la participación de un representante sustituto para estos fines. Como ya se indicaba en la anterior guía de buenas prácticas de la RNAO (2010a), *Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión*, quienes prestan atención sanitaria deben identificar a la persona representante del paciente para este propósito y hacerla partícipe de la toma de decisiones, el consentimiento y la planificación de los cuidados.

Para obtener información más detallada sobre el consentimiento, la capacidad y la toma de decisiones por representación (p. ej., mediante poderes notariales) en Ontario, véase el [Anexo J](#). Para consultar información sobre planificación avanzada de los cuidados, véase la [Recomendación 8.4](#).

RECOMENDACIÓN 1.5:

Actuar con prudencia a la hora de prescribir y administrar medicación a las personas mayores (dentro del ámbito de práctica del profesional sanitario) y controlar con diligencia y documentar el uso y los efectos de la medicación, con especial atención a los medicamentos que presenten mayor riesgo en las personas mayores, y a la polifarmacia.

Nivel de Evidencia = la

Discusión de la Evidencia:

Es muy importante hacer un uso prudente de la medicación cuando se trata con personas mayores, dada la gravedad de los posibles efectos secundarios y el impacto que potencialmente pueden tener la medicación inadecuada y la polifarmacia^G respecto al delirio, la demencia y la depresión (Brooks, 2012; Clegg et al., 2014; Conn, Gibson, & McCabe, 2014; Holroyd-Leduc et al., 2010; Inouye et al., 2014; Khan et al., 2012; NICE, 2011; Trangle et al., 2016). Es especialmente importante actuar con cautela en el uso de psicotrópicos^G en entornos con alto índice de consumo —por ejemplo, hospitales o centros de cuidados de larga duración (Conn et al., 2014).

Los riesgos asociados al uso de medicación en personas mayores se señalan en diversas guías clínicas y revisiones de calidad de moderada a alta, tales como los siguientes:

- La medicación (p. ej., medicamentos psicoactivos e hipnóticos-sedantes) y la polifarmacia pueden contribuir a un mayor riesgo de delirio (Brooks, 2012; Holroyd-Leduc et al., 2010; Inouye et al., 2014; Khan et al., 2012); también pueden prolongar el delirio o causar una sedación excesiva (Inouye et al., 2014). El riesgo se incrementa cuando se administra medicación a personas mayores frágiles (Clegg et al., 2014)..
- Algunos medicamentos (p. ej., esteroides) pueden asociarse a depresión mayor (Trangle et al., 2016).
- En personas que sufren depresión con riesgo de suicidio, se deben tener en cuenta las potenciales interacciones farmacológicas y la posible toxicidad en caso de sobredosis de antidepresivos y/o medicamentos de otro tipo, y se debe limitar la cantidad de fármacos de que pueden disponer estos pacientes, según sea necesario (NICE, 2011).
- En general, la medicación antipsicótica^G puede aumentar el riesgo de efectos adversos—por ejemplo, accidentes cerebrovasculares y muerte (Conn et al., 2014) (véase la [Recomendación 7.1](#)).

A pesar de estos riesgos, las intervenciones farmacológicas en personas con delirio, demencia y depresión pueden ser pertinentes según el caso y constituyen una parte importante de los cuidados. A continuación se citan algunos usos y ventajas de las intervenciones farmacológicas recogidas en diversas guías clínicas y en una revisión sistemática de calidad moderada:

- Es importante usar analgésicos para el manejo del dolor, ya que el dolor puede contribuir al delirio (AGS, 2014; CCSMH, 2010; Conn et al., 2014; NICE, 2010) y puede precipitar los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (Pieper et al., 2013).
- El uso a corto plazo de antipsicóticos debe considerarse con precaución en determinados casos de delirio (véase la **Recomendación 4.5**).
- Los inhibidores de acetilcolinesterasa y otro tipo de medicamentos (como la memantina) pueden ser adecuados para el tratamiento o el manejo sintomáticos de algunas formas de demencia (Development Group, 2010).
- En determinadas circunstancias puede ser necesario el manejo farmacológico de síntomas conductuales y psicológicos de demencia para garantizar la seguridad (Development Group, 2010; U.S. Preventative Services Task Force, 2014).
- Un aspecto importante de los cuidados puede ser el tratamiento antidepresivo, especialmente en personas con depresión grave o persistente (Conn et al., 2014; NICE, 2009, 2012b) (véase la **Recomendación 12.1**).

El panel de expertos recomienda que los profesionales de la salud colaboren para reducir los potenciales daños asociados a la polifarmacia y al consumo de medicamentos potencialmente inadecuados, como los indicados en los criterios de Beers y los criterios STOPP/START. Para más información, véase el **Anexo F**: Recursos para un uso óptimo de la medicación en personas mayores.

Para fomentar la adecuada prescripción, administración, vigilancia y documentación de la medicación, el panel de expertos recomienda que las enfermeras y los demás profesionales sanitarios tengan en cuenta las pautas incluidas a continuación. El asterisco (*) señala los contenidos que ha facilitado el panel de expertos de la RNAO.

- Revisar con suma atención todos los medicamentos, incluidos aquellos que no necesitan receta y los que se administran “si precisa”, especialmente durante las transiciones en los cuidados (p. ej., en el alta hospitalaria o el ingreso en una residencia de larga estancia).*
- Tomar parte en la conciliación de la medicación siempre que sea posible. Puede ser necesaria la participación de un farmacéutico para ayudar en la revisión y la conciliación de los fármacos, especialmente en casos de polifarmacia.*
- Poner en marcha intervenciones no farmacológicas como primera línea de cuidados para el manejo del delirio, la demencia y las formas más leves de depresión (Conn et al., 2014; Inouye et al., 2014; Moniz Cook et al., 2012).
- Sopesar cuidadosamente los potenciales beneficios de una intervención farmacológica frente a los potenciales daños (Conn et al., 2014).
- Tener en cuenta el metabolismo del medicamento y cómo le afectan otros fármacos, problemas de salud y cambios fisiológicos (Trangle et al., 2016).
- Para ayudar a prevenir el delirio, se recomienda reducir el número o el tipo de medicamentos sedantes o analgésicos (Inouye et al., 2014).
- El manejo farmacológico de los síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD) debe aplicarse únicamente frente a síntomas graves (p. ej., considerable riesgo para la seguridad del paciente, agitación intensa, discapacidad o sufrimiento) (Conn et al., 2014; U.S. Preventative Services Task Force, 2014) y no se debe usar como medida de contención química para conductas como el comportamiento errante.*
- Comenzar con la intervención menos invasiva y más efectiva (NICE, 2009, 2012b); aplicar la dosis más reducida y más efectiva posible y optimizar el uso de un único fármaco.*

- Documentar los fundamentos de las intervenciones farmacológicas para el manejo del delirio o de los síntomas conductuales y psicológicos de demencia, controlar atentamente las posibles reacciones adversas y documentar los efectos de los medicamentos en los síntomas para los que van dirigidos.*
- Promover la reevaluación del paciente, los cambios en la medicación, el ajuste a mayores o menores dosis y la interrupción o la suspensión del tratamiento, según sea necesario, si la intervención farmacológica no resulta efectiva o si se identifican efectos adversos.*

Para respaldar la adopción de esta recomendación y obtener información más detallada para los médicos que prescriben medicación a personas mayores, véase el [Anexo F](#).

RECOMENDACIÓN 1.6:

Aplicar los principios que recomiendan el uso de medidas restrictivas como último recurso y su empleo en el menor grado posible de contención cuando se ofrezcan cuidados a personas mayores.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios utilicen medidas restrictivas como último recurso y el menor grado posible de contención cuando atiendan a personas mayores. Las medidas restrictivas^G o de contención pueden ser de tipo físico o químico, o encontrarse en el entorno en que vive el paciente para controlar su comportamiento o su actividad física (CNO, 2009b) (véase el [Anexo A](#) para más información). Esta recomendación sigue la misma línea que las recomendaciones ya recogidas en la antigua guía de la RNAO sobre delirio, demencia y depresión (RNAO, 2010a) y las buenas prácticas de la RNAO para minimizar el uso de las medidas de contención (RNAO, 2012a).

En determinados casos puede ser necesario utilizar medidas de contención física en las personas que sufren demencia (p. ej., riesgo de extubación); no obstante, las restricciones se asocian a un mayor riesgo de delirio (Brooks, 2012; Inouye et al., 2014) y deben evitarse siempre que sea posible. Véanse las [Recomendaciones 1.6](#) y [4.5](#) para consultar la discusión sobre intervenciones farmacológicas en personas con delirio.

También se recomienda que las medidas de restricción se usen como último recurso en las personas que sufren demencia. Una guía clínica señala que puede ser necesario usar estas medidas de contención en casos de agitación potencialmente perjudicial cuando otras medidas alternativas no resultan efectivas (Development Group, 2010).

Si se considera que son necesarias, se deberá aplicar la forma de contención menos restrictiva (CNO, 2009b). Además, el profesional sanitario deberá documentarlas adecuadamente (p. ej., justificación de la restricción), supervisar de forma activa y reevaluar su uso y educar y dar confianza a la persona y a la familia.

Los profesionales que prestan cuidados también deben conocer la legislación y la normativa aplicable en el ámbito de las medidas restrictivas en su centro y en su área de actividad profesional.

Se puede consultar la guía en inglés de la RNAO (2012a) sobre alternativas al uso de medidas de contención, *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones*, para obtener información más detallada y consultar recursos (p. ej., disminución de estas medidas, modelo ABC de conducta, etc.).

RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL DELIRIO

2.0 VALORACIÓN

RECOMENDACIÓN 2.1:

Valorar a las personas mayores para estimar los factores de riesgo de delirio, tanto en la primera visita como siempre que se produzca un cambio en el estado del paciente.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia:

Se debe identificar a las personas mayores que corren riesgo de sufrir delirio para que los profesionales de la salud puedan supervisarlos atentamente y poner en marcha intervenciones preventivas (Inouye et al., 2014). No solo es importante por las graves consecuencias que puede tener el delirio —como mayor riesgo de demencia o muerte (NICE, 2012a)—, también lo es porque el delirio suele pasar desapercibido para los profesionales sanitarios que les cuidan (Inouye et al., 2014; Khan et al., 2012; LaMantia, Messina, Hobgood, & Miller, 2014) y es potencialmente prevenible (Martinez et al., 2015).

El delirio constituye un fenómeno complejo. Rara vez tiene su origen en un solo factor de riesgo, sino en 1) una combinación de múltiples factores predisponentes que crean vulnerabilidad, y 2) diversos factores desencadenantes (Clegg et al., 2014; Holroyd-Leduc et al., 2010; Inouye et al., 2014). En el entorno hospitalario, la mayor incidencia de delirio se produce en la atención a pacientes agudos y en cuidados intensivos, así como en personas con fractura de cadera y en quienes se someten a cirugía cardíaca (Martinez et al., 2015). Las personas que viven en centros de atención de larga estancia y que sufren deterioro cognitivo de moderado a grave presentan un riesgo especialmente alto de sufrir delirio, que puede desencadenarse por algún hecho relativamente menor, como el cambio a una nueva medicación, una infección menor o un cambio en el entorno (Clegg et al., 2014).

Los profesionales sanitarios pueden emplear una lista de factores de riesgo de delirio para evaluar a los pacientes. En la literatura se han validado numerosos factores de riesgo. Entre ellos se encuentran diversos factores predisponentes, como la edad avanzada, el déficit cognitivo y la depresión, y también factores desencadenantes, como el uso de múltiples medicamentos, las enfermedades agudas y la asociación a valores sanguíneos anormales o el uso de medidas de contención física (Brooks, 2012; Inouye et al., 2014; Khan et al., 2012). El panel de expertos subraya lo importante que es prestar atención a los factores ambientales y asistenciales que suponen un riesgo—por ejemplo, inmovilidad, privación de sueño, uso de medicación de alto riesgo y dolor mal controlado (AGS, 2014; Brooks, 2012; CCSMH, 2010; Gage & Hogan, 2014; Inouye et al., 2014; NICE, 2010). Se puede consultar una lista de factores de riesgo frecuentes e intervenciones aconsejadas en el [Anexo G](#).

La guía del NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2010) sobre diagnóstico, prevención y manejo del delirio (denominada *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management*) recomienda que los profesionales sanitarios evalúen a las personas mayores para detectar posibles factores de riesgo de delirio en la primera visita al hospital o a una residencia de larga estancia, y que se mantengan alerta para vigilar la posible aparición de dichos factores de riesgo en lo sucesivo. Además, dadas las graves consecuencias del delirio, los profesionales sanitarios deben "pensar siempre en un escenario de delirio" (NICE, 2010), es decir, deben sospechar siempre y mantenerse en guardia con las personas en riesgo, y muy especialmente con los que sufren alto riesgo de delirio (p. ej., personas con edades avanzadas, fractura de cadera, déficit cognitivo, enfermedad grave y cirugía extensa) (AGS, 2014; NICE, 2010).

La literatura de la revisión sistemática no identificó ninguna recomendación sobre cómo evaluar el delirio fuera del entorno hospitalario o los centros de atención de larga duración. Sin embargo, el panel de expertos recomienda que los profesionales de entornos comunitarios, como los de asistencia domiciliar o atención primaria, también "piensen siempre en un escenario de delirio", e identifiquen y comuniquen los factores de riesgo de delirio a otros miembros del equipo de cuidados y a la propia persona mayor y sus familiares.

3.0 PLANIFICACIÓN

RECOMENDACIÓN 3.1:

Desarrollar un plan de prevención del delirio, personalizado y no farmacológico que combine diversos componentes, para las personas mayores en riesgo de desarrollar delirio, en colaboración con la propia persona, sus familiares/cuidadores y el equipo interprofesional.

Nivel de Evidencia = la

Discusión de la Evidencia:

Una exhaustiva revisión de la literatura, de calidad metodológica considerada moderada, halló que los profesionales sanitarios deben desarrollar un plan de prevención del delirio para las personas que corren riesgo de desarrollar dicho trastorno que esté adaptado a los factores de riesgo específicos de la persona (Inouye et al., 2014). Esta recomendación también cuenta con el respaldo de la guía del NICE antes citada (NICE, 2010) *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management*.

El panel de expertos recomienda centrar los esfuerzos orientados a la prevención en las personas que corren mayor riesgo de delirio. Si bien existen diversas formas de determinar el riesgo, los expertos del equipo en este tema sugieren el uso de la siguiente categoría de alto riesgo, establecida por Inouye et al. (1999): **adultos a partir de 70 años con uno o más factores de riesgo** (véase el [Anexo G](#)).

A la hora de desarrollar un plan de prevención para una persona en riesgo de delirio, el profesional sanitario debe identificar y documentar por qué la persona se encuentra en situación de riesgo (es decir, qué factores de riesgo presenta). Una vez identificados, es posible elaborar un plan de prevención específico, que puede incluir toda una variedad de medidas no farmacológicas, para abordar los factores de riesgo concretos del paciente (NICE, 2010; RNAO, 2010a). El plan de prevención debe desarrollarse de forma colaborativa, ya que muchas de las medidas que en él pueden incluirse afectan a los familiares y a distintos miembros del equipo interprofesional (CCSMH, 2010; Khan et al., 2012; NICE, 2010).

Para consultar una lista de intervenciones múltiples para la prevención del delirio en función de determinados factores de riesgo, véase el [Anexo G](#).

4.0 IMPLANTACIÓN

RECOMENDACIÓN 4.1:

Implantar el plan de prevención del delirio en colaboración con la persona, sus familiares y cuidadores y el equipo interprofesional.

Nivel de Evidencia = Ia

Discusión de la Evidencia:

Se recomienda aplicar intervenciones no farmacológicas y de múltiples componentes para la prevención del delirio entre las personas mayores en situación de riesgo (Holroyd-Leduc et al., 2010; Hshieh et al., 2015; Inouye et al., 2014; Khan et al., 2012; Martínez et al., 2015). Un metaanálisis considerado de calidad metodológica alta indica que las intervenciones de componentes múltiple para prevenir el delirio alcanzan una reducción relativa de incidencia de delirio del 30 por ciento (delirio desarrollado mientras la persona está hospitalizada); esta conclusión es aplicable en diversos entornos hospitalarios y en personas con deterioro cognitivo (Martínez et al., 2015). Además de prevenir el delirio, se ha observado que las intervenciones no farmacológicas de múltiples componentes previenen las caídas (Hshieh et al., 2015; Martínez et al., 2015), al ayudar potencialmente a reducir la duración de la estancia de los ingresados en cuidados agudos, y puede ayudar a reducir la institucionalización (Hshieh et al., 2015). Para consultar una lista de intervenciones de múltiples componentes para la prevención del delirio en función de determinados factores de riesgo, véase el [Anexo G](#).

También se recomienda aplicar intervenciones no farmacológicas, ya que no hay evidencia suficiente que respalde el uso de intervenciones farmacológicas para la prevención del delirio (Gage & Hogan, 2014; Holroyd-Leduc et al., 2010). Además, algunos medicamentos (p. ej., los fármacos psicoactivos y los hipnóticos-sedantes) y la polifarmacia contribuyen al riesgo de delirio (Brooks, 2012; Holroyd-Leduc et al., 2010; Inouye et al., 2014; Khan et al., 2012). Una parte importante de la prevención del delirio supone reducir la cantidad y el tipo de determinados medicamentos empleados como sedantes y analgésicos (p. ej., medicamentos anticolinérgicos) (Inouye et al., 2014).

Existen menos investigaciones relativas a la prevención del delirio en entornos de cuidados de larga duración (véase Lagunas en la investigación e implicaciones para el futuro). Una revisión Cochrane sobre la prevención del delirio en los cuidados de larga duración, considerada de calidad metodológica alta, halló pocos estudios sobre prevención, si bien un programa de evaluación de la medicación con uso de un software (intervención única) y liderado por un farmacéutico sí demostró ser efectivo (Clegg et al., 2014). En la revisión sistemática desarrollada para esta Guía no se han hallado estudios de intervención para la prevención del delirio en el ámbito domiciliario. A pesar de este vacío, el panel de expertos señala que muchas de las intervenciones preventivas (p. ej., el fomento de la movilización, las estrategias de orientación, el fomento de una óptima función intestinal, del sueño de calidad y el control del dolor) constituyen un estándar de cuidado en todos los entornos asistenciales.

La implantación de intervenciones de prevención del delirio constituye un esfuerzo colaborativo: exige la implicación de diversos miembros del equipo interprofesional y puede involucrar a familiares y cuidadores —por ejemplo, para que pasen tiempo con la persona y reducir así su soledad (AMDA, 2008; CCSMH, 2010; NICE, 2010). Se pueden consultar ejemplos de intervenciones preventivas en el [Anexo G](#). Para obtener más información sobre programas integrales de atención al delirio, véase la [Recomendación 15.3](#).

RECOMENDACIÓN 4.2:

Emplear valoraciones clínicas e instrumentos validados para valorar a las personas mayores en riesgo de desarrollar delirio, como mínimo diariamente (cuando proceda) y siempre que se observen o se informe de cambios en la persona que afecten a su función cognitiva, percepción, función física o conducta social.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia:

Una revisión sistemática de calidad moderada halló que los profesionales de la salud deben aplicar una perspectiva estructurada para identificar el delirio (Khan et al., 2012), lo cual es importante porque, entre otras consecuencias, el delirio puede señalar una urgencia médica que puede derivar en efectos neurológicos permanentes (Inouye et al., 2014), y una identificación precoz permite un tratamiento temprano.

Valoración de Personas Mayores en Riesgo

Como se ha señalado en la discusión de la evidencia de la **Recomendación 4.1**, se han identificado numerosos factores que pueden situar a una persona mayor en riesgo de desarrollar delirio (véase **Anexo G**). El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios centren sus esfuerzos en la valoración de las personas que corren riesgo de sufrir delirio. Como se ha señalado en la Recomendación 3.1, el panel de expertos sugiere evaluar a los **adultos que cuenten con 70 años o más y que presenten uno o más factores de riesgo**.

Los profesionales sanitarios deben ser capaces de reconocer los signos de delirio en las personas mayores (véase la **Recomendación 14.2**). La Tabla 1 ofrece una descripción general de cambios que se dan con frecuencia indicativos de delirio, tal y como se recoge en la guía del NICE (2010) *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management*, con ejemplos incorporados por el panel de expertos de la RNAO.



Tabla 1: Cambios que pueden indicar delirio

TIPO DE CAMBIO	EJEMPLOS
Función Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>menor concentración</i> ■ <i>respuestas lentas</i> ■ problemas de memoria ■ pensamiento desorganizado ■ desorientación ■ menor nivel de conciencia ■ desvío de atención
Percepción	<ul style="list-style-type: none"> ■ alucinaciones visuales o auditivas
Función Física	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>reducción de movilidad</i> ■ <i>reducción del movimiento*</i> ■ inquietud motora ■ agitación ■ <i>cambio en el apetito*</i> ■ alteración del sueño
Comportamiento Social	<ul style="list-style-type: none"> ■ falta de cooperación ante peticiones razonables ■ <i>retramiento</i> ■ alteraciones en la comunicación, el estado de ánimo y/o actitud

Nota: Los cambios indicativos de delirio hipoactivo se indican en cursiva. El delirio hipoactivo es especialmente importante porque suele pasar desapercibido (NICE, 2010). Los ejemplos añadidos por el panel de expertos se señalan con un asterisco (*).

Fuente: Adaptado de NICE, 2010, p. 11.

Frecuencia de la Valoración

La frecuencia de la valoración del delirio no se indica de forma concreta en la literatura. La guía del NICE (2010) *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management* recomienda que los profesionales sanitarios que trabajen en un hospital o un centro asistencial de larga estancia observen a las personas como mínimo diariamente para detectar cambios o fluctuaciones de comportamiento recientes (p. ej., en cuestión de horas o días). El panel de expertos coincide en que la valoración debe producirse al menos diariamente en la mayor parte de los contextos asistenciales, pero que puede ser necesario efectuarla con mayor frecuencia (p. ej., en cada turno) en el caso de pacientes agudos o en lugares de atención a este tipo de pacientes, en los que se registran altos índices de delirio (p. ej., personas mayores sometidas a una cirugía, unidades de cuidados intensivos) o cuando, según el juicio clínico, la persona precise una estrecha supervisión. En el caso de la asistencia domiciliaria, puede que no sea posible efectuar una valoración diaria, salvo en el caso de quienes reciben visitas domiciliarias o cuidados paliativos con esa frecuencia. Para obtener asesoramiento detallado sobre el cuidado de personas con delirio en los momentos finales de la vida, se puede consultar la guía de la CCSMH (2010) *Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults at the End of Life* (en inglés).

En general, es importante identificar y tratar el delirio de forma precoz, pero la frecuencia del cribado depende de la población y el lugar. La normativa de las instituciones debe señalar unas pautas para el cribado del delirio, con referencia a qué herramienta de cribado es más adecuada y práctica en función de la población atendida.

Véase la **Recomendación 15.2** para obtener más información.

Elección de Herramientas de Valoración y Cribado

Se han desarrollado numerosos instrumentos para ayudar a los profesionales sanitarios a identificar el delirio. Los citados más a menudo en la literatura son el CAM o método de valoración de la confusión (Confusion Assessment Method) (Brooks, 2012; Holroyd-Leduc et al., 2010; Inouye et al., 2014; LaMantia et al., 2014; Wong, Holroyd-Leduc, Simel, & Straus, 2010), que examina aspectos clave del delirio, como los cambios agudos del estado mental, la falta de atención, el pensamiento desorganizado y el nivel de conciencia, y la herramienta CAM-ICU (un método para la valoración del estado confusional en la UCI) para la evaluación de pacientes en cuidados intensivos o salas de recuperación postoperatoria (Brooks, 2012; NICE, 2010). En la literatura se ha constatado que la CAM suele ser una herramienta efectiva en diversos entornos clínicos, aunque no se ha encontrado investigación que respalde su uso en entornos domiciliarios y comunitarios (Brooks, 2012; LaMantia et al., 2014; Wong et al., 2010).

En una revisión sistemática de Khan et al. (2012) considerada de calidad metodológica moderada, se sugería que es preciso disponer de herramientas de cribado alternativas porque la aplicación del CAM requiere tiempo y puede no ser efectiva si su uso corre a cargo de personas no capacitadas. Aunque están apareciendo nuevas herramientas (NICE, 2012a), su presencia sigue siendo escasa en algunos lugares, como en las unidades de urgencias (LaMantia et al., 2014; Parke, Beath, Slater, & Clarke, 2011). El panel de expertos señala, no obstante, que se han desarrollado otras herramientas de valoración, que se pueden consultar en el **Anexo H**.

Cambios Observados por la Familia

Además de emplear un instrumento de valoración para identificar signos de delirio, Inouye et al., (2014) señalan que los profesionales deben prestar atención a los cambios que se puedan observar respecto al comportamiento basal de la persona, especialmente cuando dichos cambios son percibidos por sus familiares u otras personas que conozcan bien al paciente. Afirmaciones como "no es ella misma" o "no es él mismo" merecen una especial atención. Los familiares no solo conocen el estado mental basal de la persona, sino que también pueden ofrecer información de gran valor sobre su historia y la sucesión de acontecimientos que han desembocado en la aparición de los síntomas de delirio.

RECOMENDACIÓN 4.3:

Seguir aplicando las estrategias de prevención al cuidado de personas mayores con riesgo de delirio a las que no se ha diagnosticado delirio.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia:

Los profesionales sanitarios deben mantener el esfuerzo preventivo cuando trabajan con adultos mayores con riesgo de delirio, incluso si las valoraciones diarias no indican que sufran delirio. Véanse las **Recomendaciones 2.1, 3.1, y 4.1** para consultar la evidencia en este sentido.

RECOMENDACIÓN 4.4:

En aquellas personas mayores cuya valoración indique delirio, identificar las causas subyacentes y los factores contribuyentes mediante valoraciones clínicas y a través de la colaboración con el equipo interprofesional.

Nivel de Evidencia = Ia

Discusión de la Evidencia:

La evidencia de un metaanálisis de calidad moderada que incluye 14 estudios de intervención subraya la importancia de identificar los factores causantes subyacentes del delirio para que las intervenciones puedan abordar dichas causas y se pueda manejar activamente el delirio (Hshieh et al., 2015). El delirio con frecuencia puede verse precipitado por diversos factores y acontecimientos (Inouye et al., 2014). Los profesionales sanitarios deben investigar qué factores contribuyen al delirio, que pueden ir del dolor al estreñimiento, en conjunción con alteraciones del sueño e inmovilidad. Véase el **Anexo G**.

Para investigar las causas y los factores contribuyentes del delirio, puede ser necesario valorar la historia de la persona, contrastándola con la familia o los cuidadores, revisar la medicación, evaluar el dolor, realizar reconocimientos físicos o neurológicos y realizar pruebas de laboratorio o de imagen específicas (Inouye et al., 2014). También puede ser necesario derivar a la persona a profesionales de atención primaria o a especialistas.

RECOMENDACIÓN 4.5:

Implantar intervenciones personalizadas y de múltiples componentes para tratar de forma activa el delirio de la persona, en colaboración con la propia persona mayor, su familia, sus cuidadores y el equipo interprofesional.

(nivel de evidencia = Ia).

Dichas intervenciones deben comprender, entre otras:

- tratamiento de las causas subyacentes (nivel de evidencia = Ia),
- intervenciones no farmacológicas (nivel de evidencia = V), y
- uso apropiado de la medicación para aliviar los síntomas del delirio y/o manejar el dolor (nivel de evidencia = Ia).

Discusión de la Evidencia:

El delirio debe tratarse urgentemente y manejarse de forma activa (AGS, 2014). La discusión que se incluye a continuación subraya distintas intervenciones de componentes múltiples que resultan adecuadas y que deben adaptarse a cada persona.

Tratamiento de las Causas Subyacentes

El manejo del delirio supone, entre otras cosas, abordar las causas subyacentes y poner en marcha intervenciones para mitigar o revertir dichas causas y/o sus efectos (véase el **Anexo G**). Como sucede con la prevención del delirio, las estrategias de cuidados deben adaptarse a cada persona para tratar los múltiples factores que contribuyen al delirio, ya que no es probable que una sola intervención por sí misma llegue a resolver el trastorno (Inouye et al., 2014).

Intervenciones no-Farmacológicas

En la literatura se observan algunas discrepancias sobre la utilidad de continuar con la aplicación de intervenciones no farmacológicas múltiples una vez que el paciente presenta delirio. Inouye et al. (2014) destacan que las intervenciones no farmacológicas deberían ser las estrategias de primera línea para el manejo de este trastorno.

Por otro lado, Martínez et al. (2015) sugieren que las intervenciones preventivas pueden no resultar efectivas una vez que el paciente ya presenta delirio. Ello puede deberse a que las intervenciones que comprenden múltiples componentes para manejar el delirio no parecen disminuir la mortalidad ni la duración de la estancia hospitalaria (Holroyd-Leduc et al., 2010; Martínez et al., 2015), y es posible que no reduzcan tampoco la duración del delirio (Martínez et al., 2015).

El panel de expertos señala que, a pesar de que no hay mucha investigación relativa a cómo modificar las intervenciones no farmacológicas una vez que se ha desarrollado delirio, muchas de las medidas no farmacológicas (p. ej., fomento del sueño y movilización) forman parte de los cuidados básicos. Es más, estas medidas pueden ayudar a reducir la gravedad o la duración del delirio. Por lo tanto, el panel recomienda continuar con la implantación de intervenciones no farmacológicas múltiples siempre que resulten adecuadas para el individuo. Además, diversas modificaciones del entorno y varios planteamientos no farmacológicos pueden ayudar a mantener a la persona serena y segura [véanse el **Anexo G** y la guía en inglés de la RNAO (2012a) *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* para más información].

Uso Adecuado de la Medicación

La evidencia sobre el uso de antipsicóticos y sedantes para el manejo del delirio es contradictoria. En una revisión sistemática considerada de calidad metodológica moderada y realizada por Flaherty et al. (2011), se concluyó que no hay

suficiente evidencia para apoyar el uso de antipsicóticos para tratar el delirio en pacientes médicos y quirúrgicos. Por su parte, Inouye et al. (2014) señalaron que, si bien los fármacos antipsicóticos y sedantes pueden reducir la agitación y los síntomas conductuales, es posible que su uso prolongue el delirio o transforme el delirio hiperactivo en delirio hipoactivo. El manejo farmacológico puede resultar adecuado en algunas personas que sufren agitación severa y psicosis, especialmente si estos síntomas interfieren con los cuidados o el tratamiento –p. ej., que la persona se extube (Inouye et al., 2014). Usadas con precaución, las dosis bajas de antipsicóticos típicos y atípicos pueden reducir la duración y la gravedad del delirio en algunas personas (Gage & Hogan, 2014; Inouye et al., 2014; Khan et al., 2012; NICE, 2012a). También puede ser necesario usar analgésicos para manejar el dolor, ya que puede contribuir al delirio (AGS, 2014; CCSMH, 2010; Gage & Hogan, 2014; NICE, 2010). Para consultar información más detallada, véase la **Recomendación 1.6** y el **Anexo F**, Recursos para un uso óptimo de la medicación en personas mayores..

Implicación de la Familia

La presencia de un familiar o de un cuidador o acompañante (es decir, la persona que se queda junto a la cama del paciente para tranquilizarle, ayudarlo a ocupar su tiempo y velar por su seguridad) es otra estrategia que puede emplearse para salvaguardar la seguridad de las personas que sufren delirio. Los familiares y acompañantes pueden ayudarlo a reorientarse y prevenir que se haga daño (autolesión^G), y también pueden brindar confianza a la persona con delirio (CCSMH, 2010; Inouye et al., 2014). En caso de que los familiares opten por implicarse y su participación resulte segura/adecuada, es importante darles apoyo, confianza y formación. Véase la discusión de la evidencia de la **Recomendación 4.6**.

RECOMENDACIÓN 4.6:

Educar sobre la prevención y el cuidado del delirio a las personas en riesgo de desarrollar delirio o que sufren delirio, y a sus familiares/cuidadores.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

El panel de expertos recomienda que las personas que sufren o corren riesgo de desarrollar delirio y sus familiares reciban información sobre dicho trastorno y sobre cómo aliviar el miedo, mejorar su comprensión y, en el caso de los familiares que presencian un episodio de delirio, optimizar sus capacidades para manejar un episodio de delirio, ya que puede constituir un hecho que genere una fuerte angustia (CCSMH, 2010; NICE, 2010).

El panel de expertos de la RNAO —de acuerdo con la citada guía de CCSMH (2010) sobre valoración y tratamiento del delirio en personas mayores al final de la vida, y con la guía del NICE (2010) *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management* para su diagnóstico, prevención y manejo— recomienda tratar los siguientes contenidos para educar a las personas mayores y a sus familiares sobre el delirio:

- qué es el delirio, y por qué la persona corre riesgo de desarrollarlo;
- estrategias para prevenir el delirio adecuadas a la persona;
- qué siente una persona que experimenta delirio;
- signos de delirio e importancia de comunicar a los profesionales del equipo sanitario los posibles cambios o fluctuaciones repentinos del comportamiento de la persona;
- formas de reorientar y comunicarse con la persona con delirio (p. ej., uso de un tono de voz claro y tranquilo, frases cortas, recordatorio de dónde están);
- la función y las ventajas de la participación de la familia y/o un acompañante/cuidador.

5.0 EVALUACIÓN

RECOMENDACIÓN 5.1:

Monitorizar como mínimo diariamente a las personas mayores que sufren delirio para detectar si se producen cambios, mediante la observación y la valoración clínica y con herramientas validadas, y documentar la efectividad de las intervenciones.

Nivel de Evidencia = V**Discusión de la Evidencia:**

El panel de expertos recomienda que las enfermeras y los demás profesionales sanitarios controlen estrechamente el delirio para determinar la efectividad de las intervenciones y para evaluar si dicho trastorno está en vías de resolución. En hospitales y centros de cuidados de larga duración, este tipo de valoraciones debe efectuarse como mínimo a diario. Cuando el delirio es agudo o siempre que esté indicado clínicamente, es posible que la valoración deba realizarse al menos una vez por turno.

Los profesionales sanitarios pueden controlar el delirio mediante herramientas validadas (véase el [Anexo H](#), Herramientas de cribado y valoración) y documentar las conclusiones concretas, como cualquier cambio detectado o informado en cuanto a la función cognitiva de la persona, su percepción, función física y/o conducta social. También deben valorar y documentar el estado de cualquier causa subyacente o de los factores que pueden contribuir al delirio. La colaboración continuada entre los miembros del equipo de atención sanitaria y la familia sigue siendo muy importante.

Cabe señalar que es posible que una persona reciba el alta hospitalaria antes de que el delirio haya remitido. Dado que el delirio persistente puede indicar o puede asociarse a alteraciones cognitivas no detectadas (véase la discusión en Contexto previo), el panel de expertos sugiere que puede ser necesario efectuar un seguimiento con la colaboración de servicios especializados de geriatría.



RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA DEMENCIA

6.0 VALORACIÓN

RECOMENDACIÓN 6.1a:

Valorar a las personas mayores para reconocer una posible demencia cuando se observen o se informe de cambios en la cognición, el comportamiento, el estado de ánimo o en la función. Emplear instrumentos de valoración o cribado específicos al contexto y colaborar con la persona, su familia y cuidadores y el equipo interprofesional para efectuar una valoración integral.

Nivel de Evidencia = Ia & V

RECOMENDACIÓN 6.1b:

Derivar a la persona para una valoración adicional si se sospecha que sufre demencia.

Nivel de Evidencia = Ia

Discusión de la Evidencia:

Hasta la fecha, no hay suficiente evidencia a favor del cribado de la demencia en personas mayores que no muestran signos de demencia (Development Group, 2010; Jackson, Naqvi, & Sheehan, 2013; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). No obstante, la detección temprana es importante, dados los potenciales beneficios que puede aportar tanto a personas como a familias, como demuestra una revisión sistemática de calidad moderada (Mukadam, Cooper, Kherani, & Livingston, 2015). Entre estas ventajas están el acceso a un tratamiento adecuado, el posible retraso del proceso de la enfermedad o el manejo de los síntomas (Lischka, Mendelsohn, Overend, & Forbes, 2012), y la provisión de medidas de apoyo multidimensionales para reducir la carga^G para los cuidadores (Spenceley et al., 2015). El panel de expertos añade que la detección temprana de la demencia también resulta importante para que los individuos que la padecen y sus familiares puedan planificarse para convivir con la enfermedad y emprender una planificación de los cuidados avanzada^G (Véase también la [Recomendación 8.4.](#)).

Lamentablemente, es frecuente que la demencia se pase por alto y sea infradiagnosticada y se minimicen sus signos como parte normal del envejecimiento (NICE, 2010). Aunque es más probable que los profesionales sanitarios sospechen de la presencia de demencia en personas con múltiples factores de riesgo (p. ej., con historia familiar de demencia o factores de riesgo vascular) o en entornos donde la demencia es más prevalente (p. ej., centros de larga estancia), se recomienda a los profesionales sanitarios que permanezcan alerta frente a la posibilidad de demencia en todas las personas mayores.

Valoración de los Cambios

En la misma línea que la guía de la RNAO (2010a) *Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión*, el panel de expertos recomienda que los profesionales de la salud evalúen la posible existencia de demencia siempre que se informe de cambios cognitivos, conductuales y/o funcionales. Dichos cambios pueden ser problemas de memoria, cambios de comportamiento y/o dificultad para realizar actividades de la vida diaria^G o actividades instrumentales de la vida diaria^G (Development Group, 2010). El panel de expertos añade que los cambios del estado de ánimo son otro signo frecuente de demencia y deben tenerse en cuenta en la valoración.

Los signos de demencia varían de una persona a otra, en función del tipo de demencia y la etapa^G de la enfermedad (véase el **Anexo E**, Tipos de demencia). Los cambios cognitivos, conductuales, funcionales y de ánimo pueden ser observados o sospechados tanto por la persona mayor como por sus familiares/cuidadores u otros miembros del equipo interprofesional (RNAO, 2010a) (véase el **Anexo I**, Primeras señales de alerta del cambio cognitivo). Los familiares pueden ser los primeros en reconocer estos cambios y, siempre que una persona o sus familiares expresen preocupaciones en este sentido, deberán tomarse muy en serio y ser objeto de seguimiento a través de las valoraciones que correspondan (RNAO, 2010a). Además, los familiares pueden ofrecer información sobre la historia de la persona y su estado basal de cognición, comportamiento, etc.

Herramientas de Cribado y Valoración

Los profesionales sanitarios deben utilizar herramientas validadas^G de cribado y valoración de apoyo a una valoración integral de la demencia (Jackson et al., 2013; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Existen diversos instrumentos de cribado para detectar una posible demencia; sin embargo, un metaanálisis y una revisión sistemática de calidad metodológica moderada han hallado evidencia limitada sobre la efectividad de muchos de estos instrumentos en un entorno de cuidado a agudos (Jackson et al., 2013). A día de hoy, no existe ninguna herramienta de valoración que recoja todas las necesidades y los criterios necesarios como para considerarse como patrón de referencia en los cuidados (Lischka et al., 2012). Para obtener más información sobre este tipo de herramientas, véanse las **Recomendaciones 14.2 y 15.2**, y el **Anexo H**.

Valoración Integral, Derivaciones y Diagnóstico

El uso de herramientas de cribado y valoración es solo una pequeña parte de la valoración integral; un resultado positivo en el cribado no es por sí mismo un diagnóstico concluyente de demencia. Cuando hay sospechas de demencia, es necesaria una valoración integral de la persona, así como la colaboración de otros miembros del equipo interprofesional o la derivación de la persona a otros profesionales para respaldar dicho diagnóstico. Las valoraciones clínicas de demencia pueden exigir una serie de pruebas diagnósticas, así como valoraciones cognitivas formales complementarias con instrumentos validados y derivaciones a otros especialistas para descartar diagnósticos diferenciales (Clevenger, Chu, Yang, & Hepburn, 2012; Development Group, 2010), como delirio o depresión (véase el **Anexo D**).

El proceso de valoración y diagnóstico de la demencia puede ser largo y complejo (Jackson et al., 2013; Mukadam et al., 2015). Por ejemplo, una revisión sistemática de calidad metodológica moderada indicó que el proceso diagnóstico requería seis visitas domiciliarias a lo largo de 30 meses, y que los centros especializados en problemas de la memoria pueden ayudar a un diagnóstico temprano (Mukadam et al., 2015).

Para consultar ejemplos de posibles pruebas empleadas para respaldar el diagnóstico de la demencia, véase la guía de práctica clínica en inglés sobre atención integral a personas con Alzheimer y otras demencias, *Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias* (Development Group, 2010). Es frecuente emplear los criterios DSM-5 para diagnosticar la demencia (Development Group, 2010; RNAO, 2010b), que ofrecen una referencia diagnóstica detallada para los distintos tipos de demencia. Se abandona el uso de la clasificación de "demencia" y en su lugar se incluyen distintos tipos de demencia en la categoría "trastornos neurocognitivos graves" (APA, 2013).

Si una persona se encuentra gravemente enferma o si sufre delirio, se recomienda a los profesionales sanitarios que pospongan cualquier diagnóstico y valoración en profundidad hasta que dicha persona se encuentre estable y se hayan abordado las causas reversibles de su estado (Jackson et al., 2013). Además, las guías clínicas sugieren que la depresión ha de tratarse antes de dar un diagnóstico de demencia (AMDA, 2008; Development Group, 2010; NICE, 2010).

RECOMENDACIÓN 6.2:

Valorar el estado físico, funcional y psicológico de la persona mayor con demencia o con sospecha de demencia y determinar su impacto en la propia persona y en su familia y cuidadores mediante una valoración integral y/o herramientas estandarizadas.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

Una parte importante de la valoración de demencia es la evaluación de cómo el estado del paciente afecta a la propia persona y a sus familiares o cuidadores. La información adquirida mediante la interacción y la conversación con el paciente y las diferentes valoraciones servirá de base para el diagnóstico y ayudará a determinar el modo más adecuado de dar apoyo a la persona a sus familiares/cuidadores (Development Group, 2010).

Los profesionales sanitarios deben valorar el estado físico, funcional y psicológico de la persona mayor con demencia (o sospecha de demencia) (AMDA, 2012). Es importante evaluar el efecto de la demencia en las actividades de la vida diaria y en las actividades instrumentales cotidianas (Development Group, 2010; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Se han desarrollado distintas herramientas para evaluar estas habilidades (véase el [Anexo H](#)), y tanto enfermeras como otros profesionales sanitarios han llevado a cabo valoraciones integrales para identificar las capacidades físicas, funcionales y psicológicas.

El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios apliquen un planteamiento basado en las fortalezas del paciente y eviten centrarse únicamente en los puntos débiles de la persona. Los profesionales de la salud deben identificar y resaltar las capacidades y habilidades que mantiene la persona, al tiempo que deben reconocer sus necesidades, prioridades y/o metas (véase también la [Recomendación 8.4](#)).

Además, también deben evaluar el impacto de la demencia (o sospecha de demencia) en la familia de la persona (Development Group, 2010). Los familiares son con frecuencia aliados indispensables para el cuidado de la persona y, como tales, los profesionales sanitarios deberán valorar su nivel de estrés, capacidad para manejar la situación e identificar las necesidades. Los profesionales sanitarios también deben tener en cuenta los determinantes sociales de la salud^G (p. ej., vivienda, ingresos, formación), que pueden añadir nuevas dificultades a la familia a la hora de afrontar los efectos de la demencia. Véanse el [Anexo H](#), Herramientas de cribado y valoración, y la [Recomendación 8.5a](#) para consultar más información sobre el apoyo y la educación a las familias de los pacientes.

RECOMENDACIÓN 6.3:

Explorar de forma sistemática las causas subyacentes de cualquier síntoma conductual y psicológico de demencia, lo que incluye la identificación de las necesidades no satisfechas de la persona y los potenciales "desencadenantes". Emplear una herramienta adecuada y colaborar con la persona, sus familiares o cuidadores y el equipo interprofesional.

Nivel de Evidencia = Ia

Discusión de la Evidencia:

Para una adecuada planificación de los cuidados, los profesionales sanitarios deben entender las razones o causas subyacentes de los síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD) (Development Group, 2010; Livingston et al., 2014; Moniz Cook et al., 2012; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Algunos ejemplos de síntomas conductuales y psicológicos son los cambios en el estado de ánimo, las ideas delirantes, la apatía, la agitación, el comportamiento errante, los gritos, las preguntas repetitivas y la desinhibición (incluida la desinhibición sexual) (Moniz Cook et al., 2012). Para obtener más información y consultar la discusión sobre cómo ha evolucionado la terminología de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, véase la discusión de Contexto previo, incluidos los "Principios rectores y postulados".

Es importante manejar de forma efectiva y dar respuesta a los síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD), ya que se producen con frecuencia, provocan inquietud, pueden afectar muy negativamente a la familia y a la atención del enfermo (Livingston et al., 2014; U.S. Preventative Services Task Force, 2014), y son un motivo recurrente de asistencia hospitalaria de urgencia y de ingreso en centros de larga estancia (Konno et al., 2013; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Además, cuando el manejo o la respuesta ante estos síntomas es inefectivo puede afectar a la calidad de vida de la persona y desembocar en aislamiento, menor calidad de los cuidados, sobremedicación (Livingston et al., 2014) y ansiedad para los cuidadores (Moniz Cook et al., 2012).

Valoración de los Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia

El análisis funcional y el método de observación sistemática *Dementia Care Mapping* (DCM) de identificación de los cuidados en la demencia son dos planteamientos descritos en la literatura para la valoración de los SCPD. El *análisis funcional* implica la exploración del significado oculto tras el comportamiento de la persona con el objetivo de intervenir para reducir la ansiedad y los comportamientos que la provocan (Moniz Cook et al., 2012). Se contempla como una alternativa de primera línea frente al manejo farmacológico tradicional para tratar la agitación y la agresividad, pero para ello puede ser necesaria la ayuda de personal especializado (Moniz Cook et al., 2012). El método de observación sistemática *Dementia Care Mapping* (DCM) supone observar y anotar qué factores favorecen el bienestar de la persona y qué factores ambientales desencadenan determinados comportamientos (Livingston et al., 2014). En una revisión sistemática considerada de calidad metodológica moderada se observó que el método DCM ofrecía beneficios tanto inmediatos como a largo plazo para reducir la agitación intensa en los cuidados de larga duración (Livingston et al., 2014). La guía de la AMDA (2012) *Dementia in the Long-Term Care Setting* sobre demencia en entornos de cuidados a largo plazo señala que la observación detenida de las causas de los síntomas conductuales y psicológicos de demencia es particularmente importante cuando la persona ha sido recientemente ingresada u hospitalizada o ha sufrido un notable cambio en su estado.

El equipo sugiere que los profesionales sanitarios deben colaborar para identificar las necesidades no satisfechas de la persona y los factores desencadenantes de los síntomas conductuales y psicológicos de demencia, ya que las personas que conocen bien al paciente o que participan en sus cuidados o actividades cotidianas pueden ofrecer información muy valiosa. Se han desarrollado distintos instrumentos para ayudar a los profesionales sanitarios a valorar y supervisar los SCPD, y a observar y documentar tendencias (véase el [Anexo H](#), Herramientas de cribado y valoración). Además, los programas centrados en la comprensión y el manejo efectivo de los SCPD [p. ej., Gentle Persuasive Approaches (GPA), P.I.E.C.E.S, U-First, y otros programas de apoyo conductual] se usan ampliamente en la práctica.

Véase el [Anexo J](#), Recursos, para consultar una lista de programas y recursos.

RECOMENDACIÓN 6.4:

Valorar el dolor en las personas mayores con demencia mediante una herramienta de valoración del dolor específica para esa población.

Nivel de Evidencia = Ia

Discusión de la Evidencia:

Los profesionales sanitarios deben estar capacitados para valorar el dolor en las personas mayores con demencia de forma que dicho dolor se pueda manejar de forma efectiva (Pieper et al., 2013; RNAO, 2010a). Es importante porque el dolor entre las personas mayores con demencia tiene gran prevalencia (se estima que lo sufre más del 50% de este grupo de población y hasta el 80% en centros de cuidados de larga duración), aunque por desgracia es frecuente que se pase por alto o no se identifique (Pieper et al., 2013). Además, el dolor no tratado puede contribuir a los síntomas conductuales y psicológicos de demencia o a la ansiedad del paciente, puede afectar a su calidad de vida (Pieper et al., 2013) y puede contribuir a que se produzca un episodio de delirio (Inouye, et al., 2014).

La valoración del dolor es especialmente importante porque algunas personas con demencia no son capaces de comunicar el dolor con palabras y las expresiones de dolor pueden malinterpretarse como "parte de la demencia" (Pieper et al., 2013). Los síntomas o las expresiones de dolor en personas con demencia pueden confundirse con depresión, agitación, ansiedad o agresividad (Pieper et al., 2013), como se señala en una revisión sistemática considerada de calidad moderada. Se pueden usar distintas escalas para apoyar la valoración del dolor en personas con demencia que no pueden comunicar el dolor verbalmente. Véase el **Anexo H**, Herramientas de cribado y valoración, y la guía de la RNAO (2013) *Valoración y manejo del dolor* (3ª ed.) para más información. Para más información sobre la supervisión del dolor, véase la **Recomendación 8.2**.



7.0 PLANIFICACIÓN

RECOMENDACIÓN 7.1:

Desarrollar un plan de cuidados individualizado que aborde los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) y/o las necesidades asistenciales personales del individuo. Incorporar diversos planteamientos no farmacológicos, seleccionados de acuerdo con:

- las preferencias del paciente;
- la valoración de los SCPD;
- la etapa de la demencia;
- las necesidades de la persona durante el aseo personal y el baño;
- la consulta con los familiares y cuidadores y con el equipo interprofesional;
- la observación continuada de la persona.

Nivel de Evidencia = la

Discusión de la Evidencia:

Se ha observado que diversos planteamientos no farmacológicos pueden ser efectivos en el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD) (Livingston et al., 2014) y cuentan con apoyo en la literatura. Los planteamientos no farmacológicos constituyen una importante alternativa al uso de antipsicóticos, que históricamente se han usado en exceso como estrategia de primera línea para el manejo de los SCPD (Conn et al., 2014; Livingston et al., 2014). Es más, los fármacos psicotrópicos pueden resultar inefectivos y dañinos y desembocar en un mayor declive cognitivo, entre otros muchos efectos perjudiciales (Livingston et al., 2014) (véase la **Recomendación 1.6**). En vista de esta evidencia, los profesionales sanitarios deben considerar intervenciones no farmacológicas siempre que sea posible como intervención de primera línea para el manejo de los SCPD.

Los enfoques no farmacológicos mejor estudiados y efectivos son, entre otros, escuchar música/musicoterapia (Blackburn & Bradshaw, 2014; Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede, & House, 2010; Olazaran et al., 2010; Ueda et al., 2013; Wall & Duffy, 2010), los planteamientos que inciden en la comunicación efectiva y que están centrados en la persona (Konno et al., 2013; Livingston et al., 2014), y los basados en el masaje y otras estimulaciones sensoriales (Moyle, Murfield, O'Dwyer, & Van Wyk, 2013). La terapia con luz (es decir, aplicando luces brillantes) no parece resultar efectiva (Forbes et al., 2009; Livingston et al., 2014), y la evidencia favorable al uso de la aromaterapia es limitada o contradictoria (Forrester et al., 2014; Kverno, Black, Nolan, & Rabins, 2009; Livingston et al., 2014).

En la literatura se citan numerosos beneficios asociados al uso de planteamientos no farmacológicos, como reducción de la agitación (Livingston et al., 2014) y del dolor (Konno et al., 2013; Pieper et al., 2013), además de realización más satisfactoria de las actividades de la vida diaria (Konno et al., 2013). El manejo efectivo de los SCPD a través de estos planteamientos puede ayudar también a disminuir el estrés del cuidador y a mejorar el ambiente de trabajo del personal (Olazaran et al., 2010). La Tabla 2 presenta los planteamientos no farmacológicos que pueden emplearse para dar soporte a una persona con demencia (la lista recogida no es exhaustiva).

Desarrollo de un Plan de Cuidados Individualizado

No todos los planteamientos no farmacológicos resultan efectivos o adecuados para todo el mundo, así que la selección de dicho planteamiento deberá estar centrada en la persona (Cabrera et al., 2015; Enmarker et al., 2011; Konno et al., 2013). En otras palabras, los planes de cuidados deben basarse en el conocimiento de las preferencias e intereses de la persona, en la percepción del significado tras sus síntomas conductuales y psicológicos y en la comprensión de las necesidades y capacidades de la persona en función de la etapa de demencia.

En personas que presentan síntomas conductuales y psicológicos de demencia, el enfoque que se use deberá abordar las causas subyacentes o las necesidades insatisfechas del paciente y los desencadenantes de dichos síntomas (Livingston et al., 2014) y adaptarse a los patrones de estimulación del individuo (p. ej., medidas tranquilizadoras para la agitación o actividades estimulantes para la apatía) (Kverno et al., 2009). La selección de estos enfoques también puede depender del tipo de demencia y de la etapa en que se encuentre la enfermedad. Por ejemplo, en una revisión de la literatura considerada de calidad metodológica moderada y realizada por Kverno et al. (2009) se sugería que algunos planteamientos emocionales (p. ej., presencia simulada de miembros de la familia a través de grabaciones de audio o vídeo de conversaciones, historias, etc.) puede resultar más efectivos en las personas que aún son capaces de comunicarse verbalmente.

Aseo Personal y Baño

Es importante desarrollar planes de cuidados individualizados para las personas con demencia que sean específicos para las rutinas del aseo personal y el baño, ya que el baño, el vestido y el aseo (y el tipo de enfoque que se aplique a estas rutinas o las circunstancias que las rodeen) pueden desencadenar comportamientos que lleven a la persona a patear, arañar, agarrar, gritar e insultar (Konno et al., 2013). Konno et al. (2013) señalan que estos comportamientos pueden exacerbarse cuando el personal actúa con prisas o se centra más en la tarea que en la persona. Las respuestas físicas y emocionales ante el aseo personal pueden ser estresantes e implicar riesgos para el paciente y para la persona que le asiste.

En la literatura se citan distintos ejemplos de medidas efectivas, tales como reproducir la música preferida de la persona durante el baño, asegurar un entorno privado y seguro, ofrecer alternativas al baño (como el aseo con una toalla húmeda) y comunicar de forma efectiva (Konno et al., 2013). Se pueden consultar más estrategias específicas de ayuda para el aseo personal y el baño en el [Anexo J](#).

Consulta y Observación Continua

La elección del planteamiento no farmacológico más adecuado es una tarea compleja que requiere una valoración minuciosa (véase la [Recomendación 6.3](#)) así como la consulta y la colaboración con la persona (cuando proceda), su familia y cuidadores y los miembros del equipo sanitario interprofesional. El desarrollo de un plan de cuidados individualizado también exige flexibilidad y creatividad (Konno et al., 2013). En otras palabras, los planes de cuidados no son completamente inamovibles, sino que deben ir adaptándose en función de las reacciones de la persona y se modificarán a medida que las necesidades del paciente vayan cambiando o la enfermedad vaya evolucionando.

Tabla 2: Planteamientos no farmacológicos para el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD)

PLANTEAMIENTO	EVIDENCIA
<p>Musicoterapia</p> <p>Nota: La musicoterapia hace referencia a una o varias experiencias relacionadas con la música que pueden llevarse a cabo de forma individual o en grupo; por ejemplo, cantar o tocar un instrumento musical, o escuchar música grabada o en directo (Blackburn & Bradshaw, 2014; Ueda et al., 2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Algunos potenciales beneficios: menores SCPD (agitación), mejor humor (disminución de la ansiedad o la depresión), reducción del dolor, mejor socialización y calidad de vida (Konno et al., 2013; Livingston et al., 2014; Pieper et al., 2013; Ueda et al., 2013). ■ El uso de música durante el baño puede reducir los comportamientos de agitación (Konno et al., 2013). ■ La evidencia sugiere que la musicoterapia es más efectiva cuando se utiliza de forma estructurada y con la orientación de un especialista; la evidencia relativa a su efectividad fuera de centros residenciales es escasa (Livingston et al., 2014).
<p>Estrategias de comunicación efectivas y planteamientos asistenciales centrados en la persona</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Son efectivos para reducir el comportamiento agitado en personas con demencia (Konno et al., 2013; Livingston et al., 2014). ■ Los profesionales sanitarios deben contar con la formación y la supervisión adecuadas para realizar una labor efectiva (Livingston et al., 2014). ■ La evidencia que respalda su uso corresponde en mayor medida a entornos de cuidados de larga duración o de asistencia para la vida con apoyo (Livingston et al., 2014). ■ Véase Anexo K (Actitudes, Destrezas y Conocimientos Útiles para la Comunicación en la Atención a la Demencia) para obtener más información sobre competencias comunicativas. Véase el Anexo A, Glosario, para consultar una definición de planteamientos centrados en la persona.
<p>Intervenciones Sensoriales</p> <p>Nota: Pueden referirse a masajes, toque suave o toque terapéutico y estimulación de los sentidos (vista, oído, tacto) (Hulme et al., 2010; Kverno et al., 2009; Livingston et al., 2014; Moyle et al., 2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las intervenciones sensoriales pueden reducir la agitación (Livingston et al., 2014; Moyle et al., 2013) ■ Éstas intervenciones parecen ser más efectivas en personas con déficits cognitivos graves (Kverno et al., 2009).
<p>Actividades de Grupo en Centros Residenciales</p> <p>Nota: Las actividades de grupo hacen referencia a cualquier actividad que se ofrezca a los residentes (p. ej., terapia con animales, danza, cocina, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reducen la agitación, pero no necesariamente en quienes sufren agitación intensa (Livingston et al., 2014).
<p>Terapias Artísticas</p> <p>Nota: Por ejemplo, de artes visuales, dramatización/movimiento, escritura de canciones, poesía, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una revisión considerada de calidad metodológica baja señaló potenciales beneficios respecto a los síntomas conductuales o emocionales (Cowl & Gaugler, 2014).

8.0 IMPLANTACIÓN

RECOMENDACIÓN 8.1:

Implantar el plan de cuidados en colaboración con la persona, sus familiares y cuidadores y el equipo interprofesional.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

Después de desarrollar un plan de cuidados para la persona con demencia (véase la [Recomendación 7.1](#)), dicho plan deberá implantarse en colaboración con la persona, sus familiares y cuidadores y los miembros del equipo interdisciplinar.

En el [Anexo J](#), Recursos, se puede consultar una lista de programas y recursos para dar soporte a las personas con demencia. Algunos de estos programas sugieren intervenciones, actuaciones y planteamientos específicos para los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.

RECOMENDACIÓN 8.2:

Monitorizar el dolor en adultos con demencia e implantar medidas de reducción del dolor para ayudar a manejar los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia:

Es importante lograr un manejo efectivo del dolor, no solo para paliar el sufrimiento, sino también como vía de reducir los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia asociados al dolor y para que actividades cotidianas como el baño resulten menos problemáticas (Konno et al., 2013). Las intervenciones de reducción del dolor pueden consistir en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Véanse la [Recomendación 1.6](#) y el [Anexo F](#) para obtener más información sobre el uso más adecuado de la medicación.

El panel de expertos recomienda a los profesionales sanitarios monitorizar los signos de dolor verbales y no verbales, lo que supone, por ejemplo, observar y documentar cualquier cambio en los síntomas relacionados con el dolor para determinar si las medidas de reducción del dolor resultan efectivas. Véase la relación de herramientas de valoración del dolor incluida en el [Anexo H](#), la [Recomendación 6.4](#) y la guía de buenas prácticas de la RNAO (2013a) de *Valoración y manejo del dolor* (3ª ed.) para obtener más información.

RECOMENDACIÓN 8.3:

Utilizar estrategias y técnicas de comunicación que sean compasivas, que consideren las emociones del paciente, salvaguarden la dignidad de la persona y fomenten la comprensión a la hora de atender a personas con demencia.

Nivel de Evidencia = Ia

Discusión de la Evidencia:

Una comunicación efectiva con la persona que sufre demencia puede reportar numerosos beneficios. Una revisión sistemática de estudios cuantitativos considerada de calidad metodológica moderada halló que una comunicación efectiva mejoraba las conductas positivas, promovía interacciones más satisfactorias y mejoraba la calidad de vida general de la persona con demencia (Eggenberger, Heimerl, & Bennett, 2013).

La comunicación efectiva también ha demostrado reducir la agitación y los comportamientos reactivos^G en personas con demencia (Livingston et al., 2014); asimismo, salvaguarda la dignidad de la persona y su propio sentido de control (Konno et al., 2013). Algunas estrategias de comunicación (tomadas de una revisión sistemática de estudios mayoritariamente cualitativos, considerada de calidad metodológica moderada) son, por ejemplo, pedir disculpas, usar un tono de humor adecuado, emplear distracciones, dar a la persona tiempo para responder al cuidador y ofrecer recordatorios de las acciones que van a tener lugar a continuación (Konno et al., 2013). El **Anexo K** recoge distintas estrategias de comunicación que resultan beneficiosas para el cuidado de la demencia, y señala las destrezas, actitudes y conocimientos necesarios para aplicar estas competencias.

El panel de expertos añade a todo ello que para que la comunicación sea positiva es necesario contar con determinados conocimientos, destrezas y competencias. Los profesionales sanitarios deben entender cómo afecta la demencia al cerebro y, por extensión, a la capacidad de la persona para recibir, procesar y producir el lenguaje. Además, también deben mostrar empatía, compasión y respeto por la persona, demostrar competencia cultural^G y ser capaces de establecer una relación terapéutica y de confianza con la persona. Otra técnica puede consistir en adaptar el lenguaje (p. ej., instrucciones paso a paso) para ajustarse a la capacidad de comprensión de la persona, y evitar siempre los gritos o el trato condescendiente. Asimismo, los profesionales sanitarios deben demostrar que dan validez a las emociones de la persona y reconocer y aceptar sus pensamientos, sentimientos, sensaciones y comportamientos como comprensibles; esto no significa estar de acuerdo o aprobar el comportamiento de dicha persona. Véase la **Recomendación 1.1** para consultar información adicional.

RECOMENDACIÓN 8.4:

Promover estrategias para las personas con demencia para preservar sus capacidades y optimizar su calidad de vida, como por ejemplo a través de:

- ejercicio (nivel de evidencia = Ia),
- intervenciones que den apoyo a la función cognitiva (nivel de evidencia = Ia),
- planificación avanzada de los cuidados (nivel de evidencia = Ia), y
- otras estrategias que ayuden al paciente a vivir bien con demencia (nivel de evidencia = V).

Discusión de la Evidencia:

Los profesionales de la salud deben promover estrategias que ayuden a las personas a vivir una buena vida, preservando sus capacidades y maximizando la calidad de vida de quienes sufren demencia. En este sentido, en la literatura se subrayan los beneficios del ejercicio, se señalan los potenciales beneficios que ofrece la planificación de los cuidados avanzada en la atención a largo plazo, y se indican diversas intervenciones para favorecer la cognición; por su parte, el panel de expertos destaca que existen muchas otras estrategias que pueden ser beneficiosas para las personas con demencia, especialmente en las primeras etapas de la enfermedad.

Ejercicio

Una revisión de calidad alta y otra de calidad moderada muestran que el ejercicio puede mejorar la capacidad de las personas que sufren demencia para realizar actividades cotidianas (Forbes, Thiessen, Blake, Forbes, & Forbes, 2013) y reducir el declive de sus capacidades en este ámbito (Littbrand, Stenvall, & Rosendahl, 2011). El ejercicio también puede mejorar el estado cognitivo (Farina, Rusted, & Tabet, 2014; Forbes et al., 2013; Fox, Hodgkinson, & Parker, 2014), aunque este punto no ha sido probado de forma consistente (Fox et al., 2014; Ohman, Savikko, Strandberg, & Pitkala, 2014), ya que solo existe una revisión que muestre mejoras definitivas en la calidad de vida de personas con depresión y demencia (Tavares, Moraes, & Laks, 2014). Otras revisiones, consideradas de baja calidad metodológica, han mostrado los efectos positivos generales de la práctica de ejercicio (Balsamo et al., 2013; McLaren, Lamantia, & Callahan, 2013; Pitkälä, Savikko, Poysti, Strandberg, & Laakkonen, 2013; Thune-Boyle, Iliffe, Cerga-Pashoja, Lowery, & Warner, 2012).

Intervenciones que Favorecen la Cognición

Las intervenciones cognitivas se pueden describir como actividades que enseñan nuevas formas de desarrollar tareas cognitivas, y estrategias para mejorar o recuperar la capacidad en determinados ámbitos (Development Group, 2010). Una revisión sistemática considerada de calidad moderada (Zabalegui et al., 2014) concluyó que las intervenciones cognitivas eran potencialmente beneficiosas para las personas que se encontraban en las primeras etapas de la demencia, pues podían mejorar las actividades de la vida diaria y mejorar su satisfacción. El grupo de desarrollo de la guía de práctica clínica sobre atención integral a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (*Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 2010) revisó gran variedad de intervenciones cognitivas (p. ej., técnicas de orientación a la realidad, reminiscencia^c, entrenamiento de la memoria, estimulación sensorial y entrenamiento de las actividades de la vida diaria), y recomienda aplicar intervenciones individualizadas para las personas que sufren demencia de Alzheimer, centradas en estabilizar la función cognitiva y la funcionalidad; estas intervenciones deben estar adaptadas a las capacidades cognitivas de la persona para no generar ansiedad y reacciones emocionales adversas (p. ej., ira y frustración).

Además de estas intervenciones cognitivas, el panel de expertos señala que a veces se prescriben medicamentos durante un tiempo limitado para mejorar la cognición o tratar/manejar otros síntomas de demencia. Para obtener más información sobre la medicación, véase la **Recomendación 1.6**, el **Anexo F** y la guía de práctica clínica del grupo de desarrollo (Development Group, 2010) *Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias*, que ofrece asesoramiento sobre medicación específica para determinados tipos de demencia.

Planificación Avanzada de los cuidados

La planificación avanzada de los cuidados puede describirse como "un proceso de varias etapas en el que un paciente [persona] y sus cuidadores alcanzan un entendimiento común de sus objetivos y preferencias para los cuidados en el futuro" (Robinson et al., p. 263). Una revisión sistemática, considerada de calidad metodológica moderada, recogió las conclusiones de cuatro estudios sobre planificación avanzada de los cuidados en la atención de larga duración. Algunos de los beneficios en este sentido que se hallaron en centros de cuidados de larga duración fueron la disponibilidad de documentación sobre las preferencias asistenciales de la persona, la reducción de los índices de hospitalización y un mayor uso de los servicios de cuidados paliativos (Robinson et al., 2012). Los autores señalan que, sin embargo, la planificación

avanzada de los cuidados cuando la persona ya reside en un centro de cuidados de larga estancia puede llegar demasiado tarde si el paciente ya no es capaz de tratar estos temas a causa del avance de la enfermedad (Robinson et al., 2012).

El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios fomenten la planificación avanzada de los cuidados mientras la persona con demencia es aún capaz de tomar sus propias decisiones y de expresar sus necesidades y preferencias individuales. La organización *Alzheimer Society of Canada* ofrece asesoramiento para la planificación avanzada de los cuidados y otros temas relacionados, como el desarrollo de un plan de cuidados, la elección de un sustituto para la toma de decisiones, la planificación de adaptaciones laborales (o de voluntariado) y de las condiciones de vida, la planificación de cuestiones legales y financieras y la toma de decisiones relacionadas con los momentos finales de la vida. Para más detalles, consúltese el sitio web de la *Alzheimer Society of Canada*, www.alzheimer.ca/en

Otras Estrategias de Fomento de la Calidad de Vida en Personas con Demencia

El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios promuevan otros aspectos que favorezcan la buena calidad de vida en personas con demencia, como:

- fomento de la implicación en prácticas y actividades de ocio valiosas y útiles, alineadas con los intereses particulares de la persona;
- fomento del compromiso social;
- modificación del entorno donde vive el paciente para favorecer su independencia en las actividades de la vida diaria y velar por su seguridad;
- abordaje de las cuestiones relacionadas con su seguridad, como el comportamiento errante o la conducción;
- estilo de vida saludable (p. ej., favorecer una correcta alimentación y unas pautas de sueño adecuadas, visitas regulares a los especialistas sanitarios);
- planificación de rutinas, y recordatorios, según proceda, y uso de otras estrategias para afrontar los problemas cognitivos;
- formación sobre la demencia y ofrecer información sobre recursos comunitarios (véase también la Tabla 3).

La *Alzheimer Society of Canada* ofrece información integral, apoyo y recursos, por ejemplo incluyendo asesoramiento para la convivencia día a día con la demencia, o mediante estrategias que abordan las necesidades y las preocupaciones específicas de las personas que sufren demencia y de sus familias y cuidadores. Se ofrece información para distintas etapas de demencia (no solo demencia de tipo Alzheimer), incluidas las fases iniciales, intermedias, avanzadas y al final de la vida. Para obtener información detallada, se puede visitar el sitio web de la *Alzheimer Society of Canada* at www.alzheimer.ca/en. Véase también el **Appendix J**.

RECOMENDACIÓN 8.5a:

Educar y ofrecer apoyo psicosocial a familiares y cuidadores de personas con demencia acorde con las necesidades únicas de la persona y la etapa de la demencia en que se encuentre.

Nivel de Evidencia = Ia

RECOMENDACIÓN 8.5b:

Derivar a los familiares y cuidadores que sufran ansiedad o depresión al profesional sanitario que corresponda.

Nivel of Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

Los profesionales sanitarios deben ofrecer intervenciones efectivas a quienes cuidan de una persona con demencia, ya que el estrés que provocan estos cuidados puede ser perjudicial para el bienestar físico y psicológico de los cuidadores (Godwin, Mills, Anderson, & Kunik, 2013; Jensen, Agbata, Canavan, & McCarthy, 2015; McKechnie, Barker, & Stott, 2014). Las intervenciones que se aplican con los cuidadores deben estar adaptadas a las necesidades individuales de los interesados (Elvish et al., 2013; Nehen & Hermann, 2015; Topo, 2009), ya que la demencia progresa a distinto ritmo en distintas personas, los síntomas varían y la carga que percibe el cuidador se puede interpretar de diferentes maneras (Jensen et al., 2015).

En la literatura se han estudiado diversos tipos de intervenciones de apoyo a los cuidadores, como planteamientos de refuerzo de las capacidades, mejora del conocimiento sobre la demencia y los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, mejora de los apoyos a los cuidadores, cuidados de las emociones y fomento del autocuidado, planificación de actividades y modificación del entorno (Brodaty & Arasaratnam, 2012; Corbett et al., 2012; Elvish et al., 2013; Gallagher-Thompson et al., 2012; Laver, Clemson, Bennett, Lannin, & Brodaty, 2014; Marim, Silva, Taminato, & Barbosa, 2013; Nehen & Hermann, 2015; Schoenmakers, Buntinx, & DeLepeleire, 2010). Estas intervenciones pueden ofrecerse con presencia directa de los profesionales sanitarios, por teléfono, en sesiones de grupo, mediante programas informáticos y de forma virtual.

Ventajas de los Programas de Educación y Apoyo Psicológico

A pesar de que la mayor parte de la evidencia es de calidad metodológica baja, una revisión sistemática de calidad alta y un metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados concluyó que las intervenciones educativas dirigidas a los cuidadores en la comunidad reducían la sobrecarga y la depresión entre estas personas (Jensen et al., 2015). Otros beneficios potenciales pueden ser menor depresión del cuidador, menor sobrecarga del cuidador, mayor bienestar del cuidador (Chien et al., 2011; Elvish et al., 2013; Moon & Adams, 2013; Schoenmakers et al., 2010), mejor calidad de vida (Corbett et al., 2012; Elvish et al., 2013), mejores conocimientos, mejor capacidad de afrontamiento o competencia para el manejo de los síntomas de la demencia, y mejor interacción con la persona con demencia (Corbett et al., 2012; Moon & Adams, 2013). El panel de expertos sugiere que el apoyo a los cuidadores puede ser el mejor modo de mejorar los resultados en salud de las personas con demencia.

La evidencia sugiere que los programas para cuidadores pueden resultar más efectivos si son multidimensionales (Corbett et al., 2012; Elvish et al., 2013; Laver et al., 2014) —por ejemplo, los programas que ofrecen educación, apoyo y capacitación a los cuidadores (Laver et al., 2014). En una revisión sistemática y un metaanálisis realizados por Brodaty & Arasaratnam (2012), se sugiere que los programas destinados a los cuidadores tienen más éxito cuando se desarrollan a lo largo de un periodo y son objeto de un adecuado seguimiento.

Derivación de Familiares y Cuidadores con Ansiedad o Depresión

Los profesionales sanitarios pueden ofrecer ayuda psicológica y educación directamente a los cuidadores que atienden a las personas con demencia (Development Group, 2010; U.S. Preventative Services Task Force, 2014; WHO, 2012/2015). En el caso de aquellos cuidadores que sufran ansiedad o depresión, los profesionales de la salud deberán derivarlos (o recomendarles que recurran) a su médico de cabecera o a un especialista en salud mental (Development Group, 2010). También puede ser necesario recurrir a apoyos complementarios si los cuidadores se ven sujetos a otros problemas asociados a los determinantes sociales de la salud (p. ej., viviendas inadecuadas, bajos ingresos, etc.).

Cabe destacar que, aunque se considera generalmente que la atención de relevo para dar descanso al cuidador sirve de ayuda a estas personas y los profesionales sanitarios suelen recomendarla, un estudio de calidad metodológica baja concluyó que puede asociarse a una mayor sensación de sobrecarga (Schoenmakers et al., 2010). Se puede consultar más información sobre el apoyo a los cuidadores en la guía de buenas prácticas de la RNAO (2006b) *Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas*.

Programas Basados en la tecnología

Los profesionales sanitarios pueden recomendar programas basados en la tecnología que ofrezcan formación y apoyo psicosocial a los cuidadores (McKechnie et al., 2014). Están disponibles diversos programas basados en la tecnología, que incluyen vídeos educativos y permiten mantener contacto virtual con otros colegas o con profesionales. En general, los estudios reflejan que estas intervenciones ofrecen buenos resultados globales, pero se recomienda ampliar la investigación en este sentido para confirmar sus beneficios (Godwin et al., 2013; Topo, 2009). Existen también estudios de más peso que parecen indicar que los programas utilizando el ordenador pueden reducir la sobrecarga, el estrés, la depresión y la ansiedad, y que posiblemente aumentan la autoeficacia de los cuidadores (McKechnie et al., 2014).

Contenido Educativo

La Tabla 3 recoge diversos contenidos educativos indicados para el cuidado de la demencia. Se incluyen las referencias según ha sido posible acceder a las mismas. Los profesionales sanitarios podrán ver que parte de estos contenidos también son importantes para la persona con demencia. Véase la [Recomendación 8.4](#).

Tabla 3: Contenidos para Formar a los Cuidadores sobre la Demencia

<p>Demencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tipo de demencia, etapa, pérdidas asociadas, evolución de la demencia, manifestaciones clínicas y posibles complicaciones (Development Group, 2010). ■ Estrategias para convivir bien con la demencia y formas de fomentar la independencia de la persona con demencia y ayudar a preservar sus capacidades (véase la Recomendación 8.4).
<p>Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ SCPD comunes (Development Group, 2010). ■ Planteamientos no farmacológicos (Development Group, 2010). ■ Comprensión de las causas/desencadenantes de los SCPD, las relaciones entre cerebro y comportamiento y estrategias para prevenir o manejar los SCPD* ■ Si se estima necesario el uso de intervenciones farmacológicas o medidas de contención para el manejo de los SCPD, explicar el porqué del tratamiento y los planes de reducción o supresión del mismo* (véase la Recomendación 1.6).
<p>Medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivo, riesgos y beneficios, y efectos secundarios del uso de los medicamentos para mejorar la cognición.
<p>Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Habilidades comunicativas efectivas. ■ Ventajas de una comunicación efectiva (para ayudar a los cuidadores a entender mejor cómo piensa una persona con demencia, fomentar las actitudes positivas y lograr interacciones más satisfactorias) (Eggenberger et al., 2013).
<p>Orientación preventiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Por ejemplo, relativa a la posible existencia de delirio o depresión, y motivos de preocupación que pueden requerir atención urgente (delirio, riesgo de suicidio).*

Continuación de la Tabla en la siguiente página

Planificación avanzada de los cuidados

- Información que permite a la persona con demencia y a sus familiares hacer planes para el futuro, designar a sustitutos en la toma de decisiones, etc. (véase la **Recomendación 8.4**).*

Autocuidado

- Importancia del autocuidado para los cuidadores.
- Cuándo se debe consultar con un médico de cabecera o un especialista en salud mental.
- Información sobre los recursos sanitarios y sociales disponibles para el apoyo al cuidador (equipo interprofesional).
- Programas para cuidadores: de apoyo psicológico y psicoeducativos (para reducir la ansiedad del cuidador y mejorar su calidad de vida).
- Asesoramiento, apoyo cognitivo–conductual (Development Group, 2010).
- Asesoramiento en el duelo.*

Otros recursos

- Información sobre recursos y programas locales que puedan ofrecer información y apoyo formal o informal (Development Group, 2010)
 - Ejemplo: Alzheimer Society
 - Véase **Anexo J**, Recursos.

Nota: Los contenidos añadidos por el panel de expertos se señalan con un asterisco (*).

9.0 EVALUACIÓN

RECOMENDACIÓN 9.1:

Evaluar el plan de cuidados en colaboración con la persona con demencia (si procede), su familia y cuidadores y el equipo interprofesional, y modificarlo como corresponda.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

El panel de expertos recomienda supervisar y evaluar de forma continua la efectividad del plan de cuidados de la persona con demencia. También es muy importante evaluar su efectividad en el tiempo a medida que la enfermedad evoluciona, ya que los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) van cambiando y las necesidades de la persona y de sus familiares y cuidadores también varían. Por tanto, las intervenciones (incluida la formación y las medidas de apoyo) tendrán que reajustarse a lo largo del curso de la enfermedad. Por tanto, será necesario asegurar la colaboración y la comunicación con la persona (si procede), con sus familiares y cuidadores y con los demás miembros del equipo interprofesional. La frecuencia de la supervisión y reevaluación del plan de cuidados variará en función del entorno y de la política institucional de cada centro.



RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN

10.0 VALORACIÓN

RECOMENDACIÓN 10.1:

Valorar la posible presencia de depresión durante las valoraciones y la observación continuada cuando existan factores de riesgo o signos y síntomas de depresión. Usar herramientas de cribado o valoración validadas y específicas del contexto, y colaborar con la persona mayor, su familia y cuidadores y el equipo interprofesional.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia:

Los profesionales sanitarios deben **permanecer atentos ante el posible desarrollo de depresión entre las personas mayores y valorar su presencia siempre que existan factores de riesgo o signos y síntomas** (NICE, 2011, 2013; Trangle et al., 2016). Por desgracia, es frecuente que los profesionales no reconozcan la depresión; es un trastorno infradiagnosticado y a menudo no recibe tratamiento (O'Connor et al., 2009; Trangle et al., 2016). Es más, hay pocas personas mayores que busquen tratamiento o consulten a un especialista en salud mental para manejar la depresión (Chang-Quan et al., 2009).

La falta de reconocimiento y tratamiento es motivo de gran preocupación por el impacto que tiene esta enfermedad en la morbilidad y la mortalidad, en la calidad de vida de la persona y en su funcionamiento social, así como en su capacidad para manejar sus propios problemas de salud (Chang-Quan et al., 2009; Kiosses et al., 2011; Krishna et al., 2011; O'Connor et al., 2009; Samad et al., 2011). Dado que la falta de tratamiento puede conllevar un notable sufrimiento, es importante reconocer este trastorno de forma precoz (Krishna et al., 2011).

Identificar factores de riesgo, signos y síntomas de depresión

Los profesionales sanitarios tienen que conocer los signos y síntomas, los factores de riesgo y los acontecimientos estresantes que pueden llevar a una persona a la depresión (véase Tabla 4). Identificar la depresión en una persona mayor puede ser difícil por distintas razones. Los trastornos de salud y el consumo de medicamentos pueden originar síntomas depresivos (O'Connor et al., 2009), y la depresión puede quedar enmascarada por otras comorbilidades (Chang-Quan et al., 2009; O'Connor et al., 2009). Además, las personas mayores pueden no presentar un estado de ánimo deprimido o usar la palabra "depresión", y tener por el contrario una presentación atípica (O'Connor et al., 2009), como insomnio, trastornos del apetito, falta de energía, fatiga, dolor crónico, estreñimiento y/o alteraciones musculoesqueléticas (Trangle et al., 2016). El origen cultural, étnico y religioso de una persona también puede influir en el modo en que expresa y entiende la depresión (NICE, 2009). Algunos ejemplos o términos empleados para hacer referencia al concepto de "deprimido" pueden ser "mal de los nervios", "triste" y "bajo de ánimo".

La Tabla 4 enumera los factores predisponentes y desencadenantes de la depresión, así como posibles signos y síntomas (la lista no es exhaustiva). Los profesionales clínicos usan normalmente las siglas mnemotécnicas SIGECAPS (por sus siglas en inglés: sueño, interés, culpa, energía, concentración, apetito, psicomotricidad y suicidio) para recordar los signos y síntomas de la depresión en las personas mayores (Trangle et al., 2016). Finalmente, los profesionales médicos a cargo del diagnóstico aplican de forma rutinaria los criterios señalados en el modelo DSM-5 para diagnosticar la depresión (Trangle et al., 2016; NICE, 2009).

Tabla 4: Factores de riesgo y signos de depresión

FACTORES DE RIESGO PREDISONENTES Y DESENCADENANTES	SIGNOS Y SÍNTOMAS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Declive cognitivo o demencia ■ Aislamiento social ■ Diagnóstico médico asociado a alto riesgo de depresión (p. ej., enfermedad neurodegenerativa, enfermedad cerebrovascular) ■ Trastorno físico crónico asociado a discapacidad funcional ■ Historia personal o familiar de depresión o de trastorno emocional ■ Historia de intento de suicidio o de hospitalización psiquiátrica ■ Consumo actual de medicación asociada a un alto riesgo de depresión ■ Abuso de alcohol u otras sustancias (incluido el uso crónico de benzodiazepinas*) ■ Internamiento en una institución (ingreso en un centro de cuidados de larga duración o centro de internamiento) ■ Nuevas pérdidas que puedan producir ansiedad, como pérdida de autonomía, de privacidad, de estado funcional, de una parte del cuerpo ■ Dificultades económicas* ■ Duelo ■ Maltrato o abuso doméstico 	<p>SIGECAPS:</p> <p>Trastorno del Sueño (aumento o disminución)</p> <p>Déficit de Interés (anhedonia)</p> <p>(G) Culpa (sentimiento de inutilidad, desesperanza, remordimiento)</p> <p>Déficit de Energía</p> <p>Déficit de Concentración</p> <p>Trastorno del Apetito (aumento o disminución)</p> <p>Retraso Psicomotor o Agitación Psicomotora</p> <p>Pensamiento Suicida</p> <p>Otros Síntomas: dolor crónico, estreñimiento y alteraciones musculoesqueléticas.</p>

Fuentes: AMDA, 2011; NICE, 2011; O'Connor et al., 2009; Trangle et al., 2016. Fuentes: Jenike, 1989, as cited in RNAO, 2010b; Trangle et al., 2016.

Nota: Los contenidos añadidos por el panel de expertos se señalan con un asterisco (*).

Valoración de la Depresión

Se debe valorar detalladamente la depresión cuando se presenten factores de riesgo o cuando se sospeche que puede existir depresión (Conn et al., 2014; NICE, 2009; Trangle et al., 2016). Los profesionales sanitarios deben emplear herramientas estandarizadas según sea adecuado al entorno en el que vive el paciente (NICE, 2009; RNAO, 2010a; Trangle et al., 2016) y a sus capacidades (p. ej., teniendo en cuenta la existencia de un posible déficit cognitivo) (Conn et al., 2014). Se han validado diversos instrumentos y planteamientos para el cribado y la valoración de la depresión en personas mayores —por ejemplo, escalas de depresión para ancianos, escalas autoadministradas y de cumplimentación por representación, instrumentos para la valoración de la depresión en personas mayores con demencia, instrumentos para pacientes con importantes problemas de lenguaje o comunicación, y herramientas de valoración del suicidio. Se puede consultar una lista de estas herramientas en el **Anexo H**, Herramientas de cribado y valoración.

Otros aspectos de la valoración pueden ser la historia personal y la exploración física, las pruebas diagnósticas, la valoración de los factores contribuyentes, las pruebas para descartar diagnósticos alternativos (Conn et al., 2014) y la valoración de la discapacidad funcional (NICE, 2009). Para realizar las valoraciones, las enfermeras y los demás profesionales sanitarios deben emplear el juicio clínico y aplicar sus conocimientos sobre la depresión y demás trastornos que puedan coexistir, complicar o exacerbar la depresión. Véase la **Recomendación 14.2**.

El panel de expertos subraya que es fundamental que se establezca una relación terapéutica cuando se valora la depresión en una persona mayor, y que para ello es necesario contar con determinadas destrezas. Es indispensable crear un clima de confianza y conexión, ya que la persona puede no mostrar los síntomas o sentimientos de depresión si no existe una relación fuerte con el profesional encargado de la valoración. Además, muchas personas pueden sentirse inseguras al hablar de depresión por el estigma asociado o por sus creencias culturales. Por tanto, los profesionales de la salud deben realizar este tipo de valoraciones con muchísimo tacto y no mostrar ninguna clase de reprobación y ser culturalmente sensibles. Véase la **Recomendación 1.1**.

¿Es Recomendable Realizar un Cribado de Rutina de la Depresión?

En la literatura no se recomienda de forma consistente el cribado de rutina, y la realización de este tipo de cribado depende más bien del criterio del centro. En tres guías clínicas sí se sugiere a las instituciones realizar un *cribado de rutina* (AMDA, 2011; NICE, 2009; Trangle et al., 2016), y una de ellas recomienda que el cribado se realice ya en el momento del ingreso en cuidados de larga duración y de forma regular o tras cambios significativos (Conn et al., 2014). Además, una revisión sistemática de calidad moderada examinó los pros y los contras del cribado de personas mayores para valorar la depresión (en atención primaria), y concluyó que el cribado sin la dedicación de más recursos para el cuidado de la depresión y el manejo de los casos difícilmente ofrece resultados positivos (O'Connor et al., 2009).

En vista de la evidencia no concluyente, el panel de expertos de la RNAO no recomienda el cribado de rutina de la depresión, sino su valoración *cuando existan factores de riesgo o signos y síntomas de depresión*. Debido a la gran prevalencia de la depresión y al hecho de que a menudo queda infradiagnosticada, los profesionales sanitarios deben mantenerse alerta frente a los factores de riesgo y los signos y síntomas de depresión. A la luz de las conclusiones de O'Connor et al. (2009), los profesionales sanitarios también deben asegurarse de que las personas mayores diagnosticadas de depresión puedan contar con un seguimiento continuado y los recursos necesarios.

RECOMENDACIÓN 10.2:

Valorar el riesgo de suicidio cuando exista depresión o se sospeche.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

Siempre que se sospeche una posible depresión, los profesionales sanitarios deben preguntar a las personas directamente sobre la ideación suicida y la intención de suicidio (NICE, 2009, 2011), ya que es un aspecto importante porque los pensamientos suicidas pueden darse incluso en las formas más leves de depresión (RNAO, 2010b), y el riesgo de suicidio es alto entre las personas mayores (O'Connor et al., 2009).

El panel de expertos señala que en algunos casos el uso de la palabra "suicidio" puede no resultar adecuado; otras formas de expresar esta idea pueden ser "hacerse daño a uno mismo", "deseo de dejar este mundo", "deseo de dejar de vivir",

"acabar con la propia vida", o "acelerar la llegada de la muerte". Para mantener este tipo de conversaciones, es fundamental contar con habilidades de comunicación terapéutica; será necesario además contar con un espacio privado y tranquilo en el que hablar. Para obtener más información sobre el suicidio, incluida la autolesión, se puede consultar la guía de buenas prácticas de la RNAO (2009) *Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida*. Se puede consultar una lista de recursos para ayudar a las personas que corren riesgo de suicidio en el **Anexo J**, Recursos.

RECOMENDACIÓN 10.3:

Derivar a las personas mayores con sospecha de depresión para que sean valoradas en profundidad por un profesional sanitario cualificado. Buscar atención médica urgente para aquellas personas en riesgo de suicidio y garantizar su seguridad inmediata.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

Las personas mayores de las que se sospecha que pueden tener depresión deben ser valoradas por un profesional sanitario cualificado para su diagnóstico y tratamiento (NICE, 2009). El panel de expertos sugiere que el concepto de profesionales sanitarios cualificados puede incluir a médicos de atención primaria, psiquiatras o psicogeriatras/especialistas en salud mental geriátrica. También puede ser necesaria una derivación a otros miembros del equipo interprofesional, especialmente para descartar o valorar comorbilidades que puedan imitar a la depresión. También puede ser necesario coordinar la atención interprofesional, especialmente en casos complejos de depresión y cuando la depresión tenga implicaciones para el manejo de problemas de salud físicos crónicos (NICE, 2009).

Si la persona presenta ideación suicida activa/está en riesgo de cometer suicidio o si representa una amenaza inmediata para terceros, es necesario buscar sin demora la atención de un profesional cualificado (NICE, 2009; RNAO, 2010a). En estos casos, el panel de expertos recomienda emprender las siguientes medidas inmediatas:

- Llamar a una línea o a un equipo para casos de crisis o a un teléfono de emergencias local, o llevar a la persona a una unidad de urgencias.
- Determinar si la persona tiene acceso a medios para acabar con su propia vida o tiene capacidad para hacerlo.
- Salvaguardar la seguridad: no dejar a la persona sola y considerar la conveniencia de advertir a otras personas que puedan estar en situación de riesgo.

El panel de expertos recomienda las siguientes intervenciones para ayudar a una persona en riesgo de suicidio:

- Valorar si la persona cuenta con un apoyo social adecuado.
- Ofrecer a la persona información sobre recursos de ayuda/apoyo.
- Considerar su derivación a un servicio de salud mental especializado.
- Aumentar el nivel de apoyo (p. ej., contacto telefónico más frecuente).
- Valorar la toxicidad potencial de una sobredosis en caso de que se prescriban antidepresivos o si la persona está tomando otra medicación que podría usar para acabar con su vida y, en colaboración con la persona y el médico responsable de las prescripciones, explorar la posibilidad de limitar la dosis (NICE, 2009).

Para obtener más información sobre el suicidio y la autolesión, se puede consultar la guía de buenas prácticas de la RNAO (2009) *Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida*. Véase el **Anexo J**, Recursos, para consultar los recursos de apoyo para personas que corren riesgo de suicidio.

11.0 PLANIFICACIÓN

RECOMENDACIÓN 11.1:

Desarrollar un plan de cuidados para personas mayores con depresión usando un planteamiento colaborativo. Cuando proceda, considerar el impacto de la demencia coexistente.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia:

Las guías clínicas indican que los profesionales sanitarios deben desarrollar un plan de cuidados individualizado para el manejo de la depresión que esté en consonancia con las preferencias del paciente y su perfil clínico (NICE, 2009, 2011; Trangle et al., 2016). Para ello, el profesional sanitario debe comprender las preferencias de la persona y favorecer una toma de decisiones informada (NICE, 2011). La evidencia de una revisión de calidad metodológica baja sugiere que los profesionales sanitarios deben identificar y abordar cualquier factor que pueda influir en la adherencia del paciente al plan de tratamiento para la depresión y encargarse del seguimiento médico (Dreizler et al., 2014).

La colaboración entre los miembros del equipo interprofesional favorece un manejo efectivo de la depresión (Chang-Quan et al., 2009; Cody & Drysdale, 2013; Dreizler et al., 2014; NICE, 2012; O'Connor et al., 2009; Trangle et al., 2016). El plan de cuidados debe documentarse y comunicarse a todas las personas que participan en el cuidado del paciente. Véase la [Recomendación 1.3](#).

Para que la planificación de los cuidados sea efectiva, los profesionales sanitarios deben conocer bien las distintas opciones basadas en la evidencia que tienen a su disposición para el manejo de la depresión (véanse las Recomendaciones para la formación). El panel de expertos indica que estos profesionales deben tener en cuenta la gran variedad de tratamientos disponibles que pueden usarse en beneficio de la persona con depresión, y no dejar que sus creencias u opiniones personales sobre determinadas intervenciones influyan en la decisión sobre una u otra opción de tratamiento en particular.

Depresión en Personas con Demencia

Dada la alta prevalencia de depresión en personas con demencia (véase la discusión en Contexto previo y la [Recomendación 10.1](#)), los profesionales sanitarios deberán tener en cuenta el efecto que puede tener la demencia coexistente en las personas que sufren depresión (Conn et al., 2014). Cuando ambos trastornos conviven, el NICE (2009) indica que las intervenciones que pueden aplicar los profesionales sanitarios son frecuentemente las mismas que ofrecerían a pacientes con depresión únicamente, modificando en lo necesario tanto el planteamiento como la duración de las intervenciones. Una revisión sistemática de calidad alta realizada por Orgeta et al. (2014) concluyó que la suma de intervenciones psicológicas (p. ej., terapia cognitiva conductual^G [TCC], el asesoramiento o la terapia psicodinámica interpersonal) en el plan de cuidados de personas con demencia puede reducir la ansiedad y los síntomas de depresión.

12.0 IMPLANTACIÓN

RECOMENDACIÓN 12.1:

Administrar intervenciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para la depresión que se adapten al perfil clínico y a las preferencias de la persona.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia:

Los profesionales sanitarios deben ofrecer intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia de acuerdo con el plan de cuidados de la persona. En las guías clínicas se tratan diversas opciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico con diferentes grados de eficacia (Conn et al., 2014; SIGN, 2010). A la hora de optar por una u otra intervención, los profesionales sanitarios deben comenzar por la menos invasiva y más efectiva (NICE, 2009, 2011, 2012b).

Intervenciones Farmacológicas

Los tratamientos antidepresivos constituyen una parte importante del tratamiento de personas mayores con depresión grave o persistente (Conn et al., 2014; NICE, 2009, 2012b). No obstante, dados los potenciales riesgos y la incierta eficacia que ofrecen en personas mayores con depresión leve, no se deben utilizar antidepresivos de forma rutinaria (Conn et al., 2014; NICE, 2009). En cambio, Conn et al. (2014) sugieren empezar con intervenciones psicosociales. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) suelen ser la opción de antidepresivos más generalmente empleados en personas mayores con depresión (Conn et al., 2014; NICE, 2009, 2012b). Una guía clínica y una revisión sistemática, consideradas de calidad metodológica moderada, recomiendan usar los antidepresivos únicamente en conjunción con otros abordajes, como la psicoterapia (NICE, 2011; O'Connor et al., 2009).

Para personas con demencia, la eficacia de los antidepresivos es incierta. Esta afirmación cuenta con el respaldo de una revisión sistemática y un metaanálisis de calidad metodológica baja (Nelson & Devanand, 2011), una guía clínica (AMDA, 2011), y la opinión del panel de expertos.

La discusión de medicamentos concretos o consideraciones de interés para la prescripción de fármacos queda fuera del ámbito de la presente guía. Se puede consultar información más detallada en la guía del NICE sobre el tratamiento y el manejo de la depresión en personas mayores, *Depression in Adults: The Treatment and Management of Depression in Adults* (2009) y en la guía, también del NICE, sobre trastornos de salud mental frecuentes, *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care* (2011); la actualización de la guía de la CCSMH *The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes* (Conn et al., 2014), y en el **Anexo F**, Recursos para un uso óptimo de la medicación en personas mayores.

Intervenciones no Farmacológicas

Diversas terapias no farmacológicas se han demostrado efectivas en distinto grado para el tratamiento de personas mayores con depresión. Numerosos tratamientos psicológicos, como la terapia conductual (Samad et al., 2011) y la terapia conductual cognitiva de grupo (Krishna et al., 2011), han demostrado beneficios potenciales en el marco de dos revisiones sistemáticas de calidad moderada.

Además, diversas revisiones han señalado que la práctica de ejercicio puede minimizar los síntomas depresivos en las personas mayores (Bridle, Spanjers, Patel, Atherton, & Lamb, 2012; Chi, Jordan-Marsh, Guo, Xie, & Bai, 2013; Forbes et al., 2013; Mura & Carta, 2013;

Park, Han, & Kang, 2014; Tavares et al., 2014). Si bien el ejercicio puede mejorar la calidad de vida de las personas mayores con demencia y depresión (Park et al., 2014), la evidencia en este sentido es limitada (Forbes et al., 2013; Potter et al., 2011), el tipo de ejercicio recomendado deberá elegirse y adaptarse en función de las capacidades de la persona (Bridle et al., 2012) y tendrá que concordar con los intereses de la persona.

Otras terapias no farmacológicas para la depresión tratadas en la literatura y en guías clínicas incluyen la reminiscencia, la atención plena^G (mindfulness), la activación conductual^G y la musicoterapia. Véase la Tabla 5 para consultar una lista de intervenciones (la lista no es exhaustiva, sino que contiene ejemplos de intervenciones y conclusiones clave sobre cada intervención particular de la literatura). Es posible que las instituciones necesiten tener en cuenta las implicaciones en términos de recursos, ya que algunos tratamientos requieren personal especializado y colaboración entre la plantilla, y otros exigen una mayor dedicación de tiempo por parte del personal (Housden, 2009). Cabe destacar que, aunque algunos tratamientos pueden quedar fuera del ámbito de práctica de las enfermeras (p. ej., musicoterapia), estas profesionales pueden reforzar los beneficios que se obtienen de dichas terapias, y promover y respaldar su uso.

Tabla 5: Intervenciones para la Depresión

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS	
PSICOTERAPIA	
General	
■	La psicoterapia se recomienda junto con antidepresivos en atención primaria (O'Connor et al., 2009).
■	La psicoterapia puede ser beneficiosa para personas con depresión en un centro de cuidados de larga duración (Cody & Drysdale, 2013).
■	Las intervenciones de psicoterapia con antidepresivos se pueden usar con depresión moderada o grave (NICE, 2011).
■	Las intervenciones psicológicas sumadas a los cuidados habituales pueden reducir los síntomas de depresión y ansiedad en personas con demencia (Orgeta et al., 2014).
Terapia Conductual^G	
■	La terapia conductual parece ofrecer una efectividad comparable a psicoterapias alternativas (Samad et al., 2011).
Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	
■	La terapia cognitivo conductual mostró resultados positivos (p. ej., mejoría del estado de ánimo) (Gould, Coulson, & Howard, 2012; Kiosses et al., 2011; Krishna et al., 2011; Regan & Varanelli, 2013; Simon, Cordas, & Bottino, 2015).
■	La TCC se recomienda tanto para individuos (SIGN, 2010) como para grupos (Krishna et al., 2011).
■	La TCC por ordenador, a través de un programa de ordenados o por web, puede ser adecuada para tratar depresiones de leves a moderadas (NICE, 2009; NICE, 2011).
Terapia Interpersonal^G	
■	Se recomienda el uso de la terapia interpersonal (TIP) para el tratamiento de depresiones de leves a moderadas (NICE, 2011).
Terapia de Resolución de Problemas^G	
■	La terapia de resolución de problemas mostró resultados positivos en dos estudios (Kiosses et al., 2011; Regan & Varanelli, 2013).
■	Debe correr a cargo de terapeutas altamente cualificados o experimentados (NICE, 2012b).

Continuación de la Tabla en la siguiente página

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS (CONT.)**EJERCICIO****Ejercicio**

- El ejercicio puede reducir la gravedad de la depresión (Bridle et al., 2012).
- La práctica del Tai Chi redujo la depresión autodeclarada (Chi et al., 2013).
- Algunos beneficios de los programas de ejercicio o la terapia basada en el ejercicio pueden ser reducción de los síntomas, mejora en la calidad de vida y mejora de la autoestima (Park et al., 2014).
- La práctica de actividad física estructurada en grupo es adecuada para personas con depresión de leve a moderada (NICE, 2011).
- El ejercicio deberá adaptarse a las capacidades del individuo (Bridle et al., 2012).

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES**Reminiscencia**

- La reminiscencia puede tener beneficios terapéuticos en centros de larga estancia (socialización), pero debe desarrollarse bajo la dirección de un médico especializado (Housden, 2009).

Activación Conductual

- El uso de la activación conductual se recomienda en dos guías clínicas (SIGN, 2010; Trangle et al., 2016).

Atención Plena (mindfulness)

- La terapia cognitiva basada en la atención plena, cuando se practica en un determinado entorno, puede ayudar a reducir las recaídas en personas con depresión recurrente (SIGN, 2010).

Apoyo Entre Iguales o Autoayuda

- El apoyo entre iguales o la autoayuda pueden ser enfoques adecuados para la depresión leve o moderada (NICE, 2012b) y para quienes presentan un problema de salud física crónico (NICE, 2011).

Musicoterapia

- La musicoterapia puede reducir la ansiedad y la depresión, pero tiene que aplicarse de forma individualizada (Ueda et al., 2013; Wall & Duffy, 2010).

Terapia con Animales

- No disponemos de evidencia suficiente para recomendar la terapia asistida con animales, pero puede comportar suficientes efectos beneficiosos sobre la gravedad de los síntomas depresivos en personas mayores que viven en un centro de larga estancia o en instituciones de salud mental (SIGN, 2010).

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)**TEC**

- La TEC puede considerarse para el tratamiento de la depresión grave que suponga un riesgo para la vida, o cuando otros tratamientos han fracasado (NICE, 2009).

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS**Antidepresivos**

- Los antidepresivos son un importante recurso para el tratamiento de la depresión grave mayor (Conn et al., 2014).
- Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISR) suelen ser los antidepresivos de elección (NICE, 2012b), también para el tratamiento de personas residentes en centros de larga estancia (Conn et al., 2014).
- Se recomienda el uso de antidepresivos conjuntamente con otros tratamientos no farmacológicos (NICE, 2011; O'Connor et al., 2009).
- La evidencia que respalda el uso de antidepresivos para personas con depresión y demencia es incierta (Nelson & Devanand, 2011).

RECOMENDACIÓN 12.2:

Educar a las personas mayores con depresión (y a sus familiares/cuidadores, si procede) sobre los cuidados en la depresión, el automanejo, las intervenciones terapéuticas, la seguridad y el seguimiento.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

La educación es un aspecto importante de los cuidados de las personas con depresión. En función de lo que desee el paciente, también puede ser extensible a la familia o los cuidadores. Los profesionales sanitarios deben ofrecer educación dentro de su ámbito de práctica y hacerlo en colaboración con el médico prescriptor, cuando proceda. La Tabla 6 describe el contenido educativo para las personas mayores con depresión y sus familiares/cuidadores.

Tabla 6: Contenidos Educativos Recomendados para Personas Mayores con Depresión

TEMA	PUNTOS CLAVE
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ■ La depresión es una enfermedad, no un defecto de carácter ■ El tratamiento es efectivo en la mayoría de las personas ■ El objetivo del tratamiento es la remisión (es decir, la superación de la mayor parte de los síntomas) ■ Causa, síntomas y curso de la depresión ■ Se puede aplicar gran variedad de tratamientos y la recuperación es posible*
Automanejo de la depresión; modificación del estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> ■ Importancia del bienestar básico, como la higiene del sueño (mantener unos patrones de sueño y vigilia regulares; evitar el consumo de comida, tabaco o alcohol antes de dormir; crear un entorno adecuado para el sueño; practicar ejercicio con regularidad) ■ Beneficios del ejercicio
Intervenciones terapéuticas	<p>Medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Efectividad, efectos secundarios y precauciones (p. ej., no abandonar la medicación repentinamente) ■ Información específica sobre el uso de la medicación (p. ej., cómo tomarla), y errores frecuentes (p. ej., la medicación no es adictiva) <p>Planteamientos no farmacológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aclarar y reforzar las ventajas de los planteamientos no farmacológicos <p>Recursos y apoyos comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Por ejemplo, terapeutas o asesores; grupos de apoyo específicos
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Primeras señales de alerta de recaída o recidiva ■ Cuándo contactar con un médico (p. ej., agitación marcada y/o prolongada, cambios de humor, negatividad y desesperanza, ideación suicida*) ■ Dónde y cómo buscar ayuda ■ Teléfonos de emergencias; información de contacto de atención de emergencia
Cuidados en el seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planificación de la monitorización y el plan de seguimiento ■ Prevención de recaídas

Nota: Los contenidos añadidos por el panel de expertos se señalan con un asterisco (*). Fuentes: ; NICE, 2009, Trangle et al, 2016.

13.0 EVALUACIÓN

RECOMENDACIÓN 13.1:

Monitorizar a las personas mayores que sufren depresión para observar posibles cambios en los síntomas y en la respuesta al tratamiento, empleando un enfoque colaborativo. Documentar la efectividad de las intervenciones y los cambios en el riesgo de suicidio.

Nivel de Evidencia =V

Discusión de la Evidencia:

El panel de expertos recomienda que las enfermeras y los demás profesionales sanitarios supervisen la posible aparición de signos y síntomas de depresión, y evalúen la respuesta de la persona al tratamiento, ya que es importante para determinar la efectividad de las intervenciones y para promover la recuperación de la persona. Una revisión integrativa concluyó que las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento continuo del tratamiento, la lucha contra los obstáculos a la adherencia y la supervisión de cambios relativos al riesgo de suicidio (Dreizler et al., 2014). En el caso de las personas que toman antidepresivos, también es importante vigilar los efectos secundarios (NICE, 2009).

El panel de expertos señala que los profesionales sanitarios deben controlar y documentar el riesgo de suicidio. A veces, cuando los antidepresivos empiezan a hacer efecto y la persona se siente con más energía, es posible que pueda aumentar su capacidad para llevar a cabo un plan de suicidio.

Si fuera preciso revisar el plan de cuidados, se deberá trabajar en colaboración con la persona mayor, sus familiares y cuidadores (según proceda) y el equipo interprofesional. En este sentido, sigue siendo importante que las interacciones se documenten y comuniquen de forma efectiva y oportuna. Véase la [Recomendación 1.3](#).



Recomendaciones para la Formación

14.0 FORMACIÓN

RECOMENDACIÓN 14.1:

Todos los programas de cursos de iniciación deben incluir contenidos y práctica específicos para la atención de personas mayores que sufren o de quienes se sospecha que sufren delirio, demencia o depresión, y que se ajusten al ámbito de práctica de la disciplina.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

El panel de expertos recomienda que toda formación de nivel inicial dirigida a profesionales sanitarios contenga contenidos especializados relativos al delirio, la demencia y la depresión, y para el cuidado de personas mayores que sufran o puedan estar sufriendo estos trastornos. Esta recomendación concuerda con las guías de práctica clínica de la RNAO (2010) *Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión y Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores*; con la guía de práctica clínica del grupo de desarrollo (Development Group), *Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias* (2010); y las recomendaciones recogidas en la guía de la CCSMH *Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults at the End of Life* (Conn et al., 2014). La formación de nivel básico o inicial sobre estos temas ofrece un primer contacto con los contenidos y sienta las bases de conocimientos y destrezas que se irán reforzando y ampliando en entornos clínicos o asistenciales.

Los contenidos del programa centrados en el cuidado de personas mayores son especialmente importantes, dada la creciente proporción de personas mayores atendidas en los diferentes entornos sanitarios. El panel de expertos señala que los contenidos relativos al cuidado de las personas mayores en general —y los referidos al delirio, la demencia y la depresión más concretamente— son objeto de una mínima atención en muchos programas de formación sanitaria.

Los contenidos educativos deben adaptarse al ámbito de la práctica del profesional sanitario, pero también deben recoger, como mínimo, contenidos sobre:

- los cambios habituales asociados al envejecimiento, frente a los signos y síntomas indicativos de enfermedad;
- delirio, demencia y depresión;
- cuidados centrados en la persona y en la familia;
- colaboración con el equipo interprofesional;
- estrategias de comunicación;
- valoraciones;
- intervenciones farmacológicas y no farmacológicas basadas en la evidencia para personas mayores con delirio, demencia y/o depresión.

Además, las oportunidades de práctica asistencial con personas mayores durante la formación deben ser directas y enriquecedoras. En función del ámbito de práctica del profesional sanitario, el panel de expertos sugiere que los alumnos tengan ocasión de practicar los cuidados centrados en la persona y en la familia; por ejemplo, a través de intervenciones personalizadas para satisfacer las necesidades de la persona y de su familia. Véase la guía de la RNAO (2016) sobre formación para la práctica enfermera *Practice Education in Nursing* para más información sobre cómo estructurar adecuadamente las experiencias de formación práctica.

RECOMENDACIÓN 14.2:

Las instituciones ofrecen oportunidades a las enfermeras y los demás profesionales sanitarios para mejorar sus competencias en el cuidado de adultos con delirio, demencia y depresión. Se debe ofrecer contenido formativo relevante tanto en la orientación inicial del nuevo personal y de los estudiantes, como posteriormente a través de formación continuada mediante cursos de actualización y oportunidades de desarrollo profesional.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia:

Los profesionales sanitarios precisan formación continuada para desarrollar y mantener sus competencias y conocimientos clínicos, y para favorecer las actitudes necesarias para el cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión (AGS, 2014; CCSMH, 2010; Development Group, 2010), ya que estos tres trastornos son enfermedades complejas. Por ejemplo, los sanitarios suelen tener problemas para distinguir entre el delirio y la demencia, y para manejar algunos estados de ánimo y síntomas conductuales de la demencia (Brody & Galvin, 2013; Yanamadala, Wieland, & Heflin, 2013). Para abordar estas dificultades, se recomienda ofrecer cursos o seminarios de actualización o de refuerzo (AGS, 2014, 2015; Eggenberger et al., 2013). En otras palabras, es improbable que un único curso de formación resulte efectivo.

Para el desarrollo de las competencias, la formación debe apoyarse en (o en algunos casos, compensar las carencias de) la formación ofrecida en la universidad; asimismo, las necesidades de aprendizaje tendrán que reforzarse con el paso del tiempo. Por lo tanto, el panel de expertos recomienda que la formación relativa al delirio, la demencia y la depresión se incluya durante la orientación inicial de los estudiantes y del personal de nueva incorporación en los entornos de práctica, y de forma continuada mediante cursos de actualización y oportunidades de desarrollo profesional para la mejora de las capacidades y el fomento de la confianza en la provisión de cuidados.

Se recomienda incluir una determinada serie de contenidos en este tipo de formaciones. A continuación se recoge un resumen de áreas clave de interés señaladas en distintas revisiones sobre formación de profesionales sanitarios, y basadas también en las recomendaciones del panel de expertos. La Tabla 7 recoge los contenidos educativos identificados en la literatura y en guías clínicas.

Las fuentes que respaldan esta recomendación son, entre otras, marcos de competencias aplicables a determinados territorios o regiones y a determinados ámbitos de práctica (p. ej., la guía de la Canadian Gerontological Nursing Association, *Gerontological Nursing Competencies and Standards of Practice*, y la guía de la RNAO (2016) *Practice Education in Nursing*).

Contenidos Formativos Recomendados en la Literatura

La literatura respalda la formación centrada en las habilidades comunicativas, los SCPD y el cuidado centrado en la persona. Las conclusiones de una revisión sistemática de calidad moderada indican que la formación de quienes trabajan con personas con demencia (en diversos entornos institucionales y residenciales) para asegurar unas competencias comunicativas efectivas se traduce en una mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas con demencia, y en un aumento de las interacciones positivas. La formación para el desarrollo de competencias comunicativas también tiene una influencia positiva en los conocimientos, las competencias y las aptitudes del profesional sanitario (Eggenberger et al., 2013). La formación sobre los síntomas conductuales y psicológicos de demencia tiene, en general, resultados positivos en dos revisiones sistemáticas (Reis, Dalpai, & Camozzato, 2013; Spector et al., 2013), y la formación centrada en la persona ha demostrado reducir la agitación y la necesidad de antipsicóticos en personas con demencia (Fossey et al., 2014).

La literatura indica que la educación debe centrarse no solo en el conocimiento de contenidos, sino también en la mejora de actitudes y prácticas que ayuden al cuidado de las personas con delirio, demencia y depresión. Por ejemplo, una revisión sistemática de calidad moderada y una metátesis indican que la educación debería ayudar a los profesionales sanitarios a valorar y apreciar las intervenciones psicosociales y no farmacológicas, entender sus beneficios y tratar los posibles miedos que puedan tener los alumnos (Lawrence et al., 2012). La educación también debe mostrar el valor de las prácticas asistenciales centradas en la persona, que estiman y respetan a la persona y ofrecer oportunidades de expresión personal (Lawrence et al., 2012). Asimismo, Elliott, Scott, Stirling, Martin, & Robinson (2012) indicaron que la educación debe ocuparse también de los aspectos relacionados con un entorno de trabajo saludable, p. ej., del manejo del estrés y del bienestar de los propios profesionales sanitarios.

Contenidos Formativos Recomendados por el Panel de Expertos

Herramientas de cribado y valoración

El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios reciban una formación adecuada para usar con precisión las herramientas de cribado y valoración. La formación debe enfatizar que estas herramientas son solo uno de los aspectos de los cuidados, que deben utilizarse como complemento al juicio clínico y que el cribado se desarrolla como parte de un seguimiento y una intervención adicionales. Además, los profesionales sanitarios deben aprender a realizar el cribado y la valoración con tacto, ante la posible estigmatización o las creencias culturales y miedos de la persona en relación al delirio, la demencia o la depresión. El panel de expertos señala que los profesionales sanitarios deben aprender que, antes de proceder al cribado y la valoración, es necesario explicar a la persona qué están haciendo y por qué, obtener su consentimiento y actuar de forma que se garantice que la persona lo ha entendido y se respeta su dignidad.

Autocuidado y seguridad del profesional sanitario

El panel de expertos recomienda que los programas educativos aludan a la importancia del autocuidado para los profesionales sanitarios, dadas las dificultades a las que pueden enfrentarse en la atención a personas con delirio, demencia y/o depresión (p. ej., aspectos como estrés laboral y desgaste profesional). También es importante señalar los posibles problemas de seguridad a los que pueden enfrentarse cuando asisten a personas cuyos comportamientos físicos pueden hacer que el sanitario corra riesgo de lesión. Para más información, véanse las guías de práctica clínica de la RNAO sobre entornos laborales saludables (disponibles en inglés en www.RNAO.ca/bpg/guidelines/hwe-guidelines y en español en varios de los enlaces de cada una de las guías) y los consejos sobre minimización de las medidas de contención recogidos en la guía de la RNAO (2012a) *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones*.

Tabla 7: Temas propuestos para los programas formativos dirigidos a enfermeras y otros profesionales sanitarios

CONTENIDOS GENERALES RECOMENDADOS	REFERENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Envejecimiento normal ■ Enfermedades en la tercera edad ■ Cómo realizar una valoración completa con la persona mayor y su familia* ■ Contenido básico/principios fundamentales, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> □ cuidados centrados en la persona y en la familia □ reconocimiento y consolidación de fortalezas □ implicación de la familia □ transiciones^G en los cuidados (incluida la coordinación entre centros sanitarios)* □ relaciones terapéuticas y práctica relacional* □ estrategias de comunicación □ colaboración interprofesional ■ Autocuidado y seguridad para profesionales sanitarios* ■ Práctica reflexiva^G para profesionales sanitarios* 	<p>Elliott et al., 2012; Fossey et al., 2014; Lawrence et al., 2012; RNAO, 2010a, 2010b</p>
CONTENIDO APLICABLE AL DELIRIO, LA DEMENCIA Y LA DEPRESIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes <ul style="list-style-type: none"> □ epidemiología □ fisiopatología □ tipos de delirio, demencia y depresión □ impacto del delirio, la demencia y la depresión en las personas mayores y sus familiares ■ Signos y síntomas de delirio, demencia y depresión, y características clínicas solapadas de los tres trastornos ■ Uso correcto de las herramientas de cribado y valoración ■ Cribado y valoración con juicio clínico crítico y con sensibilidad ante las necesidades y preferencias individuales de la persona* ■ Presentación atípica en personas mayores (p. ej., signos somáticos de depresión)* ■ Pruebas o procedimientos diagnósticos comunes ■ Documentación y proceso de derivación ■ Estrategias de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> □ tipos y beneficios de planteamientos no farmacológicos e intervenciones psicosociales □ intervenciones farmacológicas: beneficios, perjuicios y precauciones de los medicamentos ■ Alternativas al uso de medidas de contención* ■ Recursos, apoyos y servicios locales ■ Tratamiento de las actitudes personales y el estigma, y construcción de la competencia cultural* ■ Intervenciones educativas y de apoyo para familiares y cuidadores 	<p>CCSMH, 2010; Development Group, 2010; Giebel et al., 2015; Lawrence et al., 2012; RNAO, 2010a, 2010b</p>

Continuación de la Tabla en la siguiente página.

CONTENIDOS ADICIONALES - DELIRIO (CONT.)	REFERENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Factores predisponentes y desencadenantes del delirio ■ Emergencias (el delirio es una emergencia médica) ■ Estrategias para prevenir el delirio* 	CCSMH, 2010
CONTENIDOS ADICIONALES - DEMENCIA	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocimiento y comprensión de los SCPD y posibles razones para los comportamientos ■ Estrategias de cuidados/respuesta a los SCPD ■ Aspectos éticos y legales relacionados con la demencia (p. ej., maltrato de los ancianos, planificación avanzada de los cuidados, capacidad mental) ■ Valoración y manejo del dolor (no verbal) ■ Estrategias para preservar las capacidades y retrasar el declive ■ Estrategias de comunicación para personas con demencia 	Development Group, 2010; Eggenberger et al., 2013; Enmarker et al., 2011; Konno et al., 2013; Livingston et al., 2014; Pieper et al., 2013; RNAO, 2010a
CONTENIDOS ADICIONALES - DEPRESIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Signos y síntomas de depresión exclusivos de las personas mayores ■ Importancia del cribado para detectar el riesgo de suicidio <ul style="list-style-type: none"> □ identificación precoz □ derivación inmediata □ cómo preguntar sobre el suicidio* ■ Es posible recuperarse de la depresión* 	Dreizler et al., 2014; O'Connor et al., 2009; RNAO, 2010a

Nota: Los contenidos añadidos por el panel de expertos se señalan con un asterisco (*).

RECOMENDACIÓN 14.3:

Diseñar programas formativos dinámicos y basados en la evidencia sobre el delirio, la demencia y la depresión que favorezcan la aplicación de conocimientos y competencias en el entorno de práctica. Estos programas deben:

- ser interactivos y multimodales (nivel de evidencia=Ia);
- ser interprofesionales (nivel de evidencia=Ia);
- adaptarse a las necesidades de quienes aprenden (nivel de evidencia=V);
- verse reforzados en el centro asistencial mediante estrategias y herramientas (nivel de evidencia=Ia); y
- contar con el respaldo de un experto clínico o un especialista designado para el impulso del programa (nivel de evidencia=Ia).

Discusión de la Evidencia:

La revisión sistemática realizada para la elaboración de esta Guía halló un número limitado de estudios de alta calidad que indicasen qué intervenciones formativas promueven mejor la adquisición de los conocimientos y las capacidades necesarios para atender de forma efectiva a las personas mayores con delirio, demencia o depresión (Beeber, Zimmerman, Fletcher, Mitchell, & Gould, 2010; Elliott et al., 2012; Rampatige, Dunt, Doyle, Day, & van Dort, 2009). Numerosas revisiones muestran cierta mejoría en términos de conocimiento o confianza, pero no queda claro cuál es el vínculo entre estas mejoras y los cambios que se hayan introducido en la práctica para lograr resultados mejores o a más largo plazo (Beeber et al., 2010; Brody & Galvin, 2013; Sockalingam et al., 2014; Yanamadala et al., 2013).

Una revisión sistemática de calidad moderada concluyó que solo el 2 por ciento de los manuales de formación asistencial para personas con demencia se basaba en la evidencia (Fossey et al., 2014). Si bien el objeto de dicho estudio era únicamente la formación para el cuidado de la demencia, puso también de relieve la importancia de garantizar que los programas educativos concuerden con las buenas prácticas basadas en la evidencia.

A continuación se incluye una discusión de la evidencia que reivindica el valor de los programas formativos interactivos y multimodales, interprofesionales, adaptados a las necesidades de quienes los usan para aprender, reforzados en el centro asistencial y respaldados por expertos clínicos o impulsores^G especializados.

Planteamientos Interactivos y Multimodales

Los programas formativos que son interactivos y multimodales parecen mejorar el aprendizaje (Perry et al., 2011; Rampatige et al., 2009; Yanamadala et al., 2013). La educación debe basarse en los principios del aprendizaje adulto (CCSMH, 2010) y tiene que involucrar activamente al estudiante (Perry et al., 2011). Algunos ejemplos de planteamiento interactivo y multimodal señalados en la literatura son la discusión basada en casos, los talleres prácticos, los juegos de roles o dramatizaciones (role plays), el uso de viñetas ilustrativas y de vídeos y la discusión en pequeños grupos (AGS, 2014; Chien et al., 2011; Lawrence et al., 2012; Yanamadala et al., 2013). Los educadores del panel de expertos apuntan que los juegos y las actividades de simulación también pueden ayudar a aplicar el conocimiento.

Educación Interprofesional

En general, la educación interprofesional como estrategia para el progreso del conocimiento sobre el delirio, la demencia y la depresión cuenta con respaldo en la literatura (Blackburn & Bradshaw, 2014; Brody & Galvin, 2013; Sockalingam et al., 2014). Los programas de educación interprofesional pueden definirse como programas que "fomentan el aprendizaje interactivo entre individuos y grupos de dos o más profesiones con el objeto de mejorar la colaboración y la calidad de vida" (Sockalingam et al., 2014, p. 34). Una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados concluyó que, no obstante, la educación interprofesional por sí sola no es suficiente; debe acompañarse de actividades clínicas interprofesionales y de un compromiso institucional con los planteamientos interprofesionales (Sockalingam et al., 2014) (véase la **Recomendación 15.1**). La formación integral y las prácticas de colaboración interprofesional dentro de una institución tienen el potencial de mejorar el rendimiento y la colaboración de los equipos, mejorar la calidad de vida y reducir las tasas de delirio (Sockalingam et al., 2014). Blackburn & Bradshaw (2014) concluyeron que los equipos interprofesionales son el criterio de referencia del cuidado de la demencia.

Adaptación a las Necesidades de los Estudiantes

Las sesiones de formación también deberán adaptarse a las necesidades de quienes aprenden (AGS, 2014; CCSMH, 2010; Eggenberger et al., 2013). El panel de expertos señala que los contenidos deben desarrollarse de forma que se tengan en cuenta las diferencias de conocimiento de los alumnos y se ajusten a la base inicial, el nivel educativo, el conjunto de

competencias y el ámbito de práctica del estudiante. Es más, las sesiones de formación deben ser flexibles y considerar la realidad del lugar de trabajo, y deben además desarrollarse en lugares adecuados para el alumno. También son útiles las sesiones individuales de seguimiento, ya que la información se puede comentar de forma personalizada con el estudiante, con lo que se mejora el aprendizaje (Eggenberger et al., 2013).

Refuerzo del Aprendizaje con Herramientas, Recursos y Expertos Médicos o Especialistas Clínicos

Los programas formativos son más efectivos cuando se combinan con estrategias que refuerzan y apoyan el aprendizaje (Eggenberger et al., 2013), como las vías clínicas, las herramientas de valoración, tarjetas de bolsillo y fichas de consejos útiles (AGS, 2014; Yanamadala et al., 2013). Los comentarios y las observaciones en el punto asistencial —por ejemplo, la enseñanza y asesoría a pie de cama para identificar el delirio hipoactivo— sirven de ayuda en el aprendizaje (AGS, 2014; Eggenberger et al., 2013). Los impulsores y los expertos clínicos ayudan a los profesionales sanitarios a mantener las nuevas competencias que van adquiriendo y a reforzar las buenas prácticas (AGS, 2014; Eggenberger et al., 2013; Yanamadala et al., 2013).

Aunque las conclusiones de la revisión sistemática no cubren las necesidades formativas de todos los profesionales sanitarios (o el tratamiento del delirio, la demencia y la depresión en todos los entornos clínicos), el panel de expertos sugiere que los programas de formación adaptados, interactivos y multimodales dirigidos a grupos interprofesionales, reforzados por el uso de herramientas y por el trabajo de una plantilla bien informada, constituyen un planteamiento educativo seguro que se ha revelado efectivo en la práctica. Por tanto, el panel de expertos recomienda que estos principios se apliquen en todos los contextos sanitarios y para los tres tipos de trastorno. En contextos donde no hay asesores/mentores formales (p. ej., educadores clínicos), la institución puede formar a especialistas impulsores que actúen informalmente como mentores para reforzar el aprendizaje continuo en el punto asistencial.

En resumen, el panel de expertos sugiere que los programas educativos se diseñen de forma que desarrollen de forma efectiva el conocimiento y las competencias para traducirse en cambios en la práctica. La simple asistencia a una charla o la exigencia de completar un curso online no bastan para desarrollar de forma efectiva las capacidades y las competencias para el cuidado de personas con enfermedades complejas, como lo son el delirio, la demencia y la depresión. Los profesionales sanitarios deben ir adquiriendo estas competencias con el tiempo y disponer de ocasiones para aplicarlas en la práctica en el contexto de la asistencia interprofesional y con el apoyo de personas que tengan un conocimiento avanzado.

Véase la guía de la RNAO (2016) *Practice Education in Nursing* para consultar más información y recursos sobre cómo ofrecer formación práctica de calidad.

RECOMENDACIÓN 14.4:

Evaluar los programas formativos sobre delirio, demencia y depresión para determinar si se consiguen los resultados deseados, como cambios en la práctica y mejores resultados en salud. Adaptar los programas como sea necesario para mejorarlos.

Nivel de Evidencia = V**Discusión de la Evidencia:**

Los programas formativos para el delirio, la demencia y la depresión tienen que ser evaluados para determinar si logran los resultados deseados. Hasta la fecha, hay pocos estudios de evaluación que traten los resultados de este tipo de programas (Beeber et al., 2010; Brody & Galvin, 2013; Sockalingam et al., 2014; Yanamadala et al., 2013). El panel de expertos señala que, aunque la satisfacción de los participantes y el conocimiento del personal son importantes, los programas formativos deben tratar de alcanzar resultados de aprendizaje superiores y examinar hasta qué punto la educación genera cambios en el comportamiento de los profesionales sanitarios y en los resultados en salud. Además, los programas formativos deben revisarse o rediseñarse según sea necesario para garantizar que generan competencias y cambios en la práctica sostenibles.

Algunos de los recursos que sustentan esta recomendación son el apartado sobre Evaluación y seguimiento de esta guía, que recoge la estructura, el proceso y los indicadores de resultados, y la *Herramienta de implantación de guías de práctica clínica* de la RNAO (2012b).



Recomendaciones para la Organización y Directrices

15.0 ORGANIZACIÓN, POLÍTICA Y DIRECTRICES

RECOMENDACIÓN 15.1:

Las instituciones deben demostrar liderazgo y mantener el compromiso con los principios fundamentales que sostienen la asistencia a las personas mayores con delirio, demencia o depresión, como:

- los cuidados centrados en la persona y en la familia (nivel de evidencia=Ia);
- interprofesional (nivel de evidencia=Ia);
- el cuidado colaborativo en los entornos laborales saludables (nivel de evidencia=V).

Discusión de la Evidencia:

La recomendación de que la atención a personas mayores con delirio, demencia o depresión requiere una atención centrada en la persona y la familia que sea colaborativa e interprofesional se apoya en evidencia consistente. A continuación se incluye la discusión de la evidencia para sustentar cada concepto.

Cuidados Centrados en la Persona y en la Familia

Este concepto se destaca a lo largo de toda la literatura relativa al delirio, la demencia y la depresión como estrategia efectiva y de gran importancia para atender a las personas que sufren estos trastornos (Cabrera et al., 2015; Enmarker et al., 2011; Konno et al., 2013; Lawrence et al., 2012; Livingston et al., 2014; NICE, 2009, 2010; Spenceley et al., 2015). Por ejemplo, estos planteamientos son importantes a la hora de implicar a las familias en los procesos de valoración (Inouye et al., 2014; NICE, 2009) y de desarrollar planes de cuidados individualizados.

El cuidado centrado en la persona y en la familia es un concepto que abarca distintos principios, actitudes, comportamientos y enfoques asistenciales (RNAO, 2015b). Los temas comunes señalados por la guía de la RNAO (2015b) *Cuidados centrados en la persona y la familia* son consecuentes con la literatura sobre delirio, demencia y depresión. Entre ellos se cuentan los siguientes:

1. establecer una relación terapéutica para lograr una verdadera colaboración, la continuidad en los cuidados y la toma de decisiones compartida;
2. organizar los cuidados en torno a la persona y con pleno respeto a ella;
3. conocer todos los aspectos de la persona (atención holística);
4. trabajar con comunicación, colaboración y compromiso.

Véase el **Anexo A** para consultar la definición de cuidados centrados en la persona y la familia, y la guía de la RNAO (2015b) *Cuidados centrados en la persona y en la familia* para consultar una discusión más amplia y las recomendaciones que se incluyen.

Para adoptar un planteamiento centrado en la persona y la familia, es necesario dedicar tiempo a la planificación y la coordinación, especialmente en personas con demencia (Konno et al., 2013; Lawrence et al., 2012). Además, este tipo de planteamientos requieren formación, dotación de personal adecuada, supervisión y apoyo institucional (Beeber et al., 2010; Eggenberger et al., 2013; Fossey et al., 2014; Lawrence et al., 2012; Livingston et al., 2014; Seitz et al., 2012; Spector et al., 2013). A pesar de que en la literatura sobre demencia se señala la necesidad de contar con apoyo institucional para respaldar la atención centrada en el paciente y la familia, el equipo de apoyo destaca que también es un principio fundamental para el tratamiento del delirio y la depresión, y que es aplicable a todo tipo de instituciones sanitarias.

Cuidados Colaborativos e Interprofesionales

El uso de cuidados colaborativos e interprofesionales también se señala reiteradamente para el cuidado de personas con delirio, demencia y depresión (Brody & Galvin, 2013; Chang-Quan et al., 2009; Cody & Drysdale, 2013; Dreizler et al., 2014; Nguyen & Vu, 2013; NICE, 2009, 2012b; O'Connor et al., 2009; Sockalingam et al., 2014; Spenceley et al., 2015; Thyrian, Wubbelier, & Hoffmann, 2013; Trangle et al., 2016). Por ejemplo, la colaboración interprofesional puede reducir los índices de delirio, como concluyó una revisión sistemática de calidad moderada (Sockalingam et al., 2014). También se ha observado que promueve la calidad de la atención a las personas con demencia (Brody & Galvin, 2013; Dreizler et al., 2014), y mejora la efectividad de los tratamientos para la depresión (Chang-Quan et al., 2009), especialmente en personas con depresión compleja y problemas de salud crónicos (NICE, 2009).

Entornos Laborales Saludables

Es bien sabido que el estrés y el desgaste laboral afectan negativamente a los cuidados (Elliott et al., 2012). El panel de expertos recomienda que las instituciones demuestren liderazgo y compromiso con el fomento de entornos laborales saludables^G, lo que supone, entre otras cosas, ocuparse del bienestar de la plantilla y garantizar que la carga de trabajo y la dotación de personal sean adecuados.

La RNAO ya lo recomendó en su Guía de buenas prácticas (2010a) *Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión*. La Guía indicaba que las instituciones deben reconocer que el bienestar de los profesionales sanitarios es fundamental para atender a personas mayores con delirio, demencia y depresión (RNAO, 2010a). Asimismo, para atender las complejas necesidades de estas personas, las decisiones sobre carga de trabajo y dotación de personal deben tener en cuenta el nivel de complejidad de las necesidades de estos pacientes y la experiencia y los conocimientos que son necesarios (Conn et al., 2014; RNAO, 2010a). Se puede consultar información y pautas más detalladas sobre entornos de trabajo saludables en las guías de la RNAO sobre Entornos laborales saludables en <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/hwe-guidelines>.

Demostración de los Principios a través del Liderazgo y el Compromiso

Las instituciones pueden demostrar su liderazgo y compromiso con los cuidados centrados en la persona y la familia, el cuidado colaborativo interprofesional y los entornos laborales saludables de distintas formas. Por ejemplo, pueden asegurarse de que los principios de la atención centrada en la persona y la familia se encuentren ya incorporados en su visión y misión institucional, dedicar recursos a la formación y el desarrollo de competencias, y medir y supervisar los resultados (RNAO, 2015b). Se puede encontrar más información en la *Herramienta de Implantación de guías de práctica clínica* de la RNAO (2012b) y en los indicadores para controlar y evaluar la implantación de la presente Guía (véase el apartado sobre Evaluación y seguimiento de esta guía).

RECOMENDACIÓN 15.2:

Las instituciones deben elegir herramientas de cribado y valoración del delirio, la demencia y la depresión que sean apropiadas a la población y al contexto asistencial, y ofrecer la formación y la infraestructura necesarias para fomentar su aplicación.

Nivel de Evidencia = V

Discusión de la Evidencia:

El panel de expertos recomienda que las instituciones determinen qué herramienta de cribado y valoración debe emplearse en su entorno sanitario. Esta elección tiene trascendencia ya que, dada la gran variedad de herramientas de que disponemos, muchas de ellas no son adecuadas de forma universal (Clevenger et al., 2012; Jackson et al., 2013; Lischka et al., 2012). Es importante emplear herramientas que ofrezcan fiabilidad^G y sean válidas para la población y el entorno clínico en que

se aplican (Trangle et al., 2016). Por ejemplo, las instituciones deberán determinar qué herramientas han de usarse cuando la persona mayor no puede participar plenamente en el proceso de valoración (Conn et al., 2015; RNAO, 2010a). Se deben utilizar versiones culturalmente apropiadas de estas herramientas siempre que sea posible. Si existieran barreras lingüísticas, el grupo de expertos recomienda recurrir a traductores profesionales. Otras consideraciones a la hora de seleccionar la herramienta son el contexto del entorno clínico, el tiempo y los recursos disponibles, y las competencias clínicas del personal (Conn et al., 2015; Development Group, 2010; NICE, 2009; RNAO, 2010a; Trangle et al., 2016; U.S. Preventative Services Task Force, 2014).

Para optimizar la implantación de las herramientas de cribado y valoración, las instituciones deben velar por que el personal cuente con la formación necesaria (véanse las **Recomendaciones 14.2 y 14.3**), y por que exista una infraestructura de soporte (p. ej., sistemas de documentación y supervisión). Para más información, véase la *Herramienta de implantación de guías de práctica clínica* de la RNAO (2012b). En el **Anexo H** se puede consultar una lista de herramientas de cribado.

RECOMENDACIÓN 15.3:

Las instituciones deben implantar programas integrales de múltiples componentes dirigidos por equipos colaborativos dentro de cada institución para abordar el delirio, la demencia y la depresión (nivel de evidencia = 1a).

Dichos programas tendrán que contar con el apoyo de:

- programas formativos integrales (nivel de evidencia=V);
- expertos clínicos y especialistas impulsores de los programas (nivel de evidencia =1a);
- procesos institucionales acordes con las buenas prácticas (nivel de evidencia=V).

Discusión de la Evidencia:

El uso de programas integrales de múltiples componentes se recomienda en la literatura y las guías clínicas como medio para tratar con efectividad el delirio, la demencia y la depresión. En el caso de las personas que corren riesgo de desarrollar delirio, esto incluye contar con un equipo interprofesional que aplique estrategias de prevención a lo largo de toda la hospitalización del paciente (AGS, 2014; Khan et al., 2012; Martínez et al., 2015). Por ejemplo, el programa HELP (Hospital Elder Life Program) de asistencia a personas mayores hospitalizadas, identificado por un metaanálisis y una revisión de la literatura, es un programa integral en el que participan un equipo interprofesional y voluntarios capacitados con el que se persigue implantar intervenciones de múltiples componentes para la prevención del delirio y del declive funcional (Hshieh et al., 2015; Inouye et al., 2014).

Para la atención de personas con demencia, la literatura subraya la importancia de identificar las necesidades de la persona y desarrollar planes de cuidados individualizados que incluyan gran variedad de intervenciones no farmacológicas para tratar los síntomas conductuales y psicológicos (véase la **Recomendación 7.1**).

Para atención primaria, los programas integrales para el manejo de la depresión son, por ejemplo, los protocolos de tratamiento, la educación del paciente, la formación de todo el personal administrativo y la disposición de vías de derivación y de visitas de seguimiento (O'Connor et al., 2009).

Para que la aplicación de los programas integrales de componentes múltiples para el delirio, la demencia y la depresión sea satisfactoria, hay que tener en cuenta diversos factores. En primer lugar, los profesionales sanitarios deben contar con la formación adecuada para implantar dichos programas, y sus conocimientos y competencias deberán reforzarse a lo

largo del tiempo con la ayuda de expertos clínicos e impulsores o líderes de los mismos (véanse las **Recomendaciones 14.2 y 14.3**). En segundo lugar, puede ser necesaria la intervención de expertos para la formación en determinadas especialidades (p. ej., musicoterapia, reminiscencia, terapias para la depresión) (Housden, 2009; Livingston et al., 2014; NICE, 2012b).

Es importante contar con liderazgo y compromiso a nivel institucional para sustentar la implantación de estos programas (véase la **Recomendación 15.1**), y contar con procedimientos, procesos y recursos específicos que puedan facilitar su aplicación sistemática. Algunos ejemplos en este sentido son los manuales para gestores y para el personal que explican las buenas prácticas (Livingston et al., 2014), los procesos de cribado integrados en los procesos de documentación electrónica (RNAO, 2010a), y las vías clínicas de cuidados y los conjuntos de normas enfermeras.

RECOMENDACIÓN 15.4:

Establecer procesos dentro de las instituciones para garantizar que toda la información de interés y la planificación de los cuidados de las personas con delirio, demencia y depresión se comunica y se coordina adecuadamente a lo largo del tratamiento y durante las transiciones asistenciales.

Nivel de Evidencia = Ia & V

Discusión de la Evidencia:

El panel de expertos recomienda que las instituciones establezcan procesos de comunicación y coordinación de los cuidados de aquellas personas que sufren delirio, demencia y depresión tanto dentro de un mismo contexto asistencial como entre distintos entornos de cuidados. Ello incluye unos "procesos adecuados de transmisión de la información (p. ej., en cuanto a derivaciones, comunicación y documentación, y políticas que fomenten métodos formales de transmisión de la información y creación de redes entre profesionales sanitarios)" (RNAO, 2010a, p. 13).

Es preciso comunicar y coordinar la asistencia porque los cuidados se prestan en distintos contextos, a lo largo de toda la progresión de la enfermedad y entre distintos profesionales dentro de un mismo entorno asistencial. La comunicación y la coordinación de la atención sanitaria son especialmente importantes para mantener la coherencia entre las distintas intervenciones asistenciales personalizadas (Lawrence et al., 2012), y para salvaguardar la seguridad (Kuske et al., 2014). La Guía de la RNAO (2014b) sobre transición de los cuidados, *Care Transitions*, destaca varias estrategias para lograr que la atención sea segura, efectiva y coordinada.

La gestión de casos⁶ y las reuniones para el seguimiento de los casos son dos estrategias que se señalan en la literatura para comunicar y coordinar los cuidados de las personas que sufren demencia. Para ello, la gestión de casos puede ayudar a abordar tanto los cambios sociales como de salud, ofrecer un soporte global y mejorar la aplicación de intervenciones de múltiples componentes (Zabalegui et al., 2014). Además, se pueden extraer otros beneficios, como una menor carga para el cuidador y una disminución de la institucionalización (Reilly et al., 2015; Zabalegui et al., 2014). La evidencia de la revisión sistemática sugiere que la gestión de casos puede tener más éxito si el volumen de casos con que se trabaja es razonable, si se articulan claramente los roles dentro del equipo interprofesional, si se reserva su aplicación a personas que presentan síntomas destacados de demencia (Khanassov, Vedel, & Pluye, 2014), y si hay integración entre profesionales de asistencia sanitaria y de asistencia social (Somme et al., 2012).

Dos revisiones han abordado el uso de reuniones para el seguimiento de los casos (case conferencing), en las que los profesionales sanitarios y los cuidadores discuten y desarrollan un plan de cuidados centrado en la persona (Phillips, West, Davidson, & Agar, 2013). Reuther et al. (2012) concluyeron que la evidencia sobre los resultados de este tipo de reuniones de seguimiento no era concluyente. No obstante, Phillips et al. (2013) señalaron que se podrían extraer diversos beneficios potenciales para las personas con demencia avanzada en centros de larga estancia, tales como mejoras en la comunicación, la coordinación y la planificación de los cuidados, y la implicación de familiares y miembros del equipo de cuidados, así como en la prevención de ingresos hospitalarios innecesarios y la mejora en las transiciones entre los cuidados en caso de que fuera necesaria una hospitalización. El panel de expertos apunta que este tipo de reuniones de seguimiento de los casos puede también ser útil en otros entornos.

Lagunas en la Investigación e Implicaciones para el Futuro

El equipo del programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO y el panel de expertos, al revisar la evidencia de la presente Guía, identificaron las áreas prioritarias de investigación recogidas en la Tabla 9. Se han clasificado en líneas generales como investigación sobre la práctica, los resultados y el sistema sanitario.

Tabla 9: Áreas de investigación prioritaria sobre la práctica, los resultados y el sistema sanitario

CATEGORÍA	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
Investigación sobre la Práctica	Estrategias efectivas para la valoración y el cuidado de personas con delirio en centros residenciales asistenciales
	Efectividad de intervenciones no farmacológicas para el delirio activo
	Estrategias efectivas para la valoración y el manejo del delirio en unidades de urgencias
	Manejo efectivo y respuestas adecuadas ante comportamientos sexualizados o de desinhibición sexual en personas con demencia
	Estudios comparativos en los que se examina la conveniencia del cribado de rutina para la posible detección de depresión, y en qué entornos asistenciales debería producirse dicho cribado de la depresión
	Competencias básicas basadas en la evidencia para la formación sobre delirio, demencia y depresión
Investigación sobre los Resultados	Efectividad de los programas formativos sobre el delirio, la demencia y la depresión que llevan a mejoras en la práctica
	Viabilidad de programas educativos o de educación continuada para enfermeras y profesionales asistenciales para abordar el delirio, la demencia y la depresión en personas mayores
	Resultados de las estrategias empleadas para ayudar a las instituciones sanitarias a implantar programas múltiples para el manejo del delirio, la demencia y la depresión
	Resultados de la implantación de contenidos sobre el delirio, la demencia y la depresión en instituciones educativas
Investigación sobre el Sistema Sanitario	Estudios de evaluación sobre programas de intervención particulares desarrollados en instituciones sanitarias para abordar el delirio, la demencia y la depresión
	Estudios comparativos sobre estrategias efectivas para la implantación de políticas institucionales de fomento del liderazgo en los ámbitos del delirio, la demencia y la depresión

Esta tabla, aunque no es exhaustiva, constituye un intento de identificar y priorizar la investigación necesaria en los ámbitos del delirio, la demencia y la depresión en las personas mayores. Muchas de las recomendaciones de esta Guía se basan en evidencia de investigación cuantitativa y cualitativa; otras se basan en otras guías clínicas o en la opinión del panel de expertos de la RNAO. Es necesario contar con más investigación sustantiva para validar algunas de estas recomendaciones. El aumento de la evidencia procedente de la investigación se traducirá en un mejor cuidado de las personas mayores con delirio, demencia y/o depresión.

Estrategias de Implantación

La implantación de las guías en el punto asistencial es una tarea exigente y multifacética, ya que los cambios en la práctica requieren algo más que sensibilización y difusión. Las guías deben adaptarse a las necesidades de cada entorno de práctica de forma sistemática y participativa para garantizar que las recomendaciones se ajustan a cada contexto local (Harrison, Graham, Fervers, & Hoek, 2013). Para ello, la *Herramienta de Implantación de guías de práctica clínica* de la RNAO (2012b) ofrece un proceso basado en la evidencia (véase el **Anexo L**).

La *Herramienta* se fundamenta en nueva evidencia indicativa de que la correcta asimilación de las buenas prácticas en el ámbito de la salud es más probable cuando:

- Los responsables de todos los niveles se comprometen con la implantación de las guías;
- Las guías que han de implantarse se seleccionan mediante un proceso sistemático y participativo;
- Se identifica a las partes para quienes las guías son de interés, y se logra que se impliquen en su implantación;
- Se evalúa la disposición del entorno para la implantación de las guías;
- Se adapta la guía al contexto local;
- Se consideran y abordan los facilitadores y barreras para el uso de la guía;
- Se desarrollan intervenciones destinadas a promover el uso de la guía;
- Se supervisa y se da soporte al uso de la guía de forma sistemática;
- Se evalúa el impacto de la guía como parte del proceso;
- Existen recursos adecuados para completar todos los aspectos de la implantación.

La *Herramienta* emplea el marco "Del conocimiento a la acción" (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009) para demostrar los pasos que son necesarios para la investigación y la síntesis del conocimiento. También guía la adaptación del nuevo conocimiento al contexto local. Este marco de trabajo recomienda identificar y usar herramientas como las guías para identificar las lagunas en el conocimiento e iniciar el proceso de adaptación del nuevo conocimiento a los entornos locales.

La RNAO está comprometida a maximizar el despliegue y la implantación de nuestras Guías de Buenas Prácticas Clínicas (BPG). Para ello, empleamos un planteamiento coordinado en la difusión, para lo que se usan diversas estrategias, como:

1. la red impulsora Nursing Best Practice Champion Network®, que desarrolla la capacidad de enfermeras individuales para fomentar la sensibilización, el compromiso y la adaptación de las guías de buenas prácticas;
2. conjuntos de normas enfermeras^G que recogen información clara, concisa y lista para la práctica extraída de las recomendaciones de las BPG y que puede incorporarse a las historias clínicas electrónicas y usarse también en entornos en los que se usa solo papel o que combinan ambas opciones;
3. la designación de instituciones como Best Practice Spotlight Organization® (BPSO®), que fomenta la implantación de las buenas prácticas en las instituciones y en el sistema sanitario. Las instituciones reconocidas como BPSO® se centran en desarrollar una cultura basada en la evidencia con el mandato específico de implantar, evaluar y dar soporte a diversas guías de la RNAO.

Además, ofrecemos anualmente oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades sobre guías concretas y sobre cómo implantarlas. Se puede consultar información sobre estrategias de implantación (en inglés) en:

- Red impulsora de la RNAO, Best Practice Champions Network®: www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions
- Conjuntos de normas enfermeras de la RNAO (Nursing Order Sets): www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets
- Designación de instituciones como Best Practice Spotlight Organizations® de la RNAO: www.RNAO.ca/bpg/bpsos
- Oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades y otras vías de desarrollo profesional: www.RNAO.ca/events

Evaluación y Seguimiento de esta Guía

A medida que vaya implantando las recomendaciones de la presente Guía, considere cómo va a monitorizar y evaluar su implantación e impacto.

La Tabla 10 se basa en un marco de trabajo descrito en la *Herramienta de implantación de guías de práctica clínica* de la RNAO (2012b) e ilustra algunos indicadores específicos para monitorizar y evaluar la implantación de la presente Guía.

Tabla 10: Indicadores de Estructura, Proceso y Resultado

TIPO DE INDICADOR		
ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Estos indicadores se refieren a los apoyos y recursos que precisa el sistema sanitario o la institución sanitaria o académica para lograr la implantación satisfactoria de la Guía <i>Delirio, demencia y depresión en las personas mayores: valoración y cuidados</i> .	Estos indicadores evalúan si se han implantado las buenas prácticas sobre educación, formación y práctica de los profesionales sanitarios para la mejora de sus capacidades de valoración y cuidado de personas mayores con demencia, delirio y depresión.	Estos indicadores evalúan el impacto de la implantación de las recomendaciones de la Guía en los resultados de las instituciones sanitarias, los profesionales del sector y los usuarios.
	Indicadores de proceso específicos de la educación y la formación de profesionales sanitarios	Indicadores de resultado específicos de los profesionales sanitarios
<p>Establecimiento de un comité a nivel de sistema para revisar las buenas prácticas relativas a la valoración y el cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Integración en todo el sistema de políticas y directrices coherentes con las buenas prácticas y con las recomendaciones de la Guía para dar apoyo a las personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Las instituciones definen la valoración y el cuidado de las personas mayores con delirio, demencia o depresión como prioridad clínica estratégica.</p> <p>Se dispone de medios económicos adecuados para dar apoyo e implantar las recomendaciones de la Guía.</p> <p>Las instituciones adoptan e implantan políticas y procedimientos basados en la evidencia que respaldan la valoración y el cuidado de las personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p>	<p>Porcentaje de estudiantes que reciben formación sobre delirio, demencia y depresión en programas asistenciales de nivel inicial.</p> <p>Porcentaje de estudiantes que toman parte en iniciativas clínicas/prácticas de cuidado a personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Porcentaje de enfermeras y de otros profesionales sanitarios que participan en seminarios de orientación, formación continuada o sesiones de formación relacionadas con el cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Porcentaje de enfermeras u otros profesionales sanitarios que se someten a una revisión del rendimiento anual que incluya la valoración de las competencias en los ámbitos del delirio, la demencia y la depresión.</p>	<p>Porcentaje de nuevos graduados (enfermeras u otros profesionales sanitarios) que refieren sentirse satisfechos con la educación y la formación recibidas para la valoración de personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Porcentaje de nuevos graduados (enfermeras u otros profesionales sanitarios) que demuestran unos conocimientos y unas competencias de nivel de principiante en la valoración y el cuidado de las personas mayores con delirio, demencia y depresión con un planteamiento centrado en la persona y en la familia.</p> <p>Porcentaje de enfermeras u otros profesionales sanitarios que refieren mayor confianza en la valoración y el cuidado efectivos de las personas mayores con delirio, demencia y depresión tras participar en programas educativos institucionales.</p>

TIPO DE INDICADOR		
ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
<p>Los programas institucionales que se ocupan de las personas mayores con delirio, demencia y depresión integran los principios de la atención centrada en el paciente y la familia, el cuidado interprofesional colaborativo y los entornos laborales saludables.</p> <p>Las instituciones disponen de recursos educativos para enfermeras y otros profesionales sanitarios relativos a la valoración y el cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión antes, durante y después de la implantación de la Guía.</p> <p>Las instituciones ofrecen actividades de desarrollo profesional relativas a la valoración y el cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión (p. ej., formación en el centro de trabajo, orientación/ formación clínica, desarrollo de políticas y procedimientos, desarrollo de formularios en la documentación).</p> <p>Las instituciones adoptan y ofrecen documentación adecuada –protocolos/ estándares/herramientas– que respalda la valoración y el cuidado de las personas mayores con delirio, demencia y depresión, entre otros: procesos de cribado y valoración, intervenciones, derivaciones, planificación de los cuidados y evaluación/seguimiento.</p> <p>Las instituciones establecen procesos para comunicar y coordinar los cuidados dedicados a las personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Las unidades, los programas, los servicios o los equipos implantan herramientas adecuadas para el cribado y/o la valoración de las personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Las unidades, los programas, los servicios o los equipos ofrecen programas formativos sobre el delirio, la demencia y la depresión a enfermeras y otros profesionales sanitarios.</p>		

TIPO DE INDICADOR		
ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
<p>Anualmente se realizan evaluaciones del desempeño de enfermeras y otros profesionales sanitarios. Dichas evaluaciones inciden en la importancia de la práctica reflexiva y el desarrollo profesional continuado respecto a la valoración y el cuidado de las personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Se dispone de recursos formativos para programas universitarios de enfermería u otras profesiones sanitarias relacionadas con la asistencia, que son coherentes con las buenas prácticas para la valoración y el cuidados de personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Se incorporan oportunidades clínicas/prácticas de valoración y cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión en los planes de estudios básicos e interprofesionales para enfermeras y otros profesionales sanitarios.</p> <p>Se cuenta con el apoyo de expertos clínicos y figuras impulsoras para ayudar a las enfermeras y los demás profesionales sanitarios a incorporar las buenas prácticas en la valoración y el cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión.</p> <p>Se cuenta con educadores cualificados para desarrollar/reforzar y evaluar los programas educativos para enfermeras y demás profesionales sanitarios en relación al delirio, la demencia y la depresión alineados con las buenas prácticas.</p>		

TIPO DE INDICADOR		
	INDICADORES DE PROCESO ESPECÍFICOS PARA LA PERSONA	INDICADORES DE RESULTADO ESPECÍFICOS PARA LA PERSONA
	<p>Porcentaje de personas mayores derivadas para su valoración, diagnóstico y seguimiento cuando las valoraciones indican posible delirio, demencia y/o depresión.</p> <p>Porcentaje de personas mayores bajo sospecha de posible delirio, demencia y/o depresión con valoración integral documentada o derivación para una valoración integral.</p> <p>Porcentaje de personas mayores (y/o familias o cuidadores, según proceda) que reciben educación sobre el delirio, la demencia y/o la depresión.</p> <p>Delirio:</p> <p>Porcentaje de personas mayores valoradas para detectar factores de riesgo de delirio en el primer contacto (p. ej., en el ingreso o al comienzo de los cuidados).</p> <p>Porcentaje de personas mayores en riesgo de delirio con un plan establecido de prevención del delirio.</p> <p>Porcentaje de personas mayores en riesgo de delirio que se someten a una valoración de posible delirio con una herramienta adecuada.</p> <p>Porcentaje de personas mayores con una valoración documentada de las causas subyacentes de delirio.</p> <p>Porcentaje de personas mayores con un plan de cuidados individualizado para el manejo del delirio.</p>	<p>Porcentaje de personas mayores con delirio, demencia y/o depresión (y/o sus familias, según proceda), que han participado en el desarrollo de un plan de cuidados individualizado.</p> <p>Porcentaje de personas mayores con delirio, demencia y/o depresión (y/o sus familias, según proceda) que indican que los planes de cuidados para el delirio, la demencia y/o la depresión son individualizados y están centrados en la persona y la familia.</p> <p>Porcentaje de personas mayores con delirio, demencia y/o depresión (y/o sus familias, según proceda) que indican que las enfermeras y/u otros profesionales sanitarios utilizan una comunicación efectiva (p. ej., uso de la comunicación terapéutica y aplicación de estrategias de comunicación efectivas para personas con déficits cognitivos).</p> <p>Delirio:</p> <p>Porcentaje de personas mayores cuyo cribado/valoración de delirio es positivo.</p> <p>Incidencia del delirio en personas mayores (a lo largo de proceso de ingreso).</p> <p>Prevalencia del delirio en las personas mayores.</p> <p>Duración media de la hospitalización en las personas mayores con delirio.</p>

TIPO DE INDICADOR		
	INDICADORES DE PROCESO ESPECÍFICOS PARA LA PERSONA	INDICADORES DE RESULTADO ESPECÍFICOS PARA LA PERSONA
	<p>Demencia:</p> <p>Porcentaje de personas mayores con una valoración documentada de las causas subyacentes/las necesidades no satisfechas que contribuyen a los síntomas conductuales y psicológicos de demencia.</p> <p>Porcentaje de personas mayores con demencia a quienes se ha realizado una valoración del dolor.</p> <p>Depresión:</p> <p>Porcentaje de personas mayores a quienes se ha realizado una valoración de la depresión una vez se han documentado factores de riesgo o signos y síntomas de depresión.</p> <p>Porcentaje de personas mayores en riesgo de depresión a quienes se ha realizado una valoración de riesgo de suicidio.</p> <p>Porcentaje de personas mayores en riesgo de suicidio que reciben atención médica urgente.</p>	<p>Demencia:</p> <p>Prevalencia de demencia en las personas mayores.</p> <p>Porcentaje de personas mayores con intervenciones no farmacológicas establecidas para el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.</p> <p>Porcentaje de personas mayores con demencia a quienes se prescribe medicación psicotrópica.</p> <p>Porcentaje de personas mayores con síntomas conductuales y psicológicos de demencia a quienes se aplican medidas físicas de contención.</p> <p>Depresión:</p> <p>Prevalencia de depresión en las personas mayores.</p> <p>Porcentaje de personas mayores identificadas en riesgo de depresión con ideación suicida en el momento del ingreso o el inicio de los cuidados.</p> <p>Porcentaje de personas mayores en riesgo de suicidio (tanto con diagnóstico de sospecha de depresión como con diagnóstico confirmado).</p>

Otros recursos para la evaluación y el seguimiento de las Guías de Buenas Prácticas:

- Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® (NQuIRE®), que son indicadores de calidad enfermera para la elaboración de informes y la evaluación, diseñados para las Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®) de la RNAO, de manera que puedan monitorizar de forma sistemática el progreso y evaluar los resultados de la implantación de las guías de buenas prácticas de la RNAO en sus respectivas instituciones. NQuIRE es la primera iniciativa de calidad internacional de este tipo, consistente en una base de datos de indicadores de calidad extraídos de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica seleccionadas de la RNAO. Se puede obtener más información en la página web: www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire (en inglés).
- Los conjuntos de normas enfermeras (order set) integrados en las historias clínicas electrónicas ofrecen un mecanismo de obtención electrónica de datos sobre indicadores de proceso. La posibilidad de vincular los indicadores de proceso y estructura con los resultados concretos del paciente ayuda a determinar el impacto de la implantación de las Guías sobre resultados en salud concretos. Para obtener más información puede visitar la página: www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets (en inglés).

Proceso de Actualización y Revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario se compromete a actualizar sus Guías de Buenas Prácticas (BPG, por sus siglas en inglés) de la siguiente manera:

1. Cada Guía de Buenas Prácticas será revisada por un panel de expertos en el área temática cada cinco años tras la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas de RNAO (IABPG, por sus siglas en inglés) realizará un seguimiento de las nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y otra literatura relevante en el tema que vaya apareciendo.
3. Basándose en ese seguimiento, el personal del IABPG podrá recomendar un periodo de revisión anticipado para una guía de práctica clínica en particular. Se consultará a los miembros del panel de expertos y a otros especialistas y expertos en la materia para ayudar a tomar la decisión de examinar y revisar la guía de buenas prácticas de forma anticipada al plazo propuesto.
4. Tres meses antes de que finalice el plazo marcado, el personal del IABPG comienza a planificar la revisión mediante:
 - a) La invitación a especialistas en la materia a participar en el panel de expertos. Dicho panel estará compuesto por los miembros del panel de expertos original, así como otros especialistas recomendados y expertos.
 - b) La recopilación de los comentarios recibidos y las dudas planteadas durante la implantación, incluyendo comentarios y experiencias de los centros designados como BPSOs® y otros centros de implantación en relación a sus experiencias.
 - c) La recopilación de nuevas guías de buenas prácticas clínicas en el campo de interés y la mejora del objetivo y el alcance.
 - d) El desarrollo de un plan de trabajo detallado con plazos y resultados para la elaboración de una nueva edición de la guía de buenas prácticas.
5. Se difundirán las nuevas ediciones de la guía de práctica clínica basándose en las estructuras y en los procesos establecidos.

Referencias

- Alzheimer's Association. (2016a). *Mild cognitive impairment*. Retrieved from <http://www.alz.org/dementia/mild-cognitive-impairment-mci.asp>
- Alzheimer's Association. (2016b). *Sleep issues and sundowning*. Retrieved from <http://www.alz.org/care/alzheimers-dementia-sleep-issues-sundowning.asp>
- Alzheimer's Association. (2016c). *Stages of Alzheimer's*. Retrieved from http://www.alz.org/alzheimers_disease_stages_of_alzheimers.asp
- Alzheimer's Society. (2016). *Types of dementia*. Retrieved from <https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents.php?categoryID=200362>
- Alzheimer Society of Ontario. (2012). *Dementia amidst complexity: Evidence from Ontario*. Retrieved from <http://www.alzheimer.ca/on/~media/Files/on/PPPI%20Documents/Dementia%20Amidst%20Complexity%202012.pdf>
- Alzheimer Society of Canada. (2015a). *Dementia numbers in Canada*. Retrieved from <http://www.alzheimer.ca/en/About-dementia/What-is-dementia/Dementia-numbers>
- Alzheimer Society of Canada. (2015b). *Other dementias*. Retrieved from <http://www.alzheimer.ca/en/About-dementia/Dementias>
- American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. (2014). *American Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults*. New York, NY: American Geriatrics Society.
- American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. (2015). Postoperative delirium in older adults: Best practice statement from the American Geriatrics Society. *Journal of the American College of Surgeons*, 220(2), 136–148.
- American Medical Directors Association. (2008). *Delirium and acute problematic behavior in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.
- American Medical Directors Association. (2011). *Depression in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.
- American Medical Directors Association. (2012). *Dementia in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.
- American Psychiatric Association. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). Scoping the scope of a Cochrane review. *Journal of Public Health*, 33(1), 147–150.
- Baker, C. M., Ogden, S. J., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–20.

- Balsamo, S., Willardson, J. M., de Santana, F. S., Prestes, J., Balsamo, D. C., Nascimento, D. C., ... Nobrega, O. T. (2013). Effectiveness of exercise on cognitive impairment and Alzheimer's disease. *International Journal of General Medicine*, 6, 387–391.
- Beeber, A. S., Zimmerman, S., Fletcher, S., Mitchell, C. M., & Gould, E. (2010). Challenges and strategies for implementing and evaluating dementia care staff training in long-term care settings. *Alzheimer's Care Today*, 11(1), 17–39.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236–248.
- Blackburn, R., & Bradshaw, T. (2014). Music therapy for service users with dementia: A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(10), 879–888.
- Bridle, C., Spanjers, K., Patel, S., Atherton, N. M., & Lamb, S. E. (2012). Effect of exercise on depression severity in older people: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 201(3), 180–185.
- Brodsky, H., & Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946–953.
- Brody, A. A., & Galvin, J. E. (2013). A review of interprofessional dissemination and education interventions for recognizing and managing dementia. *Gerontology & Geriatrics Education*, 34(3), 225–256.
- Brooks, P. B. (2012). Postoperative delirium in elderly patients. *American Journal of Nursing*, 112(9), 38–51.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(108), 839–842.
- Butler-Jones, David. (2010). *The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada, 2010: Growing older—Adding life to years*. Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho_report_2010_e.pdf
- Cabrera, E., Sutcliffe, C., Verbeek, H., Saks, K., Soto-Martin, M., Meyer, G., ... Zabalegui, A. (2015). Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes: A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 134–150.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2006). National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of mental health issues in long term care homes (focus on mood and behaviour symptoms). Toronto, ON: Author.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2010). *Guideline on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end of life*. Toronto, ON: Author.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2005). *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf
- Canadian Nurses Association. (2010). *Promoting cultural competence in nursing: Position statement*. Ottawa, ON: Author.

- Canadian Psychological Association. (2015). "Psychology works" fact sheet: Depression among seniors. Retrieved from http://www.cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/PsychologyWorksFactSheet_DepressionAmongSeniors.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Descriptive and analytic studies*. Retrieved from http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf
- Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Yuan, Z., Yu-Sheng, P., & Qing-Xiu, L. (2009). Collaborative care interventions for depression in the elderly: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Investigative Medicine*, 57(2), 446–455.
- Chi, I., Jordan-Marsh, M., Guo, M., Xie, B., & Bai, Z. (2013). Tai chi and reduction of depressive symptoms for older adults: A meta-analysis of randomized trials. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(1), 3–12.
- Chien, L.-Y., Chu, H., Guo, J.-L., Liao, Y.-M., Chang, L.-I., Chen, C.-H., & Chou, K.-R. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089–1098.
- Clegg, A., Siddiqi, N., Heaven, A., Young, J., & Holt, R. (2014). Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(1). doi:10.1002/14651858.CD009537.pub2
- Clevenger, C. K., Chu, T. A., Yang, Z., & Hepburn, K. W. (2012). Clinical care of persons with dementia in the emergency department: A review of the literature and agenda for research. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(9), 1742–1748.
- Cody, R. A., & Drysdale, K. (2013). The effects of psychotherapy on reducing depression in residential aged care: A meta-analytic review. *Clinical Gerontologist*, 36(1), 46–69.
- Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., & Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients: A systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing*, 38(1), 19–26.
- College of Nurses of Ontario. (2009a). *Culturally sensitive care*. Toronto, ON: Author. Retrieved from http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf
- College of Nurses of Ontario. (2009b). *Restraints*. Toronto, ON: Author. Retrieved from http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41043_restraints.pdf
- College of Nurses of Ontario. (2013). *Therapeutic nurse-client relationship, revised 2006*. Toronto, ON: Author. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf
- College of Nurses of Ontario. (2014). *Competencies for entry-level Registered Nurse practice*. Toronto, ON: Author. Retrieved from https://www.cno.org/globalassets/docs/reg/41037_entrytopractic_final.pdf
- Conn, D, Gibson, M, & McCabe, D. (2014). *2014 CCSMH guideline update: The assessment and treatment of mental health issues in long term care homes—Focus on mood and behaviour symptoms*. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Retrieved from <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-LTC.pdf>
- Cooper, C., Mukadam, N., Katona, C., Lyketsos, C. G., Ames, D., Rabins, P., ... Brodaty, H. (2012). Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(06), 856–870.

- Corbett, A., Stevens, J., Aarsland, D., Day, S., Moniz-Cook, E., Woods, R., ... Ballard, C. (2012). Systematic review of services providing information and/or advice to people with dementia and/or their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 628–636.
- Cowl, A. L., & Gaugler, J. E. (2014). Efficacy of creative arts therapy in treatment of Alzheimer's disease and dementia: A systematic literature review. *Activities, Adaptation & Aging*, 38(4), 281–330.
- Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias. (2010). *Clinical Practice Guideline on the comprehensive care of people with Alzheimer's disease and other dementias*. Retrieved from http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_comp_eng.pdf
- Dreizler, J., Koppitz, A., Probst, S., & Mahrer-Imhof, R. (2014). Including nurses in care models for older people with mild to moderate depression: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 911–926.
- Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345–358.
- Elliott, K. E. J., Scott, J. L., Stirling, C., Martin, A. J., & Robinson, A. (2012). Building capacity and resilience in the dementia care workforce: A systematic review of interventions targeting worker and organizational outcomes. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 882–894.
- Elvish, R., Lever, S.-J., Johnstone, J., Cawley, R., & Keady, J. (2013). Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling & Psychotherapy Research*, 13(2), 106–125.
- Enmarker, I., Olsen, R., & Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 153–162.
- Farina, N., Rusted, J., & Tabet, N. (2014). The effect of exercise interventions on cognitive outcome in Alzheimer's disease: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 9–18.
- Field, M., & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Flaherty, J. H., Gonzales, J. P., & Dong, B. (2011). Antipsychotics in the treatment of delirium in older hospitalized adults: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(Suppl. 2), S269–276.
- Fleiss, J., Levin, B., & Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3rd ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Forbes, D., Culum, I., Lischka, A. R., Morgan, D. G., Peacock, S., Forbes, J., & Forbes, S. (2009). Light therapy for managing cognitive, sleep, functional, behavioural, or psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(4). doi:10.1002/14651858.CD003946.pub3
- Forbes, D., Thiessen, E. J., Blake, C. M., Forbes, S. C., & Forbes, S. (2013). Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12). doi:10.1002/14651858.CD006489.pub
- Forrester, L. T., Maayan, N., Orrell, M., Spector, A. E., Buchan, L. D., & Soares-Weiser, K. (2014). Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(2). doi: 10.1002/14651858.CD003150.pub2

Fossey, J., Masson, S., Stafford, J., Lawrence, V., Corbett, A., & Ballard, C. (2014). The disconnect between evidence and practice: A systematic review of person-centred interventions and training manuals for care home staff working with people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(8), 797–807.

Fox, B., Hodgkinson, B., & Parker, D. (2014). The effects of physical exercise on functional performance, quality of life, cognitive impairment and physical activity levels for older adults aged 65 years and older with a diagnosis of dementia: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 12*(9), 158–276.

Gage, L., & Hogan, D. B. (2014). *2014 CCSMH guideline update: The assessment and treatment of delirium*. Toronto, ON: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Retrieved from <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-Delirium.pdf>

Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y. M., Au, A., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., ... Shyu, Y.-I. (2012). International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers: A review. *Clinical Gerontologist, 35*(4), 316–355.

Giebel, C. M., Zubair, M., Jolley, D., Bhui, K. S., Purandare, N., Worden, A., & Challis, D. (2015). South Asian older adults with memory impairment: Improving assessment and access to dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 30*(4), 345–356.

Godwin, K. M., Mills, W. L., Anderson, J. A., & Kunik, M. E. (2013). Technology-driven interventions for caregivers of persons with dementia: A systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 28*(3), 216–222.

Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*(10), 1817–1830.

Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., & van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. In S. E. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed.) (pp. 110–120). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Health Care Consent Act, 1996. (1996). S.O. 1996, c. 2, Sched. A, as amended. Retrieved from http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm

Health Care Innovation Working Group. (2012). *From innovation to action: The first report of the Health Care Innovation Working Group*. Retrieved from http://www.pmprovinceterritoires.ca/phocadownload/publications/health_innovation_report-e-web.pdf

Holroyd-Leduc, J. M., Khandwala, F., & Sink, K. M. (2010). How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? *Canadian Medical Association Journal, 182*(5), 465–470.

Housden, S. (2009). The use of reminiscence in the prevention and treatment of depression in older people living in care homes: A literature review. *Groupwork: An Interdisciplinary Journal for Working with Groups, 19*(2), 28–45.

Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine, 175*(4), 512–520.

Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y., & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(7), 756–763.

- Inouye, S. K., Bogardus Jr, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney Jr, L. M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, *340*(9), 669–676.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, *383*(9920), 911–922.
- Jackson, T. A., Naqvi, S. H., & Sheehan, B. (2013). Screening for dementia in general hospital inpatients: A systematic review and meta-analysis of available instruments. *Age and Ageing*, *42*(6), 689–695.
- Jensen, M., Agbata, I. N., Canavan, M., & McCarthy, G. (2015). Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *30*(2), 130–143.
- Khan, B. A., Zawahiri, M., Campbell, N. L., Fox, G. C., Weinstein, E. J., Nazir, A., ... Boustani, M. A. (2012). Delirium in hospitalized patients: Implications of current evidence on clinical practice and future avenues for research—A systematic evidence review. *Journal of Hospital Medicine*, *7*(7), 580–589.
- Khanassov, V., Vedel, I., & Pluye, P. (2014). Case management for dementia in primary health care: A systematic mixed studies review based on the diffusion of innovation model. *Clinical Interventions in Aging*, *9*, 915–928.
- Khurana, V., Gambhir, I. S., & Kishore, D. (2011). Evaluation of delirium in elderly: A hospital based study. *Geriatrics & Gerontology International*, *11*(4), 467–473.
- Kiosses, D. N., Leon, A. C., & Arean, P. A. (2011). Psychosocial interventions for late-life major depression: Evidence-based treatments, predictors of treatment outcomes, and moderators of treatment effects. *The Psychiatric Clinics of North America*, *34*(2), 377–viii.
- Konno, R., Stern, C., & Gibb, H. (2013). The best evidence for assisted bathing of older people with dementia: A comprehensive systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *11*(1), 123–212.
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*(4), 331–340.
- Kuske, S., Graf, R., Hartig, M., Quasdorf, T., Vollmar, H. C., & Bartholomeyczik, S. (2014). Dementia considered? Safety-relevant communication between health care settings: A systematic review. *Journal of Public Health*, *22*(5), 383–393.
- Kverno, K. S., Black, B. S., Nolan, M. T., & Rabins, P. V. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998–2008: A systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, *21*(5), 825–843.
- LaMantia, M. A., Messina, F. C., Hobgood, C. D., & Miller, D. K. (2014). Screening for delirium in the emergency department: A systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, *63*(5), 551–560.
- Laver, K., Clemson, L., Bennett, S., Lannin, N. A., & Brodaty, H. (2014). Unpacking the evidence: Interventions for reducing behavioral and psychological symptoms in people with dementia. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, *32*(4), 294–309.
- Lawrence, V., Fossey, J., Ballard, C., Moniz-Cook, E., & Murray, J. (2012). Improving quality of life for people with dementia in care homes: Making psychosocial interventions work. *The British Journal of Psychiatry*, *201*(5), 344–351.

Lischka, A. R., Mendelsohn, M., Overend, T., & Forbes, D. (2012). A systematic review of screening tools for predicting the development of dementia. *Canadian Journal on Aging, 31*(3), 295–311.

Littbrand, H., Stenvall, M., & Rosendahl, E. (2011). Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: A systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 90*(6), 495–518.

Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., ... Cooper, C. (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technology Assessment, 18*(39), 1–vi.

Marcantonio, E. R. (2011). Delirium. *Annals of Internal Medicine, 154*(11), ITC6 2–16.

Marim, C. M., Silva, V., Taminato, M., & Barbosa, D. A. (2013). Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21 Spec No, 267–275*.

Martinez, F., Tobar, C., & Hill, N. (2015). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing, 44*(2), 196–204.

McKechnie, V., Barker, C., & Stott, J. (2014). Effectiveness of computer-mediated interventions for informal carers of people with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics, 26*(10), 1619–1637.

McLaren, A. N., Lamantia, M. A., & Callahan, C. M. (2013). Systematic review of non-pharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia. *Ageing & Mental Health, 17*(6), 655–666.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal, 339*, b2535.

Moniz Cook, E. D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., & Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012*(2). doi:10.1002/14651858.CD006929.pub2

Moon, H., & Adams, K. B. (2013). The effectiveness of dyadic interventions for people with dementia and their caregivers. *Dementia, 12*(6), 821–839.

Moyle, W., Murfield, J. E., O'Dwyer, S., & Van Wyk, S. (2013). The effect of massage on agitated behaviours in older people with dementia: A literature review. *Journal of Clinical Nursing, 22*(5-6), 601–610.

Mukadam, N., Cooper, C., Kherani, N., & Livingston, G. (2015). A systematic review of interventions to detect dementia or cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 30*(1), 32–45.

Mura, G., & Carta, M. G. (2013). Physical activity in depressed elderly: A systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 9*, 125–135.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Depression in adults: The treatment and management of depression in adults*. London, UK: Author.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. London, UK: Author.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. London, UK: Author.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012a). *Delirium: Evidence update April 2012*. London, UK: Author.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012b). *Depression: Evidence update April 2012*. London, UK: Author.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). *Common mental health disorders: Evidence update March 2013*. London, UK: Author.
- National Institute for Mental Health. (2016). *Mental health medications*. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/mental-health-medications/index.shtml>
- Nehen, H. G., & Hermann, D. M. (2015). Supporting dementia patients and their caregivers in daily life challenges: Review of physical, cognitive and psychosocial intervention studies. *European Journal of Neurology*, 22(2), 246–252.
- Nelson, J. C., & Devanand, D. P. (2011). A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 577–585.
- Nguyen, D., & Vu, C. M. (2013). Current depression interventions for older adults: A review of service delivery approaches in primary care, home-based, and community-based settings. *Current Translational Geriatrics and Gerontology Reports*, 2(1), 37–44.
- O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Gaynes, B., & Beil, T. L. (2009). Screening for depression in adults and older adults in primary care: An updated systematic review. *Evidence Synthesis No. 75* (AHRQ Publication No. 10-05143-EF-1). Rockville, MA: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ohman, H., Savikko, N., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2014). Effect of physical exercise on cognitive performance in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 38(5-6), 347–365.
- Olazaran, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., Del Ser, T., ... Muniz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161–178.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2012). *Living longer, living well*. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/seniors_strategy/
- Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. E., & Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(1). doi:10.1002/14651858.CD009125.pub2
- Park, S.-H., Han, K. S., & Kang, C.-B. (2014). Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials. *Applied Nursing Research*, 27(4), 219–226.
- Parke, B., Beaith, A., Slater, L., & Clarke, A. M. (2011). Contextual factors influencing success or failure of emergency department interventions for cognitively impaired older people: A scoping and integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1426–1448.

- Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research and Design Journal*, 4(3), 50–71.
- Perry, M., Draskovic, I., Lucassen, P., Vernooij-Dassen, M., van Achterberg, T., & Rikkert, M. O. (2011). Effects of educational interventions on primary dementia care: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 1–11.
- Phillips, J. L., West, P. A., Davidson, P. M., & Agar, M. (2013). Does case conferencing for people with advanced dementia living in nursing homes improve care outcomes: Evidence from an integrative review? *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1122–1135.
- Pieper, M. J. C., van Dalen-Kok, A. H., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J. A., Husebo, B. S., & Achterberg, W. P. (2013). Interventions targeting pain or behaviour in dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 1042–1055.
- Pitkälä, K., Savikko, N., Poysti, M., Strandberg, T., & Laakkonen, M. L. (2013). Efficacy of physical exercise intervention on mobility and physical functioning in older people with dementia: A systematic review. *Experimental Gerontology*, 48(1), 85–93.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Potter, R., Ellard, D., Rees, K., & Thorogood, M. (2011). A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1000–1011.
- Rambhade, S., Chakarborty, A., Shrivastava, A., Patil, U. K., & Rambhade, A. (2012). A survey on polypharmacy and use of inappropriate medications. *Toxicology International*, 19(1), 68–73.
- Rampatige, R., Dunt, D., Doyle, C., Day, S., & van Dort, P. (2009). The effect of continuing professional education on health care outcomes: Lessons for dementia care. *International Psychogeriatrics*, 21(Suppl. 1), S34-43.
- Regan, B., & Varanelli, L. (2013). Adjustment, depression, and anxiety in mild cognitive impairment and early dementia: A systematic review of psychological intervention studies. *International psychogeriatrics*, 25(12), 1963–1984.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2006a). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2006b). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2007). *Embracing cultural diversity in health care: developing cultural competence*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2009). *Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2010a). *Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2010b). *Screening for delirium, dementia and depression in the older adult*. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2012a). *Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints*. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2012b). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2013a). *Assessment and management of pain* (3rd ed.). Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2013b). *Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes*. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2014a). *Addressing and preventing abuse and neglect of older adults: Person-centred, collaborative, system-wide approaches*. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2014b). *Care transitions*. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015a). *Engaging clients who use substances*. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015b). *Person- and family-centred care*. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Practice education in nursing*. Toronto, ON: Author.

Reilly, S., Miranda-Castillo, C., Malouf, R., Hoe, J., Toot, S., Challis, D., & Orrell, M. (2015). Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(1). doi:10.1002/14651858.CD008345.pub2

Reis, R. C., Dalpai, D., & Camozzato, A. (2013). Staff training to reduce behavioral and psychiatric symptoms of dementia in nursing home residents: A systematic review of intervention reproducibility. *Dementia & Neuropsychologia*, 7(3), 292–297.

Reuther, S., Dichter, M. N., Buscher, I., Vollmar, H. C., Holle, D., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2012). Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1891–1903.

Robinson, L., Dickinson, C., Rousseau, N., Beyer, F., Clark, A., Hughes, J., ... Exley, C. (2012). A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. *Age and Ageing*, 41(2), 263–269.

Ross-Kerr, J., Wood, M., Astle, B., & Duggleby, W. (2014). *Canadian fundamentals of nursing*. Toronto, ON: Elsevier.

Samad, Z., Brealey, S., & Gilbody, S. (2011). The effectiveness of behavioural therapy for the treatment of depression in older adults: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(12), 1211–1220.

Schoenmakers, B., Buntinx, F., & DeLepeleire, J. (2010). Supporting the dementia family caregiver: The effect of home care intervention on general well-being. *Aging & Mental Health*, 14(1), 44–56.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults*. Edinburgh, UK: Author.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>

Seitz, D. P., Brisbin, S., Herrmann, N., Rapoport, M. J., Wilson, K., Gill, S. S., ... Conn, D. (2012). Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(6), 503–506.

Simon, S. S., Cordas, T. A., & Bottino, C. M. C. (2015). Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 223–233.

Sockalingam, S., Tan, A., Hawa, R., Pollex, H., Abbey, S., & Hodges, B. D. (2014). Interprofessional education for delirium care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), 345–351.

Somme, D., Trouve, H., Drame, M., Gagnon, D., Couturier, Y., & Saint-Jean, O. (2012). Analysis of case management programs for patients with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia: Journal of the Alzheimer's Association*, 8(5), 426–436.

Spector, A., Orrell, M., & Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 354–364.

Spenceley, S. M., Sedgwick, N., & Keenan, J. (2015). Dementia care in the context of primary care reform: An integrative review. *Aging & Mental Health*, 19(2), 107–120.

Speziale, H. J. S., & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Stanford School of Medicine. (2016). *Categories of psychiatric medications*. Retrieved from <http://whatmeds.stanford.edu/medications/categories.html>

Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M., & Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care* (pp.151–159). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Tavares, B. B., Moraes, H., & Laks, J. (2014). Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or Alzheimer's disease: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 134–139.

The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossary of terms in The Cochrane Collaboration* (Version 4.2.5). Retrieved from <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>

The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 5.1.0). Retrieved from <http://handbook.cochrane.org/>

Thune-Boyle, I. C. V., Iliffe, S., Cerga-Pashoja, A., Lowery, D., & Warner, J. (2012). The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: Towards a research agenda. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1046–1057.

Thyrian, J. R., Wubbeler, M., & Hoffmann, W. (2013). Interventions into the care system for dementia. *Geriatric Mental Health Care*, 1(3), 67–71.

Topo, P. (2009). Technology studies to meet the needs of people with dementia and their caregivers: A literature review. *Journal of Applied Gerontology*, 28(1), 5–37.

Trangle, M., Gursky, J., Haight, R., Hardwig, J., Hinnenkamp, T., Kessler, D. ... Myszkowski, M. (2016). *Adult depression in primary care*. Retrieved from the Institute for Clinical Systems Improvements website: <https://www.icsi.org/asset/fnhdm3/Depr.pdf>

- Tucker, I. (2010). Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: A literature review. *International psychogeriatrics*, 22(5), 683-692.
- Ueda, T., Suzukamo, Y., Sato, M., & Izumi, S.-I. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(2), 628–641.
- U.S. Preventative Services Task Force. (2014). *Cognitive impairment in older adults: Screening*. Retrieved from <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cognitive-impairment-in-older-adults-screening>
- Wahl, J. (2009). *Consent, capacity and substitute decision-making: The basics*. Retrieved from <http://www.advocacycentrelderly.org/appimages/file/Consent%20and%20Capacity%20Basics%20-%202009.pdf>
- Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 19(2), 108–113.
- Wong, C. L., Holroyd-Leduc, J., Simel, D. L., & Straus, S. E. (2010). Does this patient have delirium?: Value of bedside instruments. *JAMA*, 304(7), 779–786.
- World Health Organization. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Retrieved from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- World Health Organization. (2012). *Dementia: A public health priority*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
- World Health Organization. (2012/2015). *Evidence-based recommendations for management of dementia in non-specialized health settings*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/en/
- World Health Organization. (2016). *What are social determinants of health?* Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
- Yanamadala, M., Wieland, D., & Heflin, M. T. (2013). Educational interventions to improve recognition of delirium: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), 1983–1993.
- Zabalegui, A., Hamers, J. P. H., Karlsson, S., Leino-Kilpi, H., Renom-Guiteras, A., Saks, K., ... Cabrera, E. (2014). Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. *Patient Education and Counseling*, 95(2), 175–184.

Anexo A: Glosario

Actitudes y comportamientos de los cuidados centrados en la persona (y la familia): "Las actitudes propias de los cuidados centrados en la persona reflejan que el profesional sanitario cree en la importancia de llegar a conocer a la persona en su integridad (a nivel biopsicosocial y espiritual) cuando tiene que evaluar su estado de salud, y también en la importancia de identificar la capacidad de la persona para tomar decisiones; por tanto, el profesional sanitario fomenta la autonomía y el reparto del poder. Los comportamientos propios de los cuidados centrados en la persona son las características que revela el profesional sanitario en su actitud orientada al cuidado de la persona, como los comportamientos verbales (p. ej., hacer preguntas de forma respetuosa y atenta y mostrando interés por lo que dice la persona) y no verbales (p. ej., sentarse frente a la persona al hablar con ella para que perciba la relación como de cooperación). Las actitudes y los comportamientos son componentes importantes del cuidado centrado en el paciente" (Duggan et al., 2006b, como se recoge en RNAO, 2015b, p. 74).

Activación conductual: "Enfoque terapéutico estructurado y orientado a objetivos que fomenta la implicación en actividades gratificantes en lugar del retraimiento y la inactividad. La activación conductual busca aumentar el grado de refuerzo positivo que experimenta el paciente" (SIGN, 2010, p. 27).

Actividades de la vida diaria: "Actividades habitualmente desarrolladas en el curso de un día normal, como pasear, comer, vestirse, bañarse, lavarse los dientes y peinarse" (Ross-Kerr, Wood, Astle, & Duggleby, 2014, p. 189).

Actividades instrumentales de la vida diaria: "Se trata de actividades que permiten a las personas adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. [...] Se refieren a actividades como: telefonar, ir de compras, cocinar, ocuparse de la casa, utilizar medios de transporte, manejar medicación, gestionar dinero, etc." (Development Group, 2010, p. 436)

Antipsicóticos: "Los medicamentos antipsicóticos se usan principalmente para el manejo de la psicosis. La palabra 'psicosis' se usa para describir trastornos que afectan a la mente y en los que ha habido alguna pérdida de contacto con la realidad, con frecuencia con presencia de ideas delirantes (creencias fijas falsas) o alucinaciones (escuchar o ver algo que realmente no está ahí). Puede ser síntoma de un problema físico, como consumo de drogas, o de un trastorno mental, como esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión muy grave (también conocida como 'depresión psicótica')" (National Institute for Mental Health, 2016).

Atención plena (mindfulness): "Se ha definido como la atención que se presta de forma especial: de forma deliberada, en el presente y libre de prejuicios (en contraposición a estados en que la persona le da vueltas a los mismos pensamientos en bucle)" (SIGN, 2010, p. 27).

Autolesión/autolesión deliberada: "Daño autoinfligido de forma intencionada en un acto doloroso, destructivo o lesivo sin la intención de acabar con la propia vida" (APA, 2003, p. 9).

Calidad: "Para los individuos y las poblaciones, el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de lograr los resultados de salud deseados y hasta qué punto son compatibles con el conocimiento profesional actual" (WHO, 2009).

Capacidad mental: La capacidad mental generalmente se refiere a la aptitud de una persona para tomar decisiones, aunque la definición de la capacidad mental varía de unos territorios y organismos a otros. Según la Ley de consentimiento sanitario, (Health Care Consent Act, 1996) de Ontario, la definición legal de capacidad mental supone la capacidad de comprender información relevante para la toma de decisiones y para evaluar las consecuencias de tal decisión o falta de decisión.

Competencia cultural: "La competencia cultural se define como un conjunto de conocimientos, competencias, actitudes y atributos personales que las enfermeras deben tener para optimizar una relación respetuosa con diversas poblaciones de usuarios y colegas profesionales." Los usuarios pueden ser individuos, familias, grupos o poblaciones (Canadian Nurses Association, 2010, p.1).

Comportamientos reactivos: El Ministerio de Sanidad y Atención de Larga Duración de Ontario define los comportamientos reactivos como "conductas que suelen indicar: a) una necesidad no satisfecha para la persona, de tipo cognitivo, físico, emocional, social, ambiental o de otro tipo; o b) una respuesta a circunstancias dentro del entorno social o físico que pueden provocar frustración, temor o confusión a una persona" (Ministry of Health and Long-Term Care, 2007, como se recoge en RNAO, 2012, p. 86).

Conjunto de normas enfermeras (order set): Grupo de intervenciones basadas en la evidencia específicas para el ámbito de la enfermería. Estos conjuntos de normas son recogidos de forma independiente por enfermeras (es decir, sin la firma del médico) para estandarizar la atención ofrecida en una determinada situación o con un determinado trastorno.

Consenso: Proceso para la toma de decisiones en materia de políticas y directrices, y no un método para crear nuevo conocimiento. El desarrollo del consenso solo hace el mejor uso posible de la información de que se dispone, ya sean datos científicos o conocimiento colectivo de los participantes (Black et al., 1999).

Consentimiento informado: "En Ontario, en la sección 11 de la Ley de consentimiento sanitario (Health Care Consent Act), de 1996, se considera que el consentimiento sobre los cuidados y el tratamiento es informado si, antes de dar el consentimiento, la persona recibe información sobre el tratamiento que cualquier persona, de forma razonable y bajo las mismas circunstancias, necesitaría para tomar una decisión y recibe respuesta cuando solicita información adicional sobre el tratamiento. Se debe facilitar información sobre la naturaleza del tratamiento, los riesgos materiales y los efectos secundarios del mismo, las medidas alternativas y las posibles consecuencias de no recibir el tratamiento. Además, el consentimiento debe identificarse con el tratamiento y será informado, voluntario, y no deberá obtenerse a través de falsas declaraciones o engaño. Una enfermera no debe proporcionar tratamiento si duda de que la persona comprenda y sea capaz de dar su consentimiento" (CNO, 2013a, como se recoge en RNAO, 2015b, p. 73).

Cuidador: "En esta Guía, el término hace referencia a los cuidadores sanitarios regulados o profesionales y, en algunos casos, a los no regulados que ofrecen asistencia a los pacientes y sus familiares en cualquier contexto (agudos, cuidados de larga duración, atención domiciliaria, atención primaria y atención comunitaria)" (RNAO, 2015b, p. 72).

Cuidador (externos, familiares): En esta Guía, el término cuidador hace referencia a familiares, amigos u otras personas encargadas de atender y ayudar a otra persona. Se usa de forma intercambiable entre los referidos a cuidadores externos y cuidadores familiares.

Cuidador no regulado: Los cuidadores no reguladores desempeñan diversas funciones en áreas no cubiertas por la ley sobre profesiones sanitarias reguladas (Regulated Health Professions Act). Son responsables ante quienes los han contratado, pero no ante ningún órgano profesional externo (p. ej., el Colegio de Enfermeras de Ontario). Desempeñan diversas funciones y realizan las tareas definidas por su correspondiente contratador y el entorno de su empleo. Los cuidadores no reguladores están autorizados: para realizar intervenciones controladas como se establece en la mencionada ley sobre profesiones sanitarias reguladas, en caso de que el procedimiento se refiera a alguna de las excepciones recogidas en dicha ley (CNO, 2013c, como se recoge en RNAO, 2015b, p. 72).

Cuidador regulado: En Ontario, la ley sobre profesiones sanitarias reguladas de 1991 (Regulated Health Professions Act, RHPA) ofrece un marco regulatorio de 23 profesiones sanitarias en el que se define el ámbito de práctica y la actuación controlada o autorizada propia de cada profesión que los profesionales están autorizados a ofrecer en la provisión de cuidados y servicios sanitarios (CNO, 2014a, como se recoge en RNAO, 2015b, p. 72).

Cuidados centrados en la persona y en la familia: "Un enfoque centrado en la persona y la familia demuestra ciertas prácticas que sitúan a la persona y su familia en el centro de la asistencia y los servicios sanitarios. El cuidado centrado en la persona y la familia respeta y empodera a los individuos para ser verdaderos aliados de los profesionales sanitarios para el cuidado de su propia salud. Este enfoque comprende los siguientes aspectos y atributos comunes:

- Fomento de las relaciones y la confianza;
- Empoderamiento de la persona para implicarse de forma activa en la toma de decisiones relativas a sus propios cuidados de salud (independencia y autonomía, derecho a la autodeterminación);
- Respeto por la persona y personalización de los cuidados a través del fomento de sus fortalezas, su autoconocimiento, sus preferencias y sus objetivos de cuidados basados en sus creencias, valores, cultura y experiencias de salud;
- Provisión de confort físico dentro de un entorno propicio para la curación;
- Provisión de apoyo emocional y acompañamiento y comprensión;
- Continuidad de los cuidados durante las transiciones asistenciales;
- Garantía del acceso de la persona a cuidados y servicios cuando los necesite;
- Colaboración con la persona y su familia para la adaptación del sistema sanitario de forma que se mejoren los cuidados, su prestación y el diseño de los servicios y cuidados sanitarios en todos los niveles (micro, meso y macro);
- Comunicación efectiva dentro de la relación terapéutica para promover la creación de una verdadera colaboración asistencial;
- Atención a los individuos, las familias y las comunidades mediante el manejo de los determinantes de la salud (promoción de la salud y prevención de enfermedades)" (RNAO, 2015b, p. 75).

Cuidados de larga duración: En esta Guía se emplea el término "cuidados de larga duración" de forma genérica. Suele utilizarse para aludir a "cualquier centro residencial colectivo creado para personas mayores y otras personas con enfermedades crónicas, discapacidades u otro tipo de déficits para la realización de actividades de la vida diaria o de actividades instrumentales de la vida diaria que precisen atención cualificada de forma cotidiana, como por ejemplo, el uso de instalaciones de residencias asistidas y centros de atención especializada" (CCSMH, 2006, p. 8).

Cultura: "La cultura se refiere a los valores, creencias, normas y formas de vida compartidas y aprendidas de un individuo o un grupo. Influye en el pensamiento, las decisiones y las acciones" (RNAO, 2015a p. 71) "La cultura de un individuo se ve influida por muchos factores, como la raza, el género, la etnia, la posición socioeconómica, la orientación sexual y la experiencia vital. El punto hasta el que pueden influir determinados factores varía" (CNO, 2009a, p. 3).

Desinhibición sexual: Los comportamientos sexualizados o sexualmente desinhibidos pueden consistir, entre otros, en conductas que buscan las relaciones íntimas, comentarios sexuales y exhibicionismo (Tucker, 2010).

Deterioro cognitivo leve: "El deterioro cognitivo leve produce un deterioro pequeño pero perceptible de las capacidades cognitivas, como la memoria y las capacidades intelectuales. [...] los cambios no son suficientemente drásticos como para interferir en la vida cotidiana o en la función independiente" (Alzheimer's Association, 2016a, párr. 1). Las personas que sufren deterioro cognitivo leve corren mayor riesgo de desarrollar demencia; en muchos casos, el deterioro cognitivo leve es indicativo de las etapas iniciales de la demencia (Alzheimer's Association, 2016a).

Determinantes sociales de la salud: Son "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria". (WHO, 2016, párr. 1).

Enfermera: "Se refiere a enfermeras universitarias (RN), enfermeras con formación profesional (RPN), enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras de práctica avanzada y especialistas clínicas" (RNAO, 2013b, p. 64).

Ensayo controlado aleatorizado: Experimento en el que el investigador asigna una intervención, exposición o tratamiento a los participantes, que se asignan al azar al grupo experimental (el que recibe la intervención) y al de comparación (tratamiento convencional) o al grupo de control (sin intervención o placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Los participantes reciben seguimiento y son evaluados para determinar la eficacia de la intervención. Incluye ensayos doble ciego, simple ciego y los no cegados.

Entorno laboral saludable: "Entorno de práctica que maximiza la salud y el bienestar de las enfermeras (y demás profesionales de la salud), los resultados de calidad para los pacientes y la actuación institucional" (RNAO, 2013b, p. 64).

Equipo de atención sanitaria interprofesional: "Equipo compuesto por diversos cuidadores sanitarios (regulados y no regulados) que trabajan en colaboración para ofrecer cuidados y servicios sanitarios integrales y de calidad al paciente en, entre y a través de distintos entornos asistenciales" (RNAO, 2015b, p. 73).

Estudio controlado: Ensayo clínico en el que el investigador asigna una intervención, una exposición o un tratamiento a los participantes, que no son asignados al azar al grupo experimental y al grupo control (The Cochrane Collaboration, 2005).

Estudio cuasi experimental: Estudio que carece de aleatorización y de un grupo de control y que, por lo tanto, no se considera un “verdadero” diseño experimental (por ejemplo, un ensayo controlado aleatorizado). El investigador controla la asignación de la intervención, la exposición o el tratamiento mediante la utilización de algún criterio distinto de la asignación aleatoria (por ejemplo, el diseño pre-post) (Polit, Beck, & Hungler, 2001).

Estudio descriptivo: Estudio que genera hipótesis y describe las características de una muestra de individuos en un momento en el tiempo. Los investigadores no asignan una intervención, exposición o tratamiento para probar una hipótesis, sino que simplemente describen quién, dónde, o cuándo en relación con un resultado (CDC, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Entre los diseños de estudios descriptivos se cuentan los estudios transversales.

Estudio descriptivo transversal: Estudio de la medición de la distribución de alguna(s) característica(s) en una población en un punto concreto en el tiempo (a veces llamado encuesta) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Estudios analíticos: Los estudios analíticos ponen a prueba hipótesis sobre las relaciones entre exposición y resultados. Los investigadores no asignan una intervención, una exposición o un tratamiento, sino que miden la asociación entre la exposición y los resultados a lo largo del tiempo mediante un grupo de comparación (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013). Los diseños de los estudios analíticos pueden ser, entre otros, estudios de casos y controles y estudios de cohortes.

Estudio de casos y controles: Estudio que compara a personas con una enfermedad concreta o un resultado de interés (casos) con personas de la misma población sin esa enfermedad o ese resultado (controles) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Estudio de cohortes: Estudio observacional en el que un grupo definido de personas (la cohorte) es objeto de seguimiento a lo largo del tiempo tanto de forma prospectiva como retrospectiva (The Cochrane Collaboration, 2005).

Etapa (de la demencia): En esta Guía, el término “etapa” se usa para ser coherente con la terminología actualmente empleada en la literatura. No obstante, el panel de expertos señala que la terminología está cambiando y los médicos ahora pueden referirse al grado de deterioro o el grado de declive cognitivo asociado a la demencia.

La enfermedad de Alzheimer también puede describirse como Alzheimer leve (etapa inicial), Alzheimer moderado (etapa intermedia) y Alzheimer grave (etapa avanzada) (Alzheimer’s Association, 2016c).

Evidencia: Información que más se acerca a los hechos de una materia. La forma que adopta depende del contexto. Los resultados de investigación de alta calidad y metodológicamente adecuados proporcionan una evidencia más precisa. Dado que a veces no se dispone de investigación en una determinada materia o dichas investigaciones son incompletas o resultan contradictorias, es necesario contar con otro tipo de información para complementar o suplir la investigación. La base de la evidencia para tomar una decisión la constituyen múltiples formas de evidencia combinadas que equilibran rigor y conveniencia, dando el mayor peso al rigor (Canadian Health Services Research Foundation, 2005, p. 11).

Familia: "Término empleado para referirse a individuos que tienen relación (biológica, emocional o legal) y/o fuertes lazos (de amistad, de compromiso, de convivencia o de responsabilidad compartida en la crianza de hijos, de relaciones sentimentales) con la persona que recibe los cuidados. La familia de una persona puede aludir a todos aquellos a quienes el individuo considera importantes en su vida (p. ej., padres, cuidadores, amigos, responsables para la toma de decisiones, grupos, comunidades y poblaciones). La persona que recibe los cuidados determina la importancia y el nivel de implicación de cualquiera de estos individuos en su cuidado en función de su capacidad" (Saskatchewan Ministry of Health, 2011, como se recoge en RNAO, 2015b, p. 72).

Fiabilidad: "El grado de coherencia o precisión con el que un instrumento mide el atributo que tiene que medir" (Polit et al., 2001, p. 469).

Guías de buenas prácticas: Afirmaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar tanto al personal sanitario como a los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados oportunos en relación con las circunstancias clínicas (la práctica) (Field & Lohr, 1990); también se denominan guías de práctica clínica.

Impulsor: La RNAO define a los impulsores de las guías de buenas prácticas como "enfermeras y otros profesionales sanitarios que se han formado y capacitado para entender mejor la práctica basada en la evidencia, las guías de buenas prácticas y el proceso de introducción de la práctica basada en la evidencia en los contextos clínicos" (RNAO, 2012b, p. 9). Sus funciones pueden ser de tutoría, formación y facilitación de los cambios en las políticas y en la práctica.

Investigación cualitativa: Investigación que utiliza un enfoque interactivo y subjetivo para investigar y describir el fenómeno (por ejemplo, la experiencia vivida) y darle sentido. La naturaleza de este tipo de investigación es exploratoria y abierta. El análisis implica la organización e interpretación de datos no numéricos (por ejemplo, la Fenomenología, la Etnografía, la Teoría Fundamentada, el Estudio de Casos, etc.) (Speziale & Carpenter, 2007).

Medidas restrictivas (de contención): Medios físicos, químicos o ambientales empleados para controlar la actividad física o el comportamiento de una persona o de parte de su cuerpo. Las medidas de restricción física limitan el movimiento de la persona; pueden ser, por ejemplo, una silla fijada a una mesa o una barandilla en la cama que no pueda ser movida por el paciente. Las medidas ambientales controlan la movilidad del paciente; algunos ejemplos son las unidades o jardines con seguridad, la reclusión o el uso de salas "de reflexión" o aislamiento. Las medidas químicas son cualquier tipo de medicación psicoactiva empleada no para tratar una enfermedad, sino para inhibir intencionadamente un comportamiento o movimiento en concreto. El menor grado de contención significa que se han agotado todas las intervenciones alternativas antes de decidir emplear una medida de contención, y que se emplea la forma de contención menos restrictiva para que las necesidades del paciente se vean satisfechas" (CNO, 2009c, como se recoge en RNAO, 2012a, p. 86).

Metaanálisis: Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados que emplea métodos estadísticos para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos (The Cochrane Collaboration, 2005).

Partes de interés / Partes interesadas: Individuo, grupo u organización con interés directo en las decisiones y acciones de organismos que pueden tratar de influir en decisiones y actuaciones (Baker et al., 1999). Las partes interesadas incluyen todos los individuos y grupos que se ven directa o indirectamente afectados por el cambio o la solución del problema.

Persona mayor: En esta Guía, este término hace referencia a adultos de 65 años de edad o mayores. También puede aludir a personas más jóvenes de 65 que hayan envejecido de forma prematura o cuya esperanza de vida sea más corta por factores como los determinantes sociales de la salud o las enfermedades crónicas.

Perspectiva de recuperación: "La recuperación es un paradigma que se conceptualiza y comprende como un proceso único de cada individuo. No se define como objetivo final concreto, sino más bien como un recorrido enraizado en los fundamentos de la dignidad, la esperanza, el empoderamiento y la resiliencia" (Forchuck, 2003; Jacobson & Curtis, 2000, como se recoge en RNAO, 2015a, p. 28).

Planificación avanzada de los cuidados: "Proceso de varias etapas en el que un paciente y sus allegados alcanzan un entendimiento común de sus objetivos y preferencias para los cuidados en el futuro" (Robinson et al. 2012, p. 262).

Polifarmacia: "El término polifarmacia hace referencia al grupo de medicamentos que puede estar tomando una persona. [...] Se usa generalmente cuando un individuo toma demasiados fármacos, o cuando distintos médicos le han prescrito diversos medicamentos y tal vez no se han coordinado correctamente las prescripciones" (Rambhade, Chakarborty, Shrivastava, Patil, & Rambhade, 2012, p. 69). Las definiciones de polifarmacia varían; con frecuencia, hace referencia simplemente al número de medicamentos distintos que toma una persona a la vez (no incluyendo los fármacos tópicos y los productos herbales).

Práctica reflexiva: La práctica reflexiva (en ocasiones denominada conciencia de sí mismo) es un componente importante de la relación terapéutica y se puede definir como "la capacidad de reflexionar sobre las propias prácticas, pensamientos, sentimientos, necesidades, miedos, fortalezas y debilidades, y de entender cómo pueden afectar a las propias acciones y a la relación enfermera-paciente" (RNAO, 2006a, p. 13).

Práctica relacional: "Investigación guiada por la participación consciente con el paciente a través de diversas habilidades relacionales, como la escucha, la formulación de preguntas, la empatía, la mutualidad, la reciprocidad, la observación propia, la reflexión y la sensibilidad en contextos emocionales. La práctica relacional abarca las relaciones terapéuticas enfermera-paciente y las relaciones entre los propios profesionales sanitarios" (Doane & Varcoe, 2007, como se recoge en CNO, 2014, p. 13).

Profesional de atención primaria: En esta Guía, este término hace referencia a una enfermera titulada o un médico (de familia).

Psicotrópicos: Los medicamentos psicotrópicos pueden enmarcarse en distintas categorías, como antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo (anticíclicos), antipsicóticos y estimulantes (Stanford School of Medicine, 2016).

Recomendaciones para la formación: Declaraciones sobre los requisitos formativos y enfoques educativos o estrategias para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización, políticas y directrices: Declaraciones de las condiciones necesarias para que los entornos de práctica permitan la aplicación con éxito de la Guía de buenas prácticas. Dichas condiciones son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque pueden tener implicaciones para las políticas y las directrices en un nivel gubernamental o social más amplio.

Recomendaciones para la práctica: Afirmaciones sobre buenas prácticas dirigidas a profesionales de la salud que permiten la satisfactoria implantación de la guía de buenas prácticas; idealmente se basan en la evidencia.

Relación terapéutica: "Relación orientada a un objetivo entre el profesional sanitario y la persona que accede al sistema sanitario para recibir asistencia y tratamiento, que se basa en un proceso interpersonal dirigido a velar por el mejor interés y los mejores resultados de la persona" (CNO, 2013b; RNAO, 2006b, como se recoge en RNAO, 2015b, p. 78).

Reminiscencia: "Planteamiento de trabajo en grupo estructurado o individual para estimular al paciente e incitarle a hablar de sus memorias personales" (Housden, 2009, p. 30).

Representante para la toma de decisiones: Persona que tiene la capacidad de tomar decisiones de tratamiento en lugar de alguien a quien no se considera mentalmente capaz. También puede referirse a determinadas decisiones sobre las propiedades o el cuidado personal del individuo (Wahl, 2009).

Revisión de la literatura, scoping review: Estas revisiones "se han descrito como procesos de mapeo o identificación de la literatura o de base de la evidencia existente. [...] Estas revisiones pueden emplearse de distintas formas, por ejemplo para la identificación y el resumen de las conclusiones de investigación. También pueden utilizarse para fundamentar las revisiones sistemáticas" (Armstrong, Hall, Doyle, & Waters, 2011, p. 147).

Revisión sistemática: Revisión que trata de "recopilar toda la evidencia empírica que se ajusta a los criterios de elegibilidad especificados previamente con el fin de responder a una pregunta de investigación específica" (The Cochrane Collaboration, 2011). Una revisión sistemática utiliza métodos sistemáticos, explícitos y reproducibles para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación relevante, y para recopilar y analizar los datos de los estudios incluidos en la revisión (The Cochrane Collaboration, 2005, 2011).

Sensibilidad cultural: "Conciencia, comprensión y actitud hacia la cultura, centradas en la autoconciencia y la profundización del conocimiento" (RNAO, 2007, p. 71).

Síndrome vespertino: Término empleado para hacer referencia a los "problemas de sueño o aumento de los problemas conductuales que aparecen al anochecer y se prolongan durante la noche" en personas que sufren enfermedad de Alzheimer o demencia" (Alzheimer's Association, 2016b, párr. 1).

Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD): Término empleado para describir el modo en que la persona expresa sus necesidades y muestra signos de demencia, como cambios de estado de ánimo, ideas delirantes, apatía, agitación, comportamiento errante, gritos, preguntas repetitivas y desinhibición sexual (Moniz Cook et al., 2012). Otros términos empleados para describir estos síntomas son "síntomas neuropsiquiátricos", "síntomas conductuales y emocionales", "comportamiento regido por las necesidades", "comportamiento reactivo", "expresiones personales" y "conductas expresivas". Véase la discusión en Objetivos y ámbito de aplicación.

Síntomas neuropsiquiátricos: "Los síntomas neuropsiquiátricos son frecuentes en la demencia y la mayoría de personas con demencia avanzada presentan uno o más síntomas, siendo los más comunes la conducta agitada o agresiva, la depresión, la apatía y el retraimiento, y la actividad motora aberrante" (Kverno et al., 2008; Zuidema et al., 2007, como se cita en Kverno et al., 2009, p. 825).

Terapia cognitivo conductual (TCC): "Enfoque terapéutico estructurado y colaborativo que requiere una formación adecuada y supervisión continuada. La TCC pretende crear conexiones entre el pensamiento, las emociones, la fisiología y el comportamiento, principalmente a través de los experimentos conductuales y el descubrimiento guiado, para conseguir cambios sistemáticos en las convicciones y los patrones de comportamiento subyacentes, que se estima que provocan y perpetúan problemas psicológicos" (SIGN, 2010, p. 27).

Terapia conductual: "La terapia conductual aborda las percepciones y emociones negativas asociadas a la depresión de forma indirecta. Se ha descrito como un método distinto de los planteamientos cognitivos tradicionales en cuanto a que intenta ayudar al paciente a modificar su entorno, no su pensamiento" (Samad et al., 2011, p. 1212).

Terapia interpersonal (TIP): "Intervención limitada en el tiempo que busca reducir los síntomas de una persona a través de la mejora de la calidad de sus relaciones interpersonales. La TIP se centra en áreas de problemas interpersonales como el duelo o la aflicción, las transiciones funcionales y las disputas interpersonales. Se fomenta una asociación terapéutica positiva y se aplican diversas estrategias terapéuticas para alentar la expresión abierta de los afectos y la resolución de los problemas. Para su aplicación no es necesario que el paciente sepa leer y escribir" (SIGN, 2010, p. 27).

Transiciones en los cuidados: "Conjunto de acciones diseñadas para garantizar la coordinación segura y efectiva de los cuidados cuando se producen cambios en el estado de salud o las necesidades asistenciales del paciente, en los profesionales sanitarios que le atienden o en la ubicación en que se encuentra (dentro de un mismo lugar, entre varios o de un lugar a otro)" (Coleman & Boulton, 2003, como se recoge en RNAO, 2014b, p. 66).).

Terapia orientada a la resolución de problemas: "Intervención psicológica breve y focalizada, desarrollada bajo la dirección de un profesional formado en planteamientos de resolución de problemas. Dichas intervenciones son con frecuencia muy individualizadas y tienen un objetivo pragmático, y en ellas el profesional y el individuo trabajan a través de una serie de pasos definidos para aclarar los problemas de la persona y los objetivos que se desean alcanzar, generar posibles soluciones y ayudar a poner en marcha la solución elegida" (SIGN, 2010, p. 27).

Validada (válida): En esta Guía, el término herramienta validada o válida se usa para ser coherente con la terminología actual que se emplea en la literatura y las guías clínicas. Validez se define como "el grado de coherencia o precisión con el que un instrumento mide el atributo que tiene que medir" (Polit et al., 2001, p. 473). El panel de expertos señala que la fiabilidad es otro factor importante que debe tenerse en cuenta cuando se emplean estas herramientas.

Anexo B: Proceso de Desarrollo de la Guía

La Asociación Profesional de enfermeras de Ontario (RNAO) se ha comprometido a garantizar que todas las Guías de Buenas Prácticas (GBP) se basan en la mejor evidencia disponible. Para cumplir con este compromiso, se ha establecido un proceso de seguimiento y revisión cada cinco años para cada Guía.

Para la revisión de esta Guía, la RNAO ha reunido a un panel de expertos que representan a una amplia variedad de sectores y áreas de práctica (véase la sección Panel de expertos de la RNAO al principio de esta Guía). La revisión sistemática de la evidencia se ha basado en el objetivo y alcance de la guía, y se ha apoyado en las cuatro preguntas de investigación incluidas a continuación. La revisión sistemática recopiló literatura relevante revisada por pares, y guías publicadas entre enero de 2009 y marzo de 2015. Se establecieron las siguientes preguntas de investigación para guiar la revisión sistemática:

1. ¿Cuáles son los medios más efectivos con que cuentan las enfermeras para el cribado o la valoración de las personas mayores con posible delirio, demencia y/o depresión?
2. ¿Cuáles son los planteamientos más efectivos para el manejo de las personas mayores con delirio, demencia y/o depresión?
3. ¿Qué estrategias educativas y formativas (incluidas en los programas de formación, la educación de práctica avanzada o los programas de desarrollo profesional continuo) precisan las enfermeras para ser efectivas en la valoración y el manejo de las personas mayores con delirio, demencia y/o depresión?
4. ¿Qué políticas y estructuras institucionales se necesitan para posibilitar a las enfermeras la valoración y el manejo de las personas mayores con delirio, demencia y/o depresión?

Esta Guía es el resultado del trabajo del equipo de desarrollo de las Guías de la RNAO y del panel de expertos para integrar la mejor y más reciente evidencia, y para garantizar la validez, adecuación y seguridad de las recomendaciones de la Guía con el apoyo de la evidencia y/o el consenso^G del panel de expertos.

Anexo C: Proceso de Revisión Sistemática y Estrategia de Búsqueda

Revisión de la Guía

El coordinador del equipo de desarrollo de las Guías de la RNAO realizó distintas búsquedas en una lista establecida de páginas web de guías y otros contenidos de interés publicados entre enero de 2009 y marzo de 2015. La lista resultante se compiló a partir del conocimiento extraído de las páginas web de la práctica basada en la evidencia y las recomendaciones de la literatura. Además, se solicitó a los miembros del panel de expertos que sugirieran otras guías (véase a continuación el **Diagrama de flujo del proceso de revisión de las guías**). En www.RNAO.ca se puede encontrar información detallada acerca de la estrategia de búsqueda de las guías existentes, incluida la lista de páginas web de búsqueda y los criterios de inclusión.

La Directora del programa de *Guías de Buenas Prácticas* y los investigadores asociados de enfermería evaluaron de forma crítica 21 guías internacionales utilizando el Instrumento de evaluación e investigación para la evaluación de guías AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II, Brouwers et al., 2010). Aquellas guías que obtuvieron una puntuación de tres o menor se consideraron de calidad insuficiente y quedaron descartadas. Las que obtuvieron una puntuación de cuatro o cinco se consideraron de calidad moderada, y las calificadas con seis o siete se consideraron de calidad alta. Se seleccionaron las 17 guías incluidas a continuación (de calidad moderada o alta) para fundamentar las recomendaciones y la discusión de la evidencia:

American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. (2014). *American Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults*. New York, NY: American Geriatrics Society.

American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. (2015). Postoperative delirium in older adults: Best practice statement from the American Geriatrics Society. *Journal of the American College of Surgeons*, 220(2), 136–148.

American Medical Directors Association. (2008). *Delirium and acute problematic behavior in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author. [Note: The AMDA reaffirmed the currency of this guideline in 2013.]

American Medical Directors Association. (2011). *Depression in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.

American Medical Directors Association. (2012). *Dementia in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.

Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2010). *Guideline on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end of life*. Toronto, ON: Author.

Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias. (2010). *Clinical Practice Guideline on the comprehensive care of people with Alzheimer's disease and other dementias*. Retrieved from http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_comp_eng.pdf

Gage, L., & Hogan, D. B. (2014). *2014 CCSMH guideline update: The assessment and treatment of delirium*. Toronto, ON: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Retrieved from <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-Delirium.pdf>

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Depression in adults: The treatment and management of depression in adults*. London, UK: Author.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. London, UK: Author.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. London, UK: Author.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). *Delirium: Evidence update April 2012*. London, UK: Author.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). *Depression: Evidence update April 2012*. London, UK: Author.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). *Common mental health disorders: Evidence update March 2013*. London, UK: Author.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults*. Edinburgh, UK: Author.

Trangle, M., Gursky, J., Haight, R., Hardwig, J., Hinnenkamp, T., Kessler, D. ... Myszkowski, M. (2016). *Adult depression in primary care*. Retrieved from Institute for Clinical Systems Improvements website: <https://www.icsi.org/asset/fnhdm3/Depr.pdf>

U.S. Preventative Services Task Force. (2014). *Cognitive impairment in older adults: Screening*. Retrieved from <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cognitive-impairment-in-older-adults-screening>

World Health Organization. (2012/2015). *Evidence-based recommendations for management of dementia in non-specialized health settings*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/en/

World Health Organization. (2012/2015). *Evidence-based recommendations for management of depression in non-specialized health settings*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/en/

Revisión Sistemática

El equipo de investigación de la RNAO y un documentalista especializado en ciencias de la salud desarrollaron una estrategia de búsqueda exhaustiva, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión creados junto con el panel de expertos de la RNAO. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos de interés publicados entre octubre de 2009 y abril de 2015 en las siguientes bases de datos: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), MEDLINE, MEDLINE In Process, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews and Cochrane Central Register of Controlled Trials), EMBASE, y PsychINFO; la base de datos Education Resources Information Center (ERIC) se utilizó únicamente para la pregunta tres. Además de esta revisión sistemática, se pidió a los miembros del panel de expertos que revisasen sus bibliotecas personales para localizar artículos de interés no recuperados mediante las estrategias de búsqueda anteriormente indicadas.

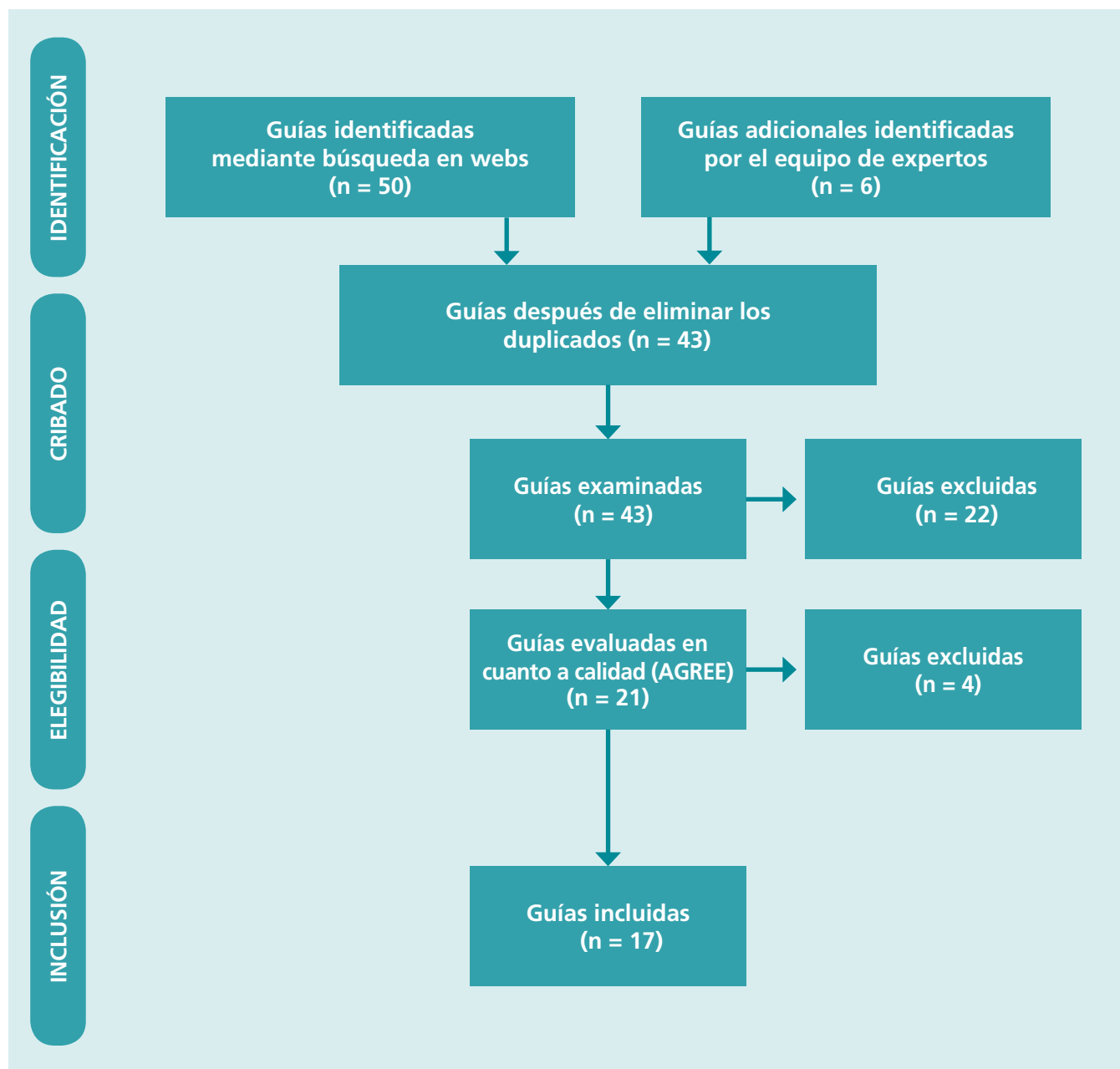
Se puede consultar información detallada sobre la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática, incluidos los criterios de inclusión y exclusión y los términos de búsqueda, en www.RNAO.ca/bpg/Delirium-Dementia-Depression

Una vez recuperados los artículos, dos ayudantes de investigación en enfermería de la RNAO (enfermeras con título de máster) evaluaron de forma independiente la elegibilidad de los estudios de acuerdo con los criterios establecidos de inclusión/exclusión. La Directora del programa de las Guías de Buenas Prácticas de la RNAO, que participa en el apoyo del panel de expertos de la RNAO, resolvió las discrepancias.

Los dos investigadores asociados de enfermería de la RNAO evaluaron la calidad de 24 artículos (una muestra aleatoria de aproximadamente el 20 por ciento de los artículos elegibles para la extracción de datos y la evaluación de la calidad) de forma independiente. La evaluación de la calidad se valoró con AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews; véase <http://amstar.ca/index.php>) y el sistema de puntuación de la RNAO que califica las revisiones como de calidad baja, moderada o alta, en función de sus puntuaciones de calidad. Los investigadores asociados de enfermería alcanzaron una concordancia aceptable interevaluador (estadístico kappa, $K=0,81$), que justifica su paso a la evaluación de la calidad y la extracción de datos de los restantes estudios, que se dividieron por igual entre los dos investigadores asociados (Fleiss, Levin, & Paik, 2003). Se elaboró un resumen final de los resultados de la literatura y se proporcionaron las tablas de datos completas y una descripción resumida a todos los miembros del equipo para su revisión y discusión.

Se puede consultar una bibliografía completa de los artículos íntegros seleccionados para su inclusión en: www.RNAO.ca/bpg/Delirium-Dementia-Depression

Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de las Guías



Las guías incluidas tenían una puntuación general AGREE II de cuatro o más (sobre siete).

Diagrama de flujo adaptado de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, y The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos

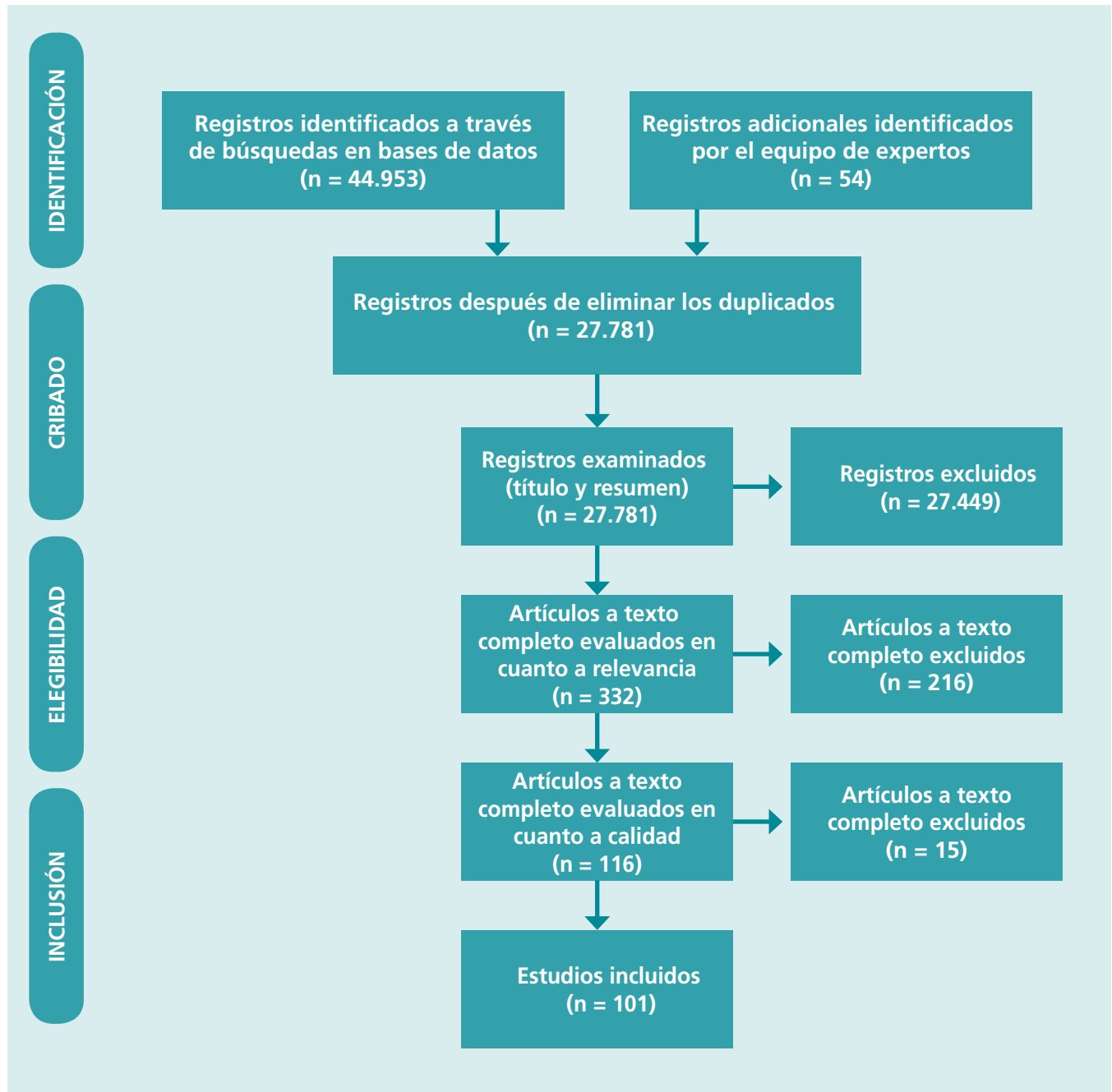


Diagrama de flujo adaptado de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, y The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Anexo D: Comparación de las Características Clínicas del Delirio, Demencia y Depresión

CARACTERÍSTICA	DELIRIO	DEMENCIA	DEPRESIÓN
Inicio	Agudo	Crónico, declive progresivo	Variable; puede aparecer repentinamente y coincidir con cambios vitales
Curso	Corto, con fluctuaciones y, con frecuencia, peor por la noche	Largo, progresivo, pérdida estable a lo largo del tiempo	Efectos diurnos; típicamente peor por la mañana
Duración	Típicamente, corto (de horas a menos de 1 mes). Puede ser persistente	Crónico (de meses a años)	Signos y síntomas presentes durante al menos 2 semanas, pero pueden persistir
Consciencia	Letárgico o hiperexcitado Con fluctuaciones	Normal hasta las últimas fases	Normal
Atención	Falta de atención Dispersión Distracción Con fluctuaciones	Habitualmente normal Puede haber un declive con la progresión de la enfermedad	Deterioro mínimo De fácil distracción Escasa concentración
Orientación	Puede implicar deterioro Gravedad variable	Mayor deterioro con el paso del tiempo	Selectivamente intacta Respuestas "No sé"
Memoria	Memoria reciente deteriorada	Memoria reciente deteriorada Memoria remota progresivamente deteriorada con el avance de la enfermedad	Deterioro selectivo, "islas" de recuerdos intactos
Pensamiento	Desorganizado Inconexo Tangencial Errante Incoherente	Dificultad con el pensamiento abstracto Escaso juicio	Intacto; temas relacionados con desesperanza, impotencia y culpa; pensamiento repetitivo (en bucle)
Percepción	Con frecuencia, inicio agudo de alucinaciones, pensamientos delirantes y falsas ilusiones	Deterioro que puede tener larga presencia (p. ej., demencia de cuerpos de Lewy) o producirse en una fase avanzada de la enfermedad (p. ej., demencia de Alzheimer)	Raramente deteriorada; ausencia de alucinaciones salvo en caso grave (psicosis)

Fuente: Creado por Dianne Rossy y Laura Wilding. The Ottawa Hospital. Reimpresión autorizada

Anexo E: Tipos de Demencia

El concepto de demencia describe los síntomas que se producen cuando el cerebro se ve afectado por determinados trastornos o enfermedades. La siguiente tabla contiene algunos de los tipos de demencia más frecuentes. Es importante recordar que los síntomas y la progresión de la demencia pueden variar mucho de un individuo a otro.

TIPOS DE DEMENCIA	DESCRIPCIÓN
Enfermedad de Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> ■ La enfermedad o mal de Alzheimer (demencia de Alzheimer*) es una de las causas más frecuentes de demencia ■ Causada por "placas" y "ovillos" formados por la acumulación de proteínas en el cerebro ■ Progresión más lenta, por término medio (los síntomas suelen ser leves al principio y van empeorando con el paso del tiempo) ■ Generalmente progresa en tres etapas: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inicial (leve) <input type="checkbox"/> Intermedia (moderada) <input type="checkbox"/> Avanzada (grave) ■ Síntomas en la etapa inicial: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lapsus de memoria a corto plazo (p. ej., dificultad para recordar hechos recientes y para aprender nueva información) <input type="checkbox"/> Dificultades de pensamiento, resolución de problemas, orientación y/o lenguaje <input type="checkbox"/> Cambios de humor (p. ej., apatía, depresión, irritabilidad) ■ Síntomas en la etapa intermedia: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agravamiento de la pérdida de memoria, dificultades comunicativas, problemas de razonamiento, problemas de orientación <input type="checkbox"/> Menor conciencia del entorno (pueden perderse*) <input type="checkbox"/> Mayor confusión <input type="checkbox"/> Pueden producirse falsas ilusiones y/o alucinaciones <input type="checkbox"/> Pueden presentar agitación (p. ej., desasosiego, deambulación), proferir gritos, repetir las mismas preguntas y/o sufrir perturbaciones en los patrones de sueño ■ Síntomas en la etapa avanzada: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria muy evidente (incluidos problemas de memoria a largo plazo*) <input type="checkbox"/> Mayor debilidad física (incluido riesgo de caídas*) <input type="checkbox"/> Deterioro del lenguaje* y pérdida del habla <input type="checkbox"/> Posibilidad de desarrollar paranoia* <input type="checkbox"/> Posible agitación y desasosiego ■ Factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Edad (a partir de los 65) <input type="checkbox"/> Género/sexo (femenino) <input type="checkbox"/> Herencia genética (familiares de primer grado*) <input type="checkbox"/> Salud y estilo de vida (p. ej., diabetes, infarto, problemas vasculares, hipertensión, colesterol alto y obesidad en la mediana edad, aparición de depresión* en los últimos años de la vida) ■ Por término medio, las personas que sufren enfermedad de Alzheimer viven entre ocho y diez años desde que aparecen los primeros síntomas ■ Con frecuencia, el diagnóstico tarda en llegar; puede demorarse 2-3 años*

TIPOS DE DEMENCIA	DESCRIPCIÓN
Demencia vascular	<ul style="list-style-type: none"> ■ Provocada por la muerte de neuronas por hipoxia ■ Dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> □ Demencia vascular subcortical: relacionada con la enfermedad de los vasos sanguíneos pequeños alojados en una parte muy profunda del cerebro. Suele desarrollarse de forma gradual y progresa lentamente (de forma similar a la demencia de Alzheimer) □ Demencia por accidente cerebrovascular: relacionada con o derivada de un infarto (o varios pequeños infartos). Puede seguir una progresión "escalonada" (especialmente a medida que los infartos repetidos pueden ir causando mayores daños en el cerebro) ■ Los síntomas de la demencia vascular son parecidos a los de la enfermedad de Alzheimer, en particular en las fases más avanzadas ■ Algunos signos tempranos son: <ul style="list-style-type: none"> □ Dificultades en la planificación, la organización o la actuación por pasos □ Pensamiento ralentizado □ Problemas de concentración □ Periodos cortos de confusión □ Apatía, cambios de humor, reacciones más emocionales de lo habitual □ Ansiedad y depresión □ Desinhibición e impulsividad* ■ Por término medio, las personas con demencia vascular viven aproximadamente 5 años a partir del inicio de los síntomas
Demencia mixta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Más de un tipo de demencia a la vez ■ La combinación más frecuente es demencia vascular con demencia de Alzheimer ■ Se pueden mostrar los síntomas de todos los tipos de demencia que presente la persona
Demencia de los cuerpos de Lewy	<ul style="list-style-type: none"> ■ Producida por depósitos de proteínas en el cerebro (presencia de cuerpos de Lewy), que causan daños y muerte a las neuronas ■ Se desarrollan lentamente problemas de memoria, progreso gradual (similar a la enfermedad de Alzheimer); sin embargo, los problemas de movilidad con frecuencia progresan de forma rápida* ■ Síntomas: <ul style="list-style-type: none"> □ Variación en la atención y el estado de consciencia (de un día a otro o a diferentes horas de día; las fluctuaciones pueden asemejarse al delirio*) □ Alucinaciones visuales recurrentes*, problemas de percepción y/o alucinaciones auditivas □ Problemas de movimiento (similares a los de la enfermedad de Parkinson, también causada por cuerpos de Lewy), síncope, mayor riesgo de caídas □ Problemas con la percepción de la profundidad y el equilibrio; □ Sensibilidades neurolépticas graves con antipsicóticos atípicos* ■ Por término medio, las personas con demencia de cuerpos de Lewy viven de 6 a 12 años desde la aparición de los síntomas

TIPOS DE DEMENCIA	DESCRIPCIÓN
<p>Demencia frontotemporal (p. ej., enfermedad de Pick's)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Causada por la contracción severa del tejido cerebral y la muerte de células nerviosas en los lóbulos frontal y/o temporal, asociada a la presencia de proteínas anormales (p. ej., cuerpos de Pick) en el interior de dichas células ■ Déficits de serotonina* ■ Diagnóstico más frecuente en personas más jóvenes que otros tipos de demencia ■ Tres tipos: <ul style="list-style-type: none"> □ Variante conductual (más común) □ Variantes del lenguaje: <ul style="list-style-type: none"> ○ Afasia progresiva y no fluente ○ Demencia semántica ■ Síntomas de la variante conductual: <ul style="list-style-type: none"> □ Pérdida de inhibiciones (p. ej., comportamiento socialmente inapropiado, se puede presentar pica) □ Menor interés y motivación □ Depresión mayor, apatía, retraimiento* □ Falta de empatía, comportamiento individualista □ Comportamientos repetitivos, compulsividad ■ Síntomas de las variantes del lenguaje: <ul style="list-style-type: none"> □ Dificultades con el lenguaje (progresión lenta) □ Afasia: dificultad en el habla, errores gramaticales (p. ej., omisión de palabras conectoras como 'el, la'), dificultad para comprender frases (pero no dificultad para comprender palabras) □ Demencia semántica: pérdida de vocabulario y del significado de las palabras, dificultad para reconocer a personas u objetos □ La memoria permanece relativamente intacta en la demencia frontotemporal inicial, ya que típicamente los cambios en el lenguaje se producen primero* ■ Síntomas de fases más avanzadas: <ul style="list-style-type: none"> □ A medida que progresa la demencia frontotemporal, las personas que sufren un determinado tipo desarrollan los síntomas propios de los otros tipos de esta demencia (es decir, las personas con síntomas de la variante conductual desarrollan problemas de lenguaje, y las personas con variantes del lenguaje desarrollan problemas de comportamiento) □ Pueden presentar otros síntomas similares a los de las etapas avanzadas de la demencia de Alzheimer ■ Las personas con demencia frontotemporal a veces sufren problemas motores (rigidez en los músculos, movimientos extraños, espasticidad*) ■ Puede ser hereditaria ■ Se estima que la esperanza de vida es de aproximadamente ocho años desde la aparición de los primeros síntomas

Nota: El contenido añadido por el panel de expertos se identifica con asterisco (*).

Fuente: Adaptado de la Alzheimer's Society, 2016.

Anexo F: Recursos para un Uso Óptimo de la Medicación en Personas Mayores

El cuadro que se incluye a continuación no constituye un listado exhaustivo de recursos, sino más bien una selección de los identificados a partir de la revisión sistemática, las guías valoradas con el instrumento AGREE II y la información del panel de expertos o de partes interesadas externas. La inclusión en esta lista no implica que esté avalado por la RNAO.

RECURSO	DESCRIPCIÓN DEL RECURSO	ACCESO AL SITIO WEB
Beers Criteria	<p>Describe los tipos de medicación que se deben evitar o usar con precaución en personas mayores.</p> <p>Se pueden comprar tarjetas de bolsillo a través del sitio web de la American Geriatrics Society.</p> <p>Para consultar una descripción del papel de la enfermera respecto al uso de los criterios Beers Criteria, véase Fick, D. M., & Resnick, B. (2012). 2012 Beers Criteria update: How should practicing nurses use the criteria? <i>Journal of Gerontological Nursing</i>, 38(6), 3–5.</p>	Véase la publicación <i>American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults</i> en https://www.guideline.gov/content.aspx?id=49933
Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH)	Las pautas de la CCSMH [Coalición Canadiense para la salud mental de las personas mayores] ofrece guías clínicas, herramientas y recursos para la atención del delirio, la depresión y el suicidio, incluida información farmacológica, en su publicación de 2014 <i>CCSMH Guideline Update for the Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes: Focus on Mood and Behaviour Symptoms</i> (Conn, D, Gibson, M, & McCabe, D., 2014).	http://www.ccsmh.ca/
Canadian Deprescribing Network (CaDeN)	La red CaDeN es un grupo de individuos comprometidos con la mejora de la salud de la población de Canadá mediante la reducción del uso de medicamentos potencialmente inadecuados y la mejora del acceso a alternativas no farmacológicas.	http://deprescribing.org/caden/
Canadian Patient Safety Institute	Esta institución [Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente] ofrece un instrumento de iniciación [Getting Started Kit] sobre conciliación de medicamentos para la asistencia domiciliaria, de agudos y a largo plazo, con el objetivo de prevenir eventos farmacológicos adversos mediante la implantación de un proceso de conciliación de los medicamentos en el ingreso, los traslados y el alta.	http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Pages/Med-Rec-resources-getting-started-kit.aspx

RECURSO	DESCRIPCIÓN DEL RECURSO	ACCESO AL SITIO WEB
Centre for Effective Practice (CEC)	El Centro para la Práctica Efectiva [CEC] ofrece una herramienta diseñada para ayudar a los profesionales de la salud a entender, valorar y manejar a los residentes en centros de larga estancia que presenten síntomas conductuales y psicológicos de demencia, con especial atención a los medicamentos antipsicóticos. Véase el apartado "Antipsychotics and Dementia" que dedican en la sección Tools.	http://effectivepractice.org/
Geriatrics Interprofessional Interorganizational Collaboration (GIIC)	Proporciona información y herramientas de bolsillo sobre el uso de medicación en personas mayores; por ejemplo, una lista de medicamentos que pueden contribuir al desarrollo del delirio, así como información sobre polifarmacia.	http://giic.rgps.on.ca/
The Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada	ISMP Canada es una organización nacional independiente sin ánimo de lucro comprometida con la seguridad de los medicamentos en todos los entornos asistenciales.	https://www.ismp-canada.org/
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	El instituto NICE ofrece guías clínicas sobre el delirio, la demencia y la depresión, así como vías clínicas, estándares de calidad (p. ej., antipsicóticos para personas con problemas) y otros instrumentos y recursos para profesionales sanitarios.	www.nice.org.uk/
RX Files	RxFiles es un programa académico detallado que proporciona información objetiva y comparativa sobre medicamentos a los profesionales clínicos. Pone a disposición de los profesionales de atención primaria información precisa y herramientas para ayudarles a optimizar los tratamientos farmacológicos (p. ej., la lista de referencia de medicamentos con efectos anticolinérgicos).	http://www.rxfiles.ca/rxfiles/Home.aspx
STOPP & START Criteria	Estos criterios se centran en la prescripción potencialmente inadecuada de medicamentos a las personas mayores, e incluye una herramienta de cribado de las prescripciones de estos pacientes (STOPP) y otra herramienta de cribado para advertir del tratamiento correcto (START).	Véase O'Mahony, D., Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Hamilton, H., Barry, P., ... Kennedy, J. (2010). STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. <i>European Geriatric Medicine</i> , 1(1), 45–51.

Anexo G : Factores de Riesgo de Delirio e Intervenciones Recomendadas

La literatura y las guías clínicas enumeran varios factores de riesgo predisponentes y desencadenantes del delirio.

El **texto en negrita** indica los factores de riesgo especialmente alto. Los profesionales sanitarios pueden aplicar distintas intervenciones preventivas adaptadas a medida de los factores de riesgo desencadenantes en cuestión. En la segunda tabla se incluyen ejemplos de intervenciones concretas señaladas en la literatura junto con los factores de riesgo relacionados. Esta lista no es exhaustiva, sino que incluye los factores de riesgo y las intervenciones citadas con más frecuencia en la literatura. Algunos factores de riesgo y algunas intervenciones son de mayor interés para determinados sectores asistenciales que otros.

FACTORES DE RIESGO
Nota: véanse a continuación los factores de riesgo con las intervenciones asociadas
Edad avanzada (más de 65 o 70 años)
Consumo/abuso de alcohol
Depresión
Cirugía mayor que cause un estrés fisiológico mayor de lo habitual (p- ej- pérdida de sangre más abundante, duración de la intervención, grado de disección) (p- ej., cirugía cardiaca)
Fractura de cadera
Delirio previo
Enfermedad grave o existencia de comorbilidades

FACTORES DE RIESGO E INTERVENCIONES	
<i>Factor de Riesgo</i>	<i>Modelo de Intervención</i>
Deterioro cognitivo, demencia, desorientación	Orientación/reorientación cognitiva Ayudas ambientales: <ul style="list-style-type: none"> ■ iluminación adecuada ■ señalización clara ■ reloj ■ calendario Evitar cambios de habitación innecesarios Usar una comunicación clara
Privación sensorial, aislamiento	Actividades terapéuticas o cognitivas estimulantes: <ul style="list-style-type: none"> ■ estimulación mediante actividades adaptadas al gusto de la persona y en un ambiente familiar ■ reminiscencia⁶ ■ visitas de familiares/amigos Nota: evitar el aislamiento innecesario, la privación sensorial y la sobrecarga sensorial
Deterioro sensorial (p. ej., problemas de visión o audición)	Optimizar la función sensorial: <ul style="list-style-type: none"> ■ asegurarse de contar con ayudas visuales y auditivas que funcionen ■ asegurarse de que la iluminación sea adecuada ■ resolver las causas reversibles del deterioro sensorial (p. ej., tapón de cerumen)
Infección, fiebre	Detectar y tratar la infección

Continuación de la Tabla en la siguiente página.

FACTORES DE RIESGO E INTERVENCIONES	
<i>Factor de Riesgo</i>	<i>Modelo de Intervención</i>
Presencia de sonda vertical	Evitar el sondaje innecesario Comprobar si existe infección urinaria y tratarla, en su caso Retirar las sondas permanentes lo antes posible Considerar la posibilidad de emplear una sonda intermitente en vez de una sonda permanente
Deshidratación y estreñimiento Anomalías electrolíticas (hiper o hiponatremia) Anomalías en el sodio y/o potasio y/o calcio	Monitorizar la nutrición, la hidratación y la función vesical/intestinal Evitar los trastornos electrolíticos/la deshidratación mediante: ■ una correcta ingesta de líquidos ■ la posible administración de líquidos subcutáneos o intravenosos, si fuera necesario ■ el restablecimiento de los niveles de sodio, potasio y glucosa en sangre a unos límites normales Prestar atención a las personas que sufren mayor riesgo de deshidratación (es decir, quienes toman diuréticos, sufren diarrea, neumonía, ITU, etc.)
Nutrición deficiente	Seguir los consejos de asesoramiento nutricional Mantener una ingesta adecuada de nutrientes y de glucosa Vigilar que las prótesis dentales encajen correctamente Dedicar suficiente tiempo a abrir los envases de los alimentos/preparar las bandejas de comida
Anemia	Identificar y abordar las causas tratables de anemia
Hipoxia	Optimizar la oxigenación y monitorizar los niveles de saturación de oxígeno
Control inadecuado del dolor	Evaluar, monitorizar y controlar el dolor
Trastornos o falta de sueño	Promover un sueño de buena calidad Utilizar métodos no farmacológicos de mejora del sueño Evitar los procedimientos enfermeros o médicos en horas de sueño, y programar las rondas de forma que se evite en lo posible alterar el sueño Reducir el ruido y la luz al mínimo durante las horas de sueño
Immobilización o movilidad limitada: ■ Uso de medidas de contención ■ Sedación o reposo en cama prolongados, inmovilidad tras una cirugía	Evitar el uso de medidas restrictivas Minimizar el uso de aparatos y dispositivos médicos (p. ej., vías intravenosas, sondas) que puedan restringir la función o la movilidad Fomentar la movilización del paciente, con actividades como: ■ pasear (cuando sea posible) ■ levantarse de la cama ■ realizar ejercicios de amplitud de movimiento ■ actividades de autocuidado
Estado funcional deficiente / discapacidad funcional	Facilitar las ayudas para caminar que sean necesarias, según corresponda Promover una pronta movilización tras una cirugía Fisioterapia o terapia ocupacional según sea necesario (tras una cirugía)
Polifarmacia y consumo de medicamentos de alto riesgo (p. ej., psicoactivos, sedantes-hipnóticos, benzodiazepinas, anticolinérgicos, antihistamínicos, meperidina)	Realizar revisiones de la medicación para aquellas personas que consuman diversos medicamentos, y modificar las dosis o suspender el consumo de aquellos que aumenten el riesgo de delirio

Fuentes: AGS, 2014; AMDA, 2008; Brooks, 2012; CCSMH, 2010; Clegg et al., 2014; Gage & Hogan, 2014; Holroyd-Leduc et al., 2010; Inouye et al., 2014; Khan et al., 2012; NICE, 2010.

Anexo H: Herramientas de Cribado y Valoración

A continuación se incluye un listado no exhaustivo de recursos, que conforma más bien una selección de herramientas identificadas en la revisión sistemática y las guías valoradas con el instrumento AGREE II, y la información del panel de expertos o de partes interesadas externas.

Nota: La inclusión de una herramienta en esta lista no implica que esté avalada por la RNAO. Véase la **Recomendación 15.2** y la discusión de la evidencia relacionada para obtener más información sobre las consideraciones que se deben tener en cuenta al seleccionar y usar herramientas. Es importante seleccionar una herramienta adecuada para el contexto de práctica en que se va a usar y apropiada también al alcance que se plantea en la práctica.

Algunas herramientas pueden estar validadas solo para determinados contextos. En la última columna de la derecha se incluye una marca de verificación en los casos en que se han podido localizar estudios de validación.

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
HERRAMIENTAS APLICABLES AL DELIRIO, LA DEMENCIA Y LA DEPRESIÓN			
<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)</i> , by the American Psychiatric Association	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta de diagnóstico y clasificación de trastornos mentales Uso con coste asociado 	www.dsm5.org http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5	véase www.dsm5.org para consultar los detalles del proceso de desarrollo
Extensive Nursing Assessment/Mental Status Questions	<ul style="list-style-type: none"> Ejemplo de preguntas que pueden usarse en una entrevista entre paciente y enfermera 	Fortinash, K. M. & Holoday-Worret, P. A. (1999). <i>Psychiatric nursing care plans (3rd ed.)</i> . St. Louis: Mosby.	
Mini-Cog	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta empleada para valorar las funciones de registro, recuerdo y ejecución de la información de una persona Se puede realizar rápidamente Adecuada para uso con personas mayores con distintos niveles de lenguaje y alfabetización, y de distintas culturas⁶ 	Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The Mini-Cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 15(11), 1021–1027.	
Mini Mental Status Examination (MMSE) Nota: MMSE está sujeto a derechos de la propiedad intelectual	<ul style="list-style-type: none"> Mide la memoria, la orientación, el lenguaje, la atención y las capacidades visuales espaciales y constructivas de una persona Uso con coste asociado 	Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 12(3), 189–198. http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=MMSE	✓
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	<ul style="list-style-type: none"> Test de cribado cognitivo diseñado para ayudar a los profesionales sanitarios a detectar el deterioro cognitivo leve Especialmente adecuado para la valoración de la disfunción ejecutiva 	http://www.mocatest.org/	✓

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
NEECHAM confusion scale	<ul style="list-style-type: none"> La escala de confusión NEECHAM mide los niveles de confusión en el procesamiento de la información, la conducta y el control fisiológico 	Miller, J., Neelon, V., Champagne, M., Bailey, D., Ng'andu, N., Belyea, M., ... Williams, A. (1997). The assessment of acute confusion as part of nursing care. <i>Applied Nursing Research</i> , 10(3), 143–151.	✓
Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS) from interRAI™	<ul style="list-style-type: none"> Herramientas electrónicas de recogida de información De ayuda para el desarrollo de un plan de cuidados El MDS (conjunto de datos mínimos) sirve de ayuda para controlar la efectividad de un plan de cuidados 	http://www.interrai.org/	✓
HERRAMIENTAS PARA EL DELIRIO			
4AT	<ul style="list-style-type: none"> Test rápido de valoración del delirio y el deterioro cognitivo Se puede usar en personas que no pueden someterse a pruebas (p. ej., adormiladas) No requiere formación especial 	http://www.the4at.com/	✓
Confusion Assessment Method Instrument (CAM)	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda a identificar a los individuos que pueden estar sufriendo delirio o un estado de confusión agudo Útil para distinguir entre delirio y demencia 	Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method—A new method for detection of delirium. <i>Annals of Internal Medicine</i> , 113(12), 941–948. http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/short-cam/	✓
3D CAM	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta de valoración breve que puede usarse para probar si existe delirio Se realiza en aproximadamente tres minutos 	http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/3dcam/	✓
CAM-ICU	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda a identificar a los individuos que pueden estar sufriendo delirio o un estado de confusión agudo Útil para distinguir entre delirio y demencia Uso en pacientes de cuidados intensivos 	Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., ... Inouye, S. K. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). <i>Critical Care Medicine</i> , 29(7), 1370–1379.	✓

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
Delirium Observation Scale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Herramienta de 13 ítems ■ De rápida aplicación ■ Identifica los primeros síntomas de delirio que pueden observarse en el curso de los cuidados ■ No precisa una formación especializada en atención geriátrica 	Schuermans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., and Luursma, S. A. (2003). The Delirium Observation Screening Scale: A screening instrument for delirium. <i>Research and Theory for Nursing Practice</i> , 17(1), 31–50.	✓
Delirium Rating Scale—Revised 98 (DRS-R 98)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escala de 16 ítems con 13 indicadores de gravedad y 3 indicadores diagnósticos ■ Incluye escala de gravedad para mediciones repetidas ■ Se puede usar para monitorizar a los pacientes a lo largo de un periodo 	Trzepacz, P. T., Mittal, D., Torres, R., Canary, K., Norton, J., & Jimerson, N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98. <i>The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences</i> , 13(2), 229–242.	✓
Delirium Symptom Interview (DSI)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preguntas para el paciente coherentes con los criterios DSM-III para el delirio ■ Diseñado para su aplicación (diaria) a personas mayores hospitalizadas por parte de personas ajenas al ámbito clínico 	Albert, M. S., Levkoff, S. E., Reilly, C., Liptzin, B., Pilgrim, D., Cleary, P. D., ... Rowe, J. W. (1992). The delirium symptom interview: An interview for the detection of delirium symptoms in hospitalized patients. <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> , 5(1), 14–21.	✓
I WATCH DEATH	<ul style="list-style-type: none"> ■ La regla mnemotécnica I-WATCH-DEATH se usa ampliamente en la práctica clínica para ayudar a los profesionales sanitarios a recordar las causas frecuentes del delirio; también sirve de ayuda en las valoraciones a pie de cama 	Wise, M. G. (1986). Delirium. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), <i>American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry</i> (pp. 89–103). Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.	
Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lista de verificación observacional de los síntomas de delirio con ocho ítems ■ Evaluación en un periodo de 8–24 horas 	Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool. <i>Intensive Care Medicine</i> , 27(5), 859–864.	✓
Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escala diseñada para medir la gravedad de los síntomas de delirio ■ Puede ayudar a medir los cambios en los síntomas de delirio 	Breitbart, W., Rosenfeld, B., Roth, A., Smith, M. J., Cohen, K., & Passik, S. (1997). The memorial delirium assessment scale. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 13(3), 128–137.	✓ validada en pacientes con cáncer avanzado y SIDA

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
Nursing Delirium Screening Scale (Nu DESC)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escala de cribado observacional de cinco ítems ■ Se puede realizar rápidamente ■ Continua (observación a lo largo de 24 horas) 	Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The nursing delirium screening scale. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 29(4), 368–375.	✓ contexto hospitalario
PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICU patients)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Herramienta de 10 ítems ■ Emplea los datos de rutina disponibles recogidos durante las primeras 24 horas desde el ingreso del paciente en cuidados intensivos ■ Evalúa el riesgo de desarrollo de delirio en pacientes en cuidados intensivos 	Van den Boogaard, M., Pickkers, P., Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Spronk, P. E., Van Der Voort, P. H. J., ... Schoonhoven, L. (2012). Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICU patients) delirium prediction model for intensive care patients: Observational multicentre study. <i>British Medical Journal</i> , 344, e420.	✓
Recognizing Active Delirium As part of your Routine (RADAR) *Nota: esta herramienta ha sido creada por uno de los miembros del panel de expertos. Véase la declaración sobre conflicto de intereses al principio de esta Guía.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proceso en tres pasos para identificar el delirio en las personas mayores ■ Observación de tres signos de nivel de conciencia alterado y falta de atención cada vez que se administra medicación 	http://radar.fsi.ulaval.ca/?page_id=54	✓
HERRAMIENTAS PARA LA DEMENCIA			
Abbreviated Mental Test Score (AMTS)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Test de 10 preguntas ■ Evalúa la confusión y otros déficits cognitivos 	Hodkinson, H. M. (1972). Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. <i>Age and Ageing</i> , 1(4), 233–238.	✓ principalmente evaluado en personas mayores
Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Test de 100-puntos ■ Evaluación de seis ámbitos cognitivos (orientación, atención, memoria, fluidez verbal, lenguaje y capacidad visual espacial) ■ Puede ayudar a diferenciar los subtipos de demencia 	Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W., & Hodges, J. R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate <i>Alzheimer's disease and frontotemporal dementia</i> . <i>Neurology</i> , 55(11), 1613–1620.	✓

<p>Clock Drawing Test</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede respaldar un diagnóstico de demencia o indicar áreas de dificultad para el paciente ■ Complementa a otras pruebas que se centran en la memoria/el lenguaje 	<p>Cockrell, R. & Folstein, M. (1988). Mini-mental state examination. <i>Journal of Psychiatry Research</i>, 24(4), 689–692.</p> <p>Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>Journal of Psychiatric Research</i>, 12(3), 189–198.</p>	
<p>Cornell Scale for Depression in Dementia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumento de 9 ítems aplicado por el profesional clínico ■ Ofrece una calificación cuantitativa de la depresión en individuos con o sin demencia ■ Emplea información tanto del paciente como del cuidador 	<p>Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. <i>Biological Psychiatry</i>, 23(3), 271–284.</p>	<p>✓</p>
<p>Frontal Assessment Battery (FAB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Batería de preguntas de evaluación del lóbulo frontal para valorar la presencia y gravedad del síndrome disejecutivo con afectación de la cognición y la motricidad ■ Ofrece una medida para diferenciar entre demencia frontoparental y enfermedad de Alzheimer en pacientes con demencia leve (prueba diagnóstica) 	<p>Dubois, B., & Litvan, I. (2000). The FAB: A frontal assessment battery at bedside. <i>Neurology</i>, 55(11), 1621–1626.</p> <p>Slachevsky, A., & Dubois, B. (2004). Frontal Assessment Battery and differential diagnosis of frontotemporal dementia and Alzheimer disease. <i>Archives of Neurology</i>, 61(7), 1104–1107.</p>	<p>✓</p>
<p>Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease (FAST)©</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ayuda a evaluar los cambios en el rendimiento funcional y las habilidades para realiar tareas cotidianas a lo largo del curso de la enfermedad de Alzheimer 	<p>Sclan, S. G., & Reisberg, B. (1992). Functional assessment staging (FAST) in Alzheimers' disease: Reliability, validity, and ordinality. <i>International Psychogeriatrics</i>, 4(3), 55–69.</p>	<p>✓</p>
<p>Lawton Brody Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evalúa las capacidades funcionales de la persona en la actualidad para realizar tareas cotidianas, como llamar por teléfono, ir a la compra o preparar la comida 	<p>Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. <i>Gerontologist</i>, 9(3), 179–186.</p>	<p>✓</p> <p>La idoneidad de su uso puede variar en función del género y el contexto</p>
<p>Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se compone de 6 ítems para evaluar diversos ámbitos cognitivos, como la memoria, la práctica, el lenguaje, el juicio, el dibujo y la orientación corporal 	<p>Storey, J. E., Rowland, J. T., Conforti, D. A., & Dickson, H. G. (2004). The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): A multicultural cognitive assessment scale. <i>International Psychogeriatrics</i>, 16(1), 13–31.</p>	<p>✓</p>

COMPORTAMIENTO DE LA DEMENCIA			
Antecedent-Behaviour-Consequence (ABC) Mapping	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esquema ABC ("Antecedentes. conducta-consecuencia", por sus siglas en inglés) para registrar el comportamiento ■ A = Antecedent [antecedente] ¿Qué actividad o suceso concretos se desarrollaron antes de la aparición de la conducta desafiante? ■ B = Behaviour [conducta] ¿Qué dijo o hizo la persona, concretamente? ■ C = Consequence [consecuencia] ¿Qué sucedió a continuación o como resultado de la conducta desafiante? 	<p>https://mconnect.milwaukee.k12.wi.us/MPS-English/CAO/Documents/PBIS/fba-bip-ABC-Behaviour-chart.pdf</p> <p>https://www.health.qld.gov.au/abios/behaviour/professional/abc_behaviour_pro.pdf</p>	
HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuestionario de calificación para los cuidadores que incluye 29 conductas de agitación, cada una de ellas calificada según una escala de frecuencia de 7 puntos ■ Evalúa la frecuencia de las conductas de agitación en las personas mayores ■ Desarrollada para su aplicación en residencias de tercera edad 	Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. <i>Journal of Gerontology, 44</i> (3), M77–M84.	✓ entornos institucionalizados
Dementia Observational System (DOS) Tool	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Herramienta DOS evalúa el comportamiento de una persona durante 24 horas a lo largo de un ciclo de hasta 7 días ■ Se puede usar para definir un perfil basal, realizar anotaciones cuando se observe cualquier cambio conductual y revisar la efectividad de las intervenciones 	Putting the P.I.E.C.E.S. Together. (n.d.). <i>Dementia Observation System (DOS)</i> . http://pieceslearning.com/	
Kingston Standardized Behavioural Assessment (versiones comunitaria y de atención de larga duración)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Complementa las herramientas de valoración cognitiva al ofrecer una indicación del número de síntomas conductuales asociados a la demencia que afectan a un individuo al mismo tiempo 	http://www.kingstonscales.org/behaviour-assessment.html	

Neuropsychiatric Inventory (NPI)	<ul style="list-style-type: none"> 12 ítems para evaluar la frecuencia y la gravedad de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, agitación, depresión/disforia, ansiedad, euforia/júbilo y apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad, comportamiento motor sin objetivo, alteración del sueño y trastornos alimentarios Empleada para evaluar los síntomas conductuales y psicológicos en pacientes con demencia 	Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D.A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. <i>Neurology</i> , 44(12). 2308–2314.	✓ entornos institucionalizados
DOLOR			
Abbey Pain Scale	<ul style="list-style-type: none"> Mide el dolor en personas con demencia que no pueden verbalizar Seis preguntas con que registrar observaciones en las siguientes categorías: vocalización, expresión facial, cambios en el lenguaje corporal, cambios en el comportamiento, cambios fisiológicos y cambios físicos 	Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L., & Lowcay, B. (2004). The Abbey pain scale: A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 10(1), 6–13.	
HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)	<ul style="list-style-type: none"> Esta lista de verificación de indicadores no verbales de dolor está diseñada para medir el dolor en personas mayores con deterioro cognitivo a través de la observación de su conducta Tiene en cuenta el dolor en reposo y durante el movimiento 	Feldt, K. S. (n.d.). <i>Geriatric assessment tools: Pain</i> . Iowa City, IA: Iowa Geriatric Education Center. Retrieved from http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/categoryMenu.asp?categoryID=7	
Doloplus 2	<ul style="list-style-type: none"> Escala de dolor que puede emplearse en personas con deterioro cognitivo leve o moderado y con la puntuación por un sustituto cuando la persona no es capaz de informar por sí misma 	http://www.assessmentscales.com/scales/doloplus	
Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID)	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento aplicado por enfermeras para observar los comportamientos relacionados con el dolor Se observan signos de dolor durante los movimientos guiados 	Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., Snow, A. L., & Ljunggren, A. E. (2007). Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): Development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 34(1), 67–80.	✓ residencias de tercera edad

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lista de verificación utilizada para valorar el dolor cuando sufren demencia u otros problemas cognitivos y tienen limitaciones para comunicarse ■ Consistente en 60 ítems para evaluar cuatro categorías: expresiones faciales, actividad/movimiento corporal, cambios sociales y de personalidad y otros (cambios en el apetito o el sueño) ■ Se puede aplicar rápidamente 	Fuchs-Lacelle, S., & Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC). <i>Pain Management Nursing</i> , 5(1), 37–49.	✓
Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Herramienta conductual observacional que mide cinco aspectos: respiración, expresión facial, lenguaje corporal, vocalización negativa y consuelo ■ Se puede aplicar rápidamente ■ Para su uso con personas con demencia avanzada 	Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 4(1), 9–15.	✓
PRESTADORES DE CUIDADOS Y CUIDADORES			
Calgary Family Assessment Model	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modelo para evaluar a las familias en tres categorías principales: niveles estructural, de desarrollo y funcional 	Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). <i>Nurses and families: A guide to family assessment and intervention</i> . FA Davis	
HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Basada en el Confusion Assessment Method (CAM, método de valoración de la confusión) ■ Puede ayudar a los cuidadores a detectar de forma temprana el delirios 	http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/fam-cam/	
Sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) Scale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escala de 17 ítems ■ Tiene por objeto medir el sentido de competencia de los profesionales asistenciales 	Schepers, A. K., Orrell, M., Shanahan, N., & Spector, A. (2012). Sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) scale: Development, reliability, and validity. <i>International Psychogeriatrics</i> , 24(7), 1153–1162.	✓
Zarit Burden Interview	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuestionario de 22 preguntas que mide la sobrecarga del cuidador ■ Medida autoadministrada 	Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. <i>The Gerontologist</i> , 20(6), 649–655.	✓

HERRAMIENTAS PARA LA DEPRESIÓN			
Cornell Scale for Depression in Dementia	Véase más arriba en el apartado de Demencia de esta misma tabla		
Distress Thermometer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Termómetro del estrés: medida sencilla y autoadministrada ■ Consiste en una escala lineal de cero a diez (donde cero es "Ausencia de estrés" y diez es "Estrés extremo") ■ Se puede emplear para valorar a personas con importantes dificultades de lenguaje o comunicación 		✓
Geriatric Depression Scale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Disponible en versión corta y versión larga ■ Escala de depresión geriátrica en forma de cuestionario consistente en 30 o 15 preguntas de respuesta sí/no para el paciente ■ Herramienta de cribado para facilitar la valoración de la depresión en las personas mayores ■ Ofrece una puntuación cuantitativa de la depresión ■ No sirve para evaluar el riesgo de suicidio 	Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 17(1), 37–49.	✓
HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
Patient Health Questionnaire-9 item interview (PHQ-9)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Herramienta de cribado de la depresión ■ Instrumento con formato de entrevista para uso con individuos que no puede comunicar su estado ■ Versión adaptada del Staff Assessment of Resident Mood (PHQ-9-OV), de uso en los cuidados de larga duración 		✓
SIGECAPS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Regla mnemotécnica empleada para recordar los síntomas de depresión más frecuentes 	Jenike, M. A. (1989). <i>Geriatric psychiatry and psychopharmacology: A clinical approach</i> . Chicago, IL: Yearbook Medical Publishing.	

Fuente: Adaptado de RNAO, 2010b.

Anexo I: Primeras Señales de Alerta de Cambio Cognitiva

La siguiente tabla señala algunos de los primeros signos de alerta de problemas cognitivos que pueden detectar cuidadores y profesionales sanitarios. Los signos se pueden emplear para identificar a los individuos que deben someterse a una valoración de demencia.

Tabla 8: Primeros Signos de Alerta Indicativos de Posibles Problemas Cognitivos

SIGNOS QUE PUEDEN DETECTAR LOS CUIDADORES	SIGNOS QUE PUEDEN DETECTAR LOS PROFESIONALES SANITARIOS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dificultad para realizar tareas familiares ■ Problemas con el lenguaje <ul style="list-style-type: none"> □ Confusión respecto a la hora y el sitio ■ Empeoramiento del juicio ■ Problemas con el pensamiento abstracto ■ Pérdida de objetos/objetos fuera de su sitio ■ Cambios de humor y de comportamiento ■ Cambios en la personalidad ■ Pérdida de iniciativa ■ Pérdida de memoria que afecta a la función cotidiana 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Con frecuencia, pérdida de llamadas o citas, o asistencia en una fecha equivocada ■ Relato pobre, vago; parece tener la cabeza en otra parte; repite las preguntas/las historias ■ Mal cumplimiento terapéutico/de instrucciones ■ Aspecto/estado de ánimo/personalidad/conducta ■ Búsqueda de palabras/menor interacción social ■ Cambio subagudo de la función sin explicación clara/visitas frecuentes a Urgencias ■ Confusión—cirugía/enfermedad/medicación ■ Pérdida de peso/merma/"mala ganancia de peso" ■ Conducción—accidentes/problemas/multas/preocupaciones familiares ■ Señales con la cabeza (dirigirla al cuidador para que responda a las preguntas)

Fuente: Reimpreso de "Dementia and Screening Assessment," del Regional Geriatric Program of Eastern Ontario, n.d. Consultado en <http://giic.rgps.on.ca/sites/default/files/1b%20Dementia%20screening%20overview.pdf> Reimpresión autorizada.

Las siete aes de la demencia

Algunos profesionales sanitarios usan las siete aes de la demencia para identificar los signos frecuentes. Estas son: anosognosia, agnosia, afasia, apraxia, alteración de la percepción, amnesia y apatía. Para más información se puede visitar el sitio web de la Alzheimer Society of Canada: <http://www.alzheimer.ca/en/york/About-dementia/What-is-dementia/Seven-A-s-of-dementia>

Anexo J: Recursos

La siguiente tabla, recopilada por el equipo del programa de Guías Buenas Prácticas de la RNAO y por miembros del panel de expertos, y con información aportada por partes interesadas, enumera algunas de las principales organizaciones que ofrecen información o recursos sobre el delirio, la demencia y la depresión. Pueden existir otros recursos disponibles de forma local. Desde aquí animamos a los profesionales clínicos a informarse sobre los recursos locales a los que pueden derivar a los pacientes.

Se incluyen enlaces a los sitios web a título informativo únicamente; la RNAO no se responsabiliza de la calidad, precisión, fiabilidad o actualización de la información contenida en estas fuentes. Además, la RNAO no ha determinado hasta qué punto han sido evaluados estos recursos. Cualquier pregunta relativa a los mismos deberá dirigirse a la fuente correspondiente.

INSTITUCIÓN, PROGRAMA O RECURSO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
GENERAL		
Behavioural Supports Ontario	Iniciativa para las personas mayores de Ontario que presentan conductas complejas y reactivas asociadas a la demencia, la salud mental, el consumo de sustancias u otros trastornos neurológicos. La iniciativa también comprende un apoyo reforzado a los cuidadores familiares en entornos comunitarios, de cuidados a largo plazo o en cualquier otro entorno en que puedan vivir los pacientes y/o los cuidadores.	www.behaviouralsupportsontario.ca
Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH)	La CCSMH [Coalición Canadiense para la salud mental de las personas mayores] facilita iniciativas para mejorar y promover la salud mental en la tercera edad. El sitio web ofrece información, herramientas, recursos y mucho más. Se pueden consultar recursos específicos para el delirio, la depresión y el suicidio.	www.ccsmh.ca
Canadian Gerontological Nursing Association's Competencies and Standards of Practice	Competencias y estándares de práctica que describen intervenciones y actividades terapéuticas que facilitan conductas saludables en el paciente orientadas a la promoción, la prevención, el mantenimiento, la rehabilitación o la paliación.	www.cgna.net/Standards_of_Practice.html
ConsultGeri from the Hartford Institute for Geriatric Nursing	ConsultGeri.org es el sitio web de enfermería clínica geriátrica basada en la evidencia de The Hartford Institute for Geriatric Nursing, en la Escuela universitaria de Enfermería de la NYU. El sitio web incluye protocolos geriátricos para síndromes geriátricos frecuentes, así como información sobre enfermedades, formación, herramientas y mucho más.	www.consultgeri.org/
Geriatrics, Interprofessional Practice and Interorganizational Collaboration (GiiC) Toolkits	Los conjuntos de herramientas [toolkits] comprenden módulos sobre temas relacionados con la atención a la tercera edad, incluidos una panorámica de cada tema, datos breves, algoritmos y herramientas de valoración, folletos para pacientes y materiales educativos.	http://giic.rgps.on.ca/toolkit-libraries
Health Quality Ontario	Health Quality Ontario es una organización que busca transformar el sistema sanitario de Ontario para mejorar la experiencia asistencial y los resultados de los pacientes. El sitio web ofrece planes de mejora de la calidad y otros recursos; por ejemplo, véase el póster "Responsive Behaviours—Clinical and Organizational Change Concepts and Ideas".	www.hqontario.ca/

INSTITUCIÓN, PROGRAMA O RECURSO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
International Psychogeriatric Association (IPA)	La IPA es una asociación de psicogeriatría de nivel internacional que facilita la colaboración y la interacción entre profesionales para trabajar en la investigación, las prácticas asistenciales y la mejora de la salud mental en relación con las personas mayores en todo el mundo. El sitio web incluye distintos recursos, algunos de ellos específicos de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD).	www.ipa-online.org/wordpress/
National Initiative for the Care of the Elderly (NICE)	La iniciativa NICE es una red internacional de investigadores, profesionales de práctica clínica y estudiantes dedicados a mejorar la asistencia a las personas mayores tanto en Canadá como en otros países. El sitio web incluye distintos recursos, algunos de ellos específicos para el cuidado de la demencia y para los cuidadores.	http://www.nicenet.ca/
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	El instituto NICE ofrece guías clínicas, herramientas y recursos e información para el público, así como vías clínicas. Se pueden consultar recursos sobre el delirio, la demencia y la depresión, así como documentación sobre el uso de los estándares de calidad para mejorar la práctica en residencias de la tercera edad.	https://www.nice.org.uk/
Older People in Hospital	Este recurso, facilitado por el Victoria State Government [Australia], ofrece a los profesionales clínicos información basada en la evidencia y estrategias sencillas para minimizar el riesgo de deterioro funcional en personas mayores hospitalizadas. Se basa en los principios de la práctica centrada en la persona.	www.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people
Regional Geriatric Program of Ontario	Los programas geriátricos regionales (RGPs, por sus siglas en inglés) conforman una red integral de servicios geriátricos especializados para la valoración y el tratamiento de los aspectos funcionales, médicos y psicosociales de la enfermedad y la discapacidad en personas mayores con necesidades múltiples y complejas.	http://rgps.on.ca/
Senior Friendly Hospitals	El marco de hospitales amigos de las personas mayores [Senior Friendly Hospital] ofrece un esquema basado en la evidencia para guiar las mejoras de todos los servicios hospitalarios que pueden recibir las personas mayores frágiles. Se recomienda utilizar las herramientas del SFH, que contiene recursos relacionados con el delirio, la demencia y la depresión.	http://seniorfriendlyhospitals.ca/
DELIRIO		
American Delirium Society	Los objetivos de esta institución son promover la investigación, la educación, la mejora de la calidad, la defensa y la implantación de la evidencia científica para minimizar el impacto del delirio en la salud y el bienestar a corto y largo plazo, así como los efectos del delirio en el sistema sanitario en su conjunto.	www.americandeliriumsociety.org
European Delirium Association	Esta asociación europea sobre el delirio es una agrupación profesional que ofrece una plataforma para profesionales de la práctica clínica, investigadores, legisladores y otras partes interesadas para que puedan establecer relaciones en beneficio de los pacientes.	http://www.europeandeliriumassociation.com/
Hospital Elder Life Program (HELP)	HELP es un innovador programa para hospitales diseñado para prevenir el delirio, para lo que vela por que las personas mayores hospitalizadas mantengan la orientación en su entorno vean satisfechas sus necesidades de actividad, nutrición, ingesta de líquidos y sueño, y se mantengan activas dentro de las limitaciones de su estado físico.	http://www.hospitalelderlifeprogram.org/about/

INSTITUCIÓN, PROGRAMA O RECURSO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
DEMENCIA		
Advanced Gerontological Education: Gentle Persuasive Approaches	La institución Advanced Gerontological Education ofrece formación para ser asesor (coach) certificado en "Enfoques Persuasivos y Amables" (Gentle Persuasive Approaches, GPA). El objetivo general del programa GPA es dar formación al personal sanitario para utilizar un enfoque centrado en la persona, amable y persuasivo, y responder adecuadamente a cualquier conducta desafiante asociada con la demencia.	https://www.ageinc.ca/ *con coste asociado
Alzheimer Society	La Alzheimer Society (Sociedad para el Alzheimer) es la organización sin ánimo de lucro de ámbito nacional que lidera el trabajo por mejorar la calidad de vida de los canadienses afectados por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, e impulsar la investigación sobre sus causas y cura. El sitio web contiene información sobre la demencia, así como recursos, folletos y otras publicaciones.	www.alzheimer.ca/en First Link Program (programa para la derivación de personas recién diagnosticadas): http://www.alzheimer.ca/en/We-can-help/Resources/For-health-care-professionals/first-link All About Me (recurso para informar a los profesionales sobre las necesidades, los gustos y preferencias, los intereses, etc., de la persona con demencia): http://www.alzheimer.ca/en/Living-with-dementia/I-have-dementia/All-about-me
brainXchange	La red brainXchange está integrada por personas dedicadas a dar apoyo y mejorar la calidad de vida de las personas que tienen o están en riesgo de desarrollar necesidades específicas relacionadas con la demencia, la salud mental y las enfermedades neurológicas derivadas del envejecimiento, o de quienes han sufrido cambios que hayan afectado a su salud cerebral en una etapa previa de la vida que se han complicado con el envejecimiento.	www.brainxchange.ca
Centre for Effective Practice <i>Use of Antipsychotics in Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Discussion Guide</i>	La Guía de discusión sobre el uso de antipsicóticos para los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SPCD) desarrollada por esta institución está diseñada para ayudar a los profesionales sanitarios a entender, valorar y manejar a los residentes de centros de larga estancia con SCPD, con especial atención al uso de antipsicóticos.	www.effectivepractice.org/
Dementia-Friendly Communities	La iniciativa Dementia-Friendly Communities ayuda a crear comunidades acogedoras de apoyo en las que quienes conviven con la demencia puedan sentirse cómodos y seguros.	http://www.alzheimer.ca/en/bc/About-dementia/Dementia-friendly%20communities
DementiAbility & Montessori Education	Programa educativo que enseña los métodos Montessori aplicados a personas con demencia.	http://www.dementiability.com/ *con coste asociado http://www.montessoriteacherscollege.com/montessori-methods-for-dementia/about-montessori-methods-for-dementia/

INSTITUCIÓN, PROGRAMA O RECURSO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
Gentle Persuasive Approach (GPA)	Los Enfoques Persuasivos y Amables (Gentle Persuasive Approaches, GPA) constituyen un programa educativo que forma al personal sanitario para dar una respuesta respetuosa, efectiva y compasiva a las personas que presentan comportamientos reactivos asociados a la demencia.	Distintas localizaciones *con posible coste asociado
International Psychogeriatric Association (IPA) Complete Guides to Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)	Estas Guías sobre SCPD están diseñadas como herramienta de referencia y recursos de formación.	http://www.ipa-online.org/publications/guides-to-bpsd/ *solo disponibles para miembros de la IPA
Living With Dementia: Resources for Living Well	Información y recursos para personas con demencia y sus cuidadores.	https://uwaterloo.ca/murray-alzheimer-research-and-education-program/education-and-knowledge-translation/web-based-resources/living-dementia-resources-living-well
Clínicas de la memoria	Las clínicas de la memoria están disponibles en algunas zonas. Sus servicios incluyen el diagnóstico, el tratamiento y el apoyo a personas con pérdidas de memoria. Dichas clínicas pueden ofrecer atención interprofesional a la persona y a su familia, y promover la salud cognitiva y la calidad de vida.	Ejemplo de un programa disponible en Ontario: http://www.the-ria.ca/products-resources/memory-clinic/
Murray Alzheimer Research and Education Program (MAREP)	Esta iniciativa de investigación y educación sobre la enfermedad de Alzheimer es un innovador programa que adopta un enfoque de alianza colaborativa e integra actividades de investigación y formación para mejorar las prácticas de atención a la demencia en Canadá y en el resto del mundo. Véanse recursos como Living with Dementia: Resources for Living Well, y los productos y las herramientas educativas disponibles.	https://uwaterloo.ca/murray-alzheimer-research-and-education-program/ *con coste asociado para algunos productos y artículos
Partnerships in Dementia Care (PiDC) Alliance	La alianza PiDC se centra en mejorar la atención a la demencia mediante el cambio de la cultura en la asistencia de larga duración y la asistencia comunitaria para reflejar mejor el planteamiento asistencial centrado en las relaciones y la colaboración.	https://uwaterloo.ca/partnerships-in-dementia-care/
Social Care Institute for Excellence: Dementia Gateway	Social Care Institute for Excellence es un órgano de mejora asistencial en Reino Unido que busca mejorar la calidad de los cuidados de salud y de los servicios de apoyo. Consúltense los recursos sobre la demencia y el programa de formación en línea (eLearning).	http://www.scie.org.uk/dementia/ Curso de formación en línea: http://www.scie.org.uk/dementia/open-dementia-e-learning-programme/index.asp *requiere registro
U-First (training program) and PIECES (Alzheimer's Society of Ontario)	El programa de formación U-First está diseñado para aquellos que trabajan en entornos asistenciales comunitarios, de agudos y de larga estancia, y tiene por objeto generar confianza entre quienes trabajan con la demencia. P.I.E.C.E.S.™ es una iniciativa de aprendizaje de buenas prácticas y desarrollo diseñada para profesionales sanitarios formales que ofrece un planteamiento para comprender y mejorar el cuidado de las personas con necesidades de salud físicas y cognitivas/mentales complejas y con cambios conductuales. Este modelo ayuda a los profesionales sanitarios a comprender a la persona en su integridad.	www.u-first.ca/ *con coste asociado

INSTITUCIÓN, PROGRAMA O RECURSO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
DEPRESIÓN		
Centers for Disease Control and Prevention—Healthy Aging	El programa de los CDC "Healthy Aging" sobre envejecimiento saludable está dedicado a la supervisión de la salud mental de la población de la tercera edad y dirigido también a los profesionales de este sector para ofrecerles recursos que puedan usar para la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas mayores en EE. UU. Véase la ficha técnica titulada Depression is Not a Normal Part of Growing Older.	http://www.cdc.gov/aging/mentalhealth/depression.htm
Programas psiquiátricos geriátricos	Numerosos hospitales y centros comunitarios ofrecen programas psiquiátricos específicos para las personas mayores. Entre otros, incluyen servicios de valoración, tratamiento y derivación; algunos servicios se centran en el trabajo con la persona mayor y su familia para favorecer la recuperación y mejorar la calidad de vida.	Ejemplo de programas disponibles en Ontario: <i>Baycrest—Geriatric Psychiatry Community Service</i> http://www.baycrest.org/care/care-programs/community-programs/in-home-and-outreach-services/geriatric-psychiatry-community-service/ <i>Mount Sinai Hospital—Geriatric Psychiatry</i> https://www.mountsinai.on.ca/care/psych/patient-programs/geriatric-psychiatry <i>The Royal—Geriatric Psychiatry Program</i> http://www.theroyal.ca/mental-health-centre/mental-health-programs/areas-of-care/seniors/
Otros servicios locales	Otros servicios de salud mental pueden ofrecer apoyo en caso de depresión; entre otros, pueden ser hospitales, organismos comunitarios con servicios de salud mental y centros comunitarios de salud.	Los profesionales sanitarios deben investigar y recopilar su propia lista de recursos locales.
SUICIDE		
Centre for Suicide Prevention	El Centro para la prevención del suicidio recoge una extensa colección de recursos sobre prevención, intervención y actuación en las personas cercanas en casos de suicidio.	http://www.suicideinfo.ca/
Líneas para crisis (ámbito local)	La mayoría de las regiones de Canadá cuentan con una línea local para casos de crisis a la que pueden llamar las personas para tener acceso a servicios de asesoramiento. "Your Life Counts" cuenta con un directorio para buscar las líneas de crisis de interés.	http://www.yourlifecounts.org/need-help/crisis-lines
Canadian Coalition for Seniors Mental Health (CCSMH)	Recursos para la valoración y la prevención del suicidio en los últimos años de la vida, incluido el conjunto de herramientas Late Life Suicide Prevention Toolkit: <i>Life Saving Tools for Health Care Providers</i> y una guía para familiares.	www.ccsmh.ca

INSTITUCIÓN, PROGRAMA O RECURSO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
Registered Nurses' Association of Ontario. <i>Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida</i>	La Guía se centra en los adultos que están en riesgo de suicidio, incluidos aquellos que pueden mostrar factores de riesgo, con o sin intención suicida expresa.	http://RNAO.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour

Capacidad Mental (Recursos Disponibles en Ontario)

*Esta información se incluye a modo de ejemplo. Los profesionales de la práctica clínica de otras regiones/jurisdicciones deben consultar lo aplicable según sus instituciones y legislación.

TÍTULO	ENLACE
Advocacy Centre for the Elderly [Centro de defensa de la tercera edad]	http://www.advocacycentreelderly.org/
College of Nurses of Ontario Practice Guideline— <i>Consentimiento</i>	http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41020_consent.pdf
Consent and Capacity Board	www.ccboard.on.ca
<i>Health Care Consent Act, 1996</i>	http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm
<i>Mental Health Act</i> [Ley de consentimiento sanitario]	http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90m07_e.htm
Office of the Public Guardian and Trustee (OPGT)	https://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/english/family/pgt/
Ontario Seniors' Secretariat's <i>A Guide to Advance Care Planning</i>	http://www.seniors.gov.on.ca/en/advancedcare/
<i>Substitute Decisions Act, 1992</i>	http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_92s30_e.htm

Videos de Muestra

Hay numerosos vídeos sobre los temas del delirio, la demencia y la depresión; a continuación se incluye una lista de vídeos sugeridos, pero esta enumeración no es exhaustiva.

Nota: algunos recursos pueden llevar un coste asociado.

TEMA	TÍTULO DEL RECURSO	ORGANISMO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
Delirio	<i>This Is Not My Mom</i>	Capital District Health Authority (CDHA) in Halifax, Nova Scotia	Una hija se da cuenta del comportamiento inusual de su madre.	http://thisisnotmymom.ca/
Demencia (cuidado personal)	<i>Bathing Without a Battle</i>	University of North Carolina at Chapel Hill	Técnicas centradas en la persona con planteamientos sencillos y prácticos para hacer del baño, la ducha y el lavado del cabello algo cómodo y seguro tanto para las personas atendidas como para los cuidadores.	http://bathingwithoutabattle.unc.edu/
Demencia	<i>Darkness in the Afternoon</i>	University of Stirling, Dementia Services Development Centre	Síntomas relacionados con la demencia y explicación de algunos de los comportamientos clave asociados a la demencia.	http://www.dementiashop.co.uk/node/128
Demencia (expresiones sexuales)	<i>Freedom of Sexual Expression—Sexuality and Dementia</i>	Hebrew Home for the Aged, Research Division	Ofrece estrategias efectivas para manejar comportamientos sexuales inapropiados; anima a las familias a comprender y respetar la necesidad continuada de intimidad de su ser querido; ofrece ejemplos de normas y procedimientos relativos a los derechos de los residentes en materia de expresión sexual y protección física.	http://www.fanlight.com/catalog/films/570_fse.php
Demencia	Varios videos, entre los que se incluyen <i>Dementia 101, Brain Changes, Challenging Behaviours, Music, Meaningful Activities</i>	Teepa Snow	Videos sobre varios temas a cargo de una especialista en educación sobre la demencia.	http://teepasnow.com/resources/teepa-tips-videos/
Demencia	<i>No Thanks, We're Fine: Supporting Families Living With Dementia</i>	Champlain Community Access Centre, Alzheimer Society of Ottawa and Renfrew County, Champlain Dementia Network	Los cuidadores toman la palabra para explicar sus propias experiencias a otras personas como ellos y subrayar la importancia de buscar información, conseguir ayuda domiciliaria y otros tipos de asistencia a domicilio, integrarse en grupos de apoyo y disfrutar de periodos de descanso, con la ayuda de programas de día y alojamientos temporales de respiro familiar.	https://www.youtube.com/watch?v=1SPEWhue4Do

TEMA	TÍTULO DEL RECURSO	ORGANISMO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
Demencia	<i>Small Changes Help Make a Dementia Friendly Community</i>	Alzheimer's Society	Vídeo que muestra la historia de Mary, que tiene demencia, a medida que se va enfrentando a distintos retos en su comunidad. Demuestra cómo un poco de tiempo y consideración pueden marcar la diferencia en la vida diaria de las personas con demencia.	https://www.youtube.com/watch?v=Fz8ACEu7Lho&feature=youtu.be
Demencia	<i>Living Well with Dementia</i>	Partnerships in Dementia Care (PiDC) Alliance	Este vídeo trata de lo que significa para las personas y sus familiares vivir bien con demencia.	https://www.youtube.com/watch?v=HQLNHJB1OjU



Anexo K: Actitudes, Destrezas y Conocimientos Útiles para la Comunicación en la Atención a la Demencia

La Tabla 9 recoge una lista de contenidos sugeridos para aprender a desarrollar habilidades de comunicación para el cuidado de la demencia.

Table 9: Contenidos para el Desarrollo de Habilidades Comunicativas en el Cuidado de la Demencia

HABILIDADES, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS		
Habilidades verbales	Antes de la atención física	<p>Comunique las acciones individuales</p> <p>Emplee instrucciones sencillas de un solo paso, no varias instrucciones a la vez</p> <p>Tras la indicación verbal, espere un poco antes de proceder con la atención física</p>
	En una etapa temprana del curso de la enfermedad	<p>Evite discutir, acepte diferentes percepciones del tiempo y la realidad</p> <p>Use preguntas respondidas con sí/no u opciones cerradas en vez de preguntas abiertas</p> <p>Sugiera palabras cuando la persona no consigue encontrar una palabra en concreto</p>
	En una etapa intermedia del curso de la enfermedad	<p>Emplee nombres propios y de cosas</p> <p>Use el nombre de la persona</p> <p>Use frases sencillas</p> <p>Repita y reformule las frases</p>
	Repita y reformule las frases	<p>Use enunciados positivos y biográficos</p> <p>Identifique las preferencias y los estilos de comunicación personal</p> <p>Identifique y no use un estilo infantilizado (diminutivos, sustitución de pronombres)</p> <p>Hable y actúe más despacio</p>
Habilidades no verbales y emocionales	Preste atención a esfuerzos comunicativos inusuales	<p>Reconozca los micro-cambios conductuales (movimiento ocular, movimientos leves de la comisura de los labios, lágrimas, etc.) como esfuerzo de comunicación</p> <p>Contemple cualquier comportamiento desafiante como un intento por comunicar necesidades insatisfechas</p>
	Reflexione sobre su propio comportamiento no verbal	<p>Establezca contacto visual</p> <p>Dé al paciente suficiente tiempo</p> <p>Evite usar un tono de voz agudo</p> <p>Escuche de forma activa</p>
	Reconozca y dé respuesta a las emociones	<p>Demuestre que da reconocimiento a la persona con demencia</p> <p>Emplee un tono que demuestre las emociones</p> <p>Muestre empatía</p>

HABILIDADES, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS		
Actitudes hacia las personas con demencia	Cambie de perspectiva	Adopte la perspectiva de la persona respecto a la comunicación
	Piense en actividades	Trate de aumentar los acontecimientos agradables
	Reflexione sobre sus propias percepciones	Identifique aquello que influye en su propia comunicación (autoconcepto, depresión, aislamiento, dependencia)
	Actitudes generales	Emplee un enfoque sosegado Evite la sobreprotección (infantilización, discurso paternalista)
Habilidades de manejo conductual	Habilidades conductuales generales	Dé respuesta a los trastornos de conducta Emplee técnicas de distracción cuando aparezcan conductas agresivas Evite la confrontación Sea práctico Marque objetivos realistas Aclare las emociones
Uso de herramientas		Cree y use álbumes de recuerdos Cree y use ayudas para la memoria Cree gráficos para la memoria Use un diario sobre el comportamiento
Experiencia propia	Reflexione sobre su propio estilo de comunicación	Recopile y anote sus propias estrategias de comunicación personal, tanto exitosas como inefectivas Identifique lo que funciona individualmente
	Intercambio de información	Comparta sus experiencias con otros
Conocimiento teórico	Conocimientos generales y básicos	Aprenda sobre la demencia y sus síntomas; reconozca la diferencia entre el olvido normal, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer; desarrolle su conocimiento sobre la naturaleza de los síntomas conductuales, la persona y el entorno Desarrolle unas expectativas correctamente ajustadas para los pacientes de Alzheimer

Fuente: Reimpreso de “Communication skills training in dementia care: A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings,” de E. Eggenberger, K. Heimerl, & M. I. Bennett, 2013, *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345–358. Reimpresión autorizada.

Anexo L: Descripción de la Herramienta

Las guías de buenas prácticas sólo pueden aplicarse con éxito si la planificación, los recursos, los apoyos institucionales y administrativos son los adecuados y se cuenta con los medios precisos. En este sentido, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores, ha desarrollado la *Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas* (2012b). Esta *Herramienta* se basa en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos su uso de cara a la implantación de cualquier guía de práctica clínica en una institución de salud.

La *Herramienta* proporciona unas directrices paso a paso para las personas y los grupos encargados de planificar, coordinar y facilitar la implantación de la guía. Estos pasos reflejan un proceso que es dinámico e iterativo en lugar de lineal. Por lo tanto, en cada fase es fundamental preparar las siguientes y reflexionar sobre las anteriores. En concreto, la *Herramienta* se ocupa de los siguientes pasos clave, como se ilustra en el marco "del conocimiento a la acción" (Straus et al., 2009):

1. Identificar el problema: identificar, revisar, seleccionar el conocimiento (Guía de buenas prácticas).
2. Adaptar el conocimiento al contexto local:
 - Evaluar los factores que obstaculizan y facilitan (barreras y facilitadores) el uso del conocimiento;
 - Identificar recursos.
3. Seleccionar, adaptar e implantar las intervenciones.
4. Monitorizar el uso del conocimiento.
5. Evaluar los resultados.
6. Mantener el uso del conocimiento.

La implantación de las guías en la práctica para lograr cambios satisfactorios en la práctica y un impacto clínico positivo es una tarea compleja. La *Herramienta* constituye un recurso fundamental para gestionar este proceso. Se puede descargar en: www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition

Apoyos



ACCREDITATION AGRÉMENT CANADA

Better Quality. Better Health.
Meilleure qualité. Meilleure santé.

9 de enero de 2017

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, ON M5H 1L3

Carta de apoyo. *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*

Querida Doris:

Accreditation Canada está encantada de trabajar con quienes comparten nuestra pasión por alcanzar servicios de alta calidad para todos. Con este espíritu, nos satisface revisar la nueva Guía de Buenas Prácticas de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) titulada *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*.

Como sabe, los estándares y programas de valoración de Accreditation Canada están diseñados para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de los servicios de salud, y para reducir el riesgo de y con los pacientes. En los últimos meses, hemos redoblado nuestros esfuerzos para utilizar la mejor evidencia disponible, pericia y experiencia para informar el desarrollo de estándares globales, apoyar una cultura de innovación y escuchar todas las voces (solo por mencionar algunas áreas en las que hemos trabajado duramente). La Guía de Buenas Prácticas de RNAO respecto al delirio, la demencia y la depresión es un complemento perfecto para ello.

Queremos transmitir nuestras felicitaciones por el desarrollo de esta guía, que ayudará a las enfermeras y a otros profesionales de la salud a asegurar cuidados de alta calidad a los adultos mayores en todo el espectro de cuidados.

Nos enorgullece continuar nuestra constructiva colaboración con RNAO y creer que las enfermeras de Ontario contribuyen de manera clave a la activación de los estándares de salud en nuestra provincia.

Atentamente,

Leslee J. Thompson
Chief Executive Officer
Accreditation Canada & Accreditation Canada International

1150, chemin Cyrville Road, Ottawa, Ontario K1J 7S9 Canada
Tel/Tél. : 613-738-3800; 800-814-7769 Fax/Télé. : 613-738-7755; 800-811-7088
accreditation.ca



Canadian Coalition for Seniors' Mental Health

To promote seniors' mental health by connecting people, ideas and resources.

Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées

Promouvoir la santé mentale des personnes âgées en reliant les personnes, les idées et les ressources.

Fecha: 1 de diciembre de 2016

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street Toronto, ON M5H 1L3

Carta de apoyo. *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*

Estimada Dra. Grinspun,

La Coalición Canadiense para la Salud Mental de los Mayores (Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, CCSMH) se complace en apoyar la última edición de la guía de buenas prácticas clínicas de la RNAO *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*. La misión de CCSMH es promover la salud mental de los mayores, conectando a las personas, las ideas y los recursos. Creemos que la enfermedad mental no es una parte normal del envejecimiento y que todos los mayores tienen el derecho y merecen recibir servicios y cuidados que promuevan su salud mental y respondan a sus necesidades. Creemos que la guía de RNAO será un recurso muy valioso que ayude a las enfermeras y a otros profesionales de la salud a contribuir a nuestra misión y creencias.

Elogiamos a RNAO por su defensa continua de la salud mental de los mayores en todo Canada, y confiamos en que esta guía de buenas prácticas contribuirá a un mayor apoyo a los líderes e impulsores de la salud mental de los mayores. Este trabajo es una importante contribución que mejorará la calidad de los cuidados prestados a los adultos mayores y estamos orgullosos de impulsarlo.

Sinceramente;

Dr. David Conn
Co-Chair
Canadian Coalition for Seniors' Mental Health

Dr. Kiran Rabheru
Co-Chair

20 Crown Steel Drive, Unit 6, Markham, Ontario L3R 9X9 • 905-415-3917 • Fax 905-415-0071 • www.ccsmh.ca



The Canadian Geriatrics Society

Promoting excellence in healthcare for older Canadians

30 de noviembre de 2016

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street Toronto, ON M5H 1L3

**Carta de apoyo de la Sociedad de Geriátrica de Canadá:
*Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados***

Estimada Dra. Grinspun,

En nombre de la Sociedad de Geriátrica de Canadá (Canadian Geriatrics Society, CGS), me complace ofrecer nuestro apoyo a la guía de buenas prácticas basadas en la evidencia de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*

Como ya sabrán, CGS fomenta la excelencia en el cuidado médico de la tercera edad en Canadá. Promovemos un alto nivel de investigación en el campo de la geriatría y la gerontología, y buscamos mejorar la educación brindada a los médicos canadienses sobre el envejecimiento y los retos clínicos que representa. Reconociendo que el delirio, la demencia y la depresión afecta a las personas mayores, CGS valora la importancia de una guía de práctica clínica sobre este tema, que ayudará a estandarizar la práctica y a mejorar los cuidados para las personas mayores.

Esta nueva guía proporciona un camino para la práctica clínica, así como recomendaciones para la formación y para los cambios a nivel de las políticas. Está alineada con nuestro mandato respecto a promover la excelencia y comparte las mejores prácticas entre la comunidad médica. Valoramos particularmente y enfatizamos la importancia de la colaboración interprofesional y de la formación en las organizaciones de salud. Los cuidados interprofesionales son importantes en todos los entornos de cuidados para mejorar los resultados de salud y las experiencias de los pacientes/clientes, reducir los costes y mejorar los entornos laborales para todos los profesionales de la salud.

Esta guía integral será muy útil, no solo para las enfermeras, sino también para todos los profesionales y organizaciones implicados en la excelencia en los cuidados de los mayores en Canadá. Gracias;

Un saludo afectuoso

Dr Karen Fruetel
President
The Canadian Geriatrics Society

20 Crown Steel Drive, Unit 6 | Markham, ON | L3R 9X9
905-415-3917 | cgs@secretariatcentral.com



E: office@cgna.net

W: www.cgna.net

21 de noviembre de 2016

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street Toronto, ON M5H 1L3

Guía de Buenas Prácticas de RNAO *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*

Estimada Doris,

En nombre de la Sociedad de Enfermería Gerontológica de Canadá (Canadian Gerontological Nursing Association, CGNA), nos complace que la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) haya actualizado las directrices sobre delirio, demencia y depresión con la guía *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*. CGNA es una organización que representa a las enfermeras gerontológicas y promueve la enfermería gerontológica basada en la evidencia nacional e internacionalmente. Las enfermeras son líderes en defender la excelencia en los cuidados para los adultos mayores y le enviamos nuestra felicitación por crear esta herramienta tan sólida basada en la evidencia que ayude a las enfermeras a alcanzar esta meta.

El delirio, la demencia y la depresión en las personas mayores son condiciones que las enfermeras encuentran con frecuencia. Es importante que las enfermeras y otros profesionales de la salud entiendan las complejidades que implica valorar y cuidar a esta población. La guía de buenas prácticas de RNAO sobre este tema prevalente ayudará a promover una comprensión más profunda de estas importantes condiciones y apoyará la consistencia y la excelencia en la práctica clínica.

Una vez más, nuestra felicitación por lanzar esta impresionante guía. Estamos encantados de apoyar esta guía por ser un recurso que ayudará a promover la salud y el bienestar de las personas mayores en Canada e internacionalmente.

Con nuestros mejores deseos

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Boscart'.

Veronique Boscart
President
Canadian Gerontological Nursing Association
CIHR/Schlegel Industrial Research Chair for Colleges in Seniors Care
Conestoga College



10th Floor
130 Bloor Street West
Toronto ON M5S 1N5
Tel: 416 323-6868
Toll-free: 1 866 623-6868
Fax: 416 323-9261

10^e étage
130, rue Bloor Ouest
Toronto ON M5S 1N5
Tél. : 416 323-6868
Sans frais : 1 866 623-6868
Télééc. : 416 323-9261



15 de diciembre de 2016

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, Ontario
M5H 1L3

Estimada Dra. Grinspun,

Calidad en Salud de Ontario (Health Quality Ontario, HQO) se complace en felicitar a la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) por la publicación de la nueva edición de la guía de buenas prácticas *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*.

Como asesores en la provincia para la calidad en los cuidados de salud, trabajamos conjuntamente con colaboradores como RNAO para ofrecer mejoras significativas en los cuidados de salud. La guía de RNAO sobre el delirio, la demencia y la depresión en las personas mayores tiene el potencial de ayudar a mejorar la calidad de los cuidados para estas personas en toda la provincia.

Quiero felicitarles por el amplio rango de personas consultadas para el desarrollo de su guía. Igualmente, siempre estamos agradecidos cuando usted o los miembros de RNAO participan en nuestros comités asesores, proporcionando retroalimentación sobre nuestro trabajo y apoyando iniciativas como los estándares de calidad y los planes de mejora de la calidad.

Una vez más, muchas felicidades por la publicación exitosa de esta guía. Esperamos seguir trabajando con usted para mejorar la salud y los cuidados de cada ciudadano de Ontario.

Sinceramente



Dr. Joshua Tepper, MD, MPH, MBA
President & Chief Executive Officer



Ontario Society of Senior Citizens Organizations
La Société des Organisations des Citoyens Aînés de l'Ontario

26 de enero de 2017

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, Ontario M5H 1L3

Estimada Dra. Grinspun,

En nombre de la Sociedad de Organizaciones de ciudadanos mayores de Ontario (Ontario Society of Senior Citizens Organizations, OSSCO), nos complace recibir una copia de la nueva Guía de Buenas Prácticas Clínicas de RNAO titulada *Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y Cuidados*.

Esta guía sustituye dos guías previas sobre este tema. Esto destaca las buenas prácticas basadas en la evidencia y plantea promover cuidados efectivos, compasivos y dignos para las personas mayores con una o más de estas condiciones. En tanto que herramienta y compendio para promover la toma de decisiones de las enfermeras y otros profesionales de la salud que trabajan con personas mayores, apoya recomendaciones en tres niveles: la práctica, la formación y en las organizaciones.

OSSCO apoya el trabajo realizado por RNAO por centrarse en la calidad de vida en las personas mayores que viven con delirio, demencia y/o depresión. Este trabajo también contribuye a avanzar en la calidad de vida de todos los ciudadanos mayores de Ontario, que constituye el mandato de OSSCO. Reconoce el valor del respeto, el reconocimiento de los individuos como seres únicos, así como el derecho a un acceso equitativo a cuidados de alta calidad basados en la mejor evidencia disponible, proporcionados por profesionales de la salud con conocimientos, habilidades y compasivos.

Sinceramente

Elizabeth Macnab, Executive Director

c. Board of Directors

333 Wilson Avenue, Suite 406, Toronto, Ontario M3H 1T2
Tel: (416) 785-8570 Fax: (416) 785-7361 Toll Free: 1-800-265-0779 E-mail: ocscso@ocscso.ca
Charitable Registration Number: 88502 6351 RR0001

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

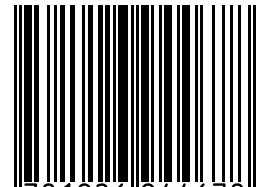
Guía de Buenas
Prácticas Clínicas

JULIO 2016

Delirio, Demencia y Depresión en las Personas Mayores: Valoración y Cuidados

Segunda Edición

ISBN 978-1-926944-67-8



9 781926 944678

 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

 **Ontario**