








ARTÍCULO ORIGINAL

Desafíos en la evaluación y el manejo no farmacológico del delirio por enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos

HIGHLIGHTS

1. Adoptar protocolos estructurados para prevenir el delirio en las UCI.
2. Organizar entornos adecuados para reducir la desorientación en la UCI.
3. Incluir a la familia en la atención para reducir el delirio.
4. Implementar acciones no farmacológicas con enfoque centrado en la persona.

Júlia Horn Scherer¹ 
Taylor Felipe Alves Maia² 
Clayton Felipe da Silva Telles² 
Amanda dos Santos Fragoso³ 
Pedro Guilherme Nascimento Tetericz Propodolski² 
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas⁴ 
Fábio Silva da Rosa² 

RESUMEN

Objetivo: Identificar los desafíos en la implementación de estrategias no farmacológicas para prevenir el delirio en pacientes críticos. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio con 25 enfermeros de cuidados intensivos de cinco regiones de Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas entre agosto y octubre de 2023, analizadas mediante análisis textual discursivo, de conformidad con las directrices de COREQ. **Resultados:** Las principales barreras identificadas fueron la falta de protocolos y herramientas estandarizados para la identificación del delirio, las limitaciones estructurales de las unidades y las restricciones a la participación familiar en cuidados intensivos. **Conclusión:** Los desafíos estructurales, institucionales y organizativos comprometen la eficacia de las estrategias no farmacológicas. Es fundamental invertir en formación, adaptaciones ambientales y políticas de atención centradas en el paciente.

DESCRIPTORES: Unidad de Cuidados Intensivos; Delirio; Atención de Enfermería; Cuidados Críticos; Seguridad del Paciente.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Scherer JH, Maia TFA, Telles CFS, Fragoso AS, Propodolski PGNT, Vargas MAO, da Rosa FS. Desafíos en la evaluación y el manejo no farmacológico del delirio por enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e97798es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97798es>

¹Hospital São Lucas da Pontifícia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Unidade de Terapia Intensiva, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

³Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Unidade de Terapia Intensiva, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El delirio es una afección grave de disfunción cerebral, común en las unidades de cuidados intensivos (UCI) que se caracteriza por un inicio agudo, con alteraciones de la atención, pensamiento desorganizado y deterioro del nivel de consciencia. Su presencia se asocia con un aumento de la morbilidad y la mortalidad, estancias hospitalarias prolongadas, mayores costes sanitarios y déficits cognitivos persistentes tras el alta. Además de ser una afección costosa y de alta prevalencia, el delirio se asocia estrechamente con un deterioro funcional significativo¹⁻².

La fisiopatología del delirio es multifactorial y aún no se comprende por completo. Los mecanismos implicados incluyen alteraciones en los neurotransmisores, inflamación sistémica, disfunción de la barrera hematoencefálica, estrés oxidativo y desregulación del ritmo circadiano. Estos procesos, a menudo combinados, contribuyen a la manifestación clínica del delirio, lo que refuerza la importancia de la identificación temprana de pacientes en riesgo o ya afectados por la enfermedad²⁻³.

Varios factores de riesgo se asocian con el desarrollo del delirio, como el tabaquismo, la hipertensión, las cardiopatías, la sepsis y la demencia preexistente. Los desencadenantes comunes incluyen insuficiencia respiratoria y cardíaca, *shock*, trastornos metabólicos (hipoglucemia, disnatremia, uremia y amonemia), ventilación mecánica prolongada, dolor, inmovilización, uso de psicofármacos o sedantes, déficits sensoriales no corregidos, mala higiene del sueño, aislamiento familiar y condiciones ambientales desfavorables^{1,3}. Los sujetos más vulnerables, como las personas mayores o aquellas expuestas a factores de estrés adicionales (infecciones y ciertos fármacos), presentan un riesgo aún mayor².

Según las directrices de la *Society of Critical Care Medicine*, se debe evitar la administración rutinaria de antipsicóticos para el tratamiento del delirio en adultos gravemente enfermos porque no mejoran de manera consistente la función cerebral¹. La dexmedetomidina, aunque todavía se encuentra bajo investigación, parece ser una alternativa prometedora, especialmente en pacientes de edad avanzada con agitación grave o en proceso de destete de la ventilación mecánica invasiva³⁻⁵.

Sin embargo, el manejo del delirio no se limita al tratamiento farmacológico. Las intervenciones no farmacológicas siguen siendo esenciales, y su objetivo es mitigar los factores de riesgo modificables. Estas intervenciones se sistematizan en el *bundle* ABCDEF, una estrategia basada en la evidencia para la prevención y el tratamiento del delirio. La letra A se refiere a la evaluación y el manejo sistemático del dolor; la letra B, a la interrupción diaria de la sedación con evaluación respiratoria; la letra C, a la selección cuidadosa de analgésicos y sedantes; la letra D, a la evaluación y el manejo rutinarios del delirio; la letra E, a la movilización temprana y segura; y la letra F, a la participación activa de la familia en la atención¹.

Además del *bundle* de intervenciones, otras medidas preventivas complementarias incluyen el control eficaz del dolor, la disnea, la fiebre y el estreñimiento; el uso de gafas y audífonos; la orientación temporal del entorno; la promoción del sueño con reducción de ruido; y la minimización de los sedantes, especialmente las benzodiazepinas. También se deben evitar los procedimientos invasivos innecesarios, promover la movilización temprana y fomentar el autocuidado, siempre prestando atención a la hidratación y una nutrición adecuada. La participación familiar en la estimulación cognitiva tiene un impacto positivo en la recuperación y el bienestar del paciente.

La evidencia científica reciente refuerza la eficacia de estas prácticas. Intervenciones como la estimulación cognitiva y la terapia ocupacional contribuyen a reducir la incidencia y la gravedad del delirio, especialmente cuando se combinan con la movilización temprana. Dichas estrategias incluyen tareas cognitivas adaptadas y reorientación frecuente, preservando la función cognitiva y minimizando los síntomas de confusión aguda en pacientes internados en UCI⁶⁻⁷.

Un estudio realizado en una UCI neurológica evidenció que los programas multicomponentes que apoyan la visión, la audición, la orientación temporal y la estimulación del sueño aumentaron el número de días sin delirio ni coma, lo que destaca los beneficios de un enfoque multidisciplinario para la recuperación de pacientes críticos. Estas prácticas se han asociado con una reducción de la duración del delirio, una mejor funcionalidad y una disminución de la duración de la ventilación mecánica e internación⁸.

A pesar de la evidencia, la implementación de estas estrategias en Brasil aún enfrenta importantes obstáculos. Estos incluyen limitaciones estructurales de los servicios, escasez de recursos humanos y materiales, resistencia institucional y falta de protocolos estandarizados^{1,3,6-7}. Incluso en entornos con recursos limitados, adaptaciones como la reorientación cognitiva, los ajustes de iluminación y la participación familiar pueden implementarse con resultados positivos.

En el contexto de cuidados intensivos, la enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención del delirio, en particular en la identificación temprana de factores de riesgo y alteraciones del estado de consciencia. La calidad de la atención brindada influye directamente en la incidencia y la gravedad de esta condición clínica. Sin embargo, la implementación de estrategias no farmacológicas aún enfrenta importantes obstáculos en la rutina hospitalaria. Comprender estos desafíos es esencial para fortalecer la actuación de los profesionales de enfermería, mejorar la atención y optimizar los protocolos institucionales para la prevención del delirio en pacientes críticos.

En ese marco, este estudio tuvo como objetivo identificar los desafíos en la implementación de estrategias no farmacológicas para prevenir el delirio en pacientes críticos.

MÉTODO

Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, llevada a cabo a partir del análisis de entrevistas semiestructuradas con 25 enfermeros de cuidados intensivos de las cinco regiones de Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur). El estudio se basó en el enfoque del análisis textual discursivo⁹. El desarrollo de la investigación siguió los parámetros de la guía *CO*n*SO*lidated *CR*iteria for *RE*porting *Q*ualitative *RE*search (COREQ)¹⁰, que permitió un ejercicio de interpretación y reconstrucción de significados centrado en la perspectiva de los participantes, considerando sus contextos y subjetividades.

El equipo de investigación estuvo compuesto por enfermeras con experiencia en cuidados intensivos y formación en investigación cualitativa, lo que favoreció la realización de entrevistas y análisis de datos.

El reclutamiento de enfermeras se realizó intencionalmente a través de redes profesionales y contactos institucionales, mediante muestreo por conveniencia en eventos científicos y foros en línea. El reclutamiento inicial se realizó mediante una invitación electrónica que incluía la propuesta de estudio y el Formulario de Consentimiento Libre e Informado. La selección priorizó la distribución geográfica nacional, buscando abarcar una amplia gama de contextos. No hubo rechazos formales tras la aceptación inicial.

Se incluyó a participantes hasta alcanzar la saturación teórica de datos, es decir, cuando las entrevistas posteriores dejaron de aportar información relevante para la comprensión del fenómeno investigado¹¹. La recopilación de datos se realizó entre agosto y octubre de 2023 mediante entrevistas individuales a través de *Google Meet*, con una duración promedio de 30 minutos. Las entrevistas fueron realizadas por el autor principal, grabadas en audio tras la autorización de los participantes, con posterior transcripción textual en su totalidad.

Se utilizó un cuestionario semiestructurado, cuyo contenido se testeó previamente con cuatro enfermeros que no formaban parte de la muestra, para validar su claridad y pertinencia. El cuestionario incluyó cuestiones sociodemográficas y preguntas como: "¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta para prevenir el delirio en su práctica en la UCI?" "¿Existen protocolos establecidos para el manejo del delirio en su institución?" y "¿Cómo influyen la estructura física y las políticas institucionales en la prevención del delirio?" Las transcripciones no fueron sometidas a validación por los participantes, lo cual constituye una limitación metodológica reconocida por los autores, justificada por el alcance del estudio y las limitaciones logísticas asociadas con la etapa de retroalimentación.

Los criterios de inclusión fueron enfermeros que hubiesen trabajado en UCI de adultos durante más de seis meses en instituciones públicas y/o privadas. Un período mínimo de seis meses se consideró suficiente para que los enfermeros se familiarizaran con la UCI y desarrollaran autonomía en la atención. Se excluyó a quienes no realizaban actividades asistenciales o ocupaban cargos exclusivamente administrativos.

Para el análisis cualitativo, los datos se sometieron a un análisis textual discursivo, desarrollado en tres etapas: unitarización de textos, categorización y comunicación⁹. Las entrevistas se organizaron inicialmente en planillas electrónicas con el soporte de *Microsoft Excel®*, donde se segmentaron en unidades de significado, se agruparon por similitud y, posteriormente, se organizaron en las categorías temáticas finales.

No se utilizó ningún *software* para el análisis textual, ya que el equipo optó por un proceso analítico interpretativo manual, alineado con la naturaleza del análisis textual discursivo y el enfoque fenomenológico del estudio, que prioriza el significado emergente de las declaraciones de los participantes.

Se presentaron análisis descriptivos de los datos sociodemográficos de los participantes (sexo, edad, titulación, tiempo de formación y experiencia, tipo de institución, número de camas e infraestructura de la UCI) con frecuencias absolutas y relativas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), bajo el dictamen número 6.069.259. La identidad de los participantes se preservó mediante la codificación por región del país y el número secuencial de la entrevista.

RESULTADOS

Entre los 25 enfermeros de cuidados intensivos participantes, la mayoría eran del sexo femenino (68%), con edades comprendidas entre los 24 y los 49 años. Todos contaban con formación especializada: el 80% en cuidados intensivos, el 20% con maestría y el 12% con doctorado. En cuanto a su situación laboral, el 52% trabajaba en instituciones privadas y el 48% en instituciones públicas. La mayoría (88%) trabajaba en UCI de alta complejidad, con tiempo de formación que oscilaba entre 2 y 22 años y una experiencia en UCI de entre 6 meses y 16 años. Durante sus turnos, los enfermeros/as eran responsables del cuidado directo de hasta 10 pacientes, mientras que los técnicos de enfermería trabajaban, en promedio, con hasta dos pacientes.

Las UCI contaban con un promedio de 21 camas. Estructuralmente, el 68% disponían de ventanas y relojes, el 64% de televisores, el 12% utilizaba la música como recurso terapéutico y el 4% aplicaba cromoterapia. Las medidas de higiene del sueño estaban presentes en el 92% de las unidades. Si bien el 52% de los profesionales reportó haber recibido capacitación sobre delirio, solo el 32% mencionó el uso de instrumentos como el *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) y la existencia de protocolos específicos para su manejo.

En los siguientes párrafos, se presentarán los desafíos para la implementación de estrategias no farmacológicas orientadas a la prevención del delirio, organizados en tres categorías: (1) ausencia de protocolos y herramientas para la identificación del delirio; (2) características del entorno y la infraestructura de la UCI; y (3) inclusión y participación de los familiares en cuidados intensivos. Con base en los datos analizados, se identificaron los problemas que enfrentan enfermeros de diferentes regiones de Brasil en el manejo del delirio en la UCI.

1. Ausencia de protocolos y herramientas para la identificación del delirio

La falta de protocolos específicos para la prevención y el manejo del delirio pone de relieve una importante brecha en la estandarización de la atención para esta afección crítica. Esta ausencia de protocolos no solo dificulta la prevención, sino también el diagnóstico precoz del delirio.

No tenemos nada que nos oriente en la atención del delirio. Empezamos a pensar en implementar algo, pero llegó la pandemia y todavía estamos intentando retomar el rumbo. (Nordeste/1)

No disponemos de escalas para evaluar el delirio, ni protocolos de UCI para tratarlo o prevenirlo. (Centro-Oeste/3)

Otros enfermeros destacan que se están realizando discusiones y esfuerzos para desarrollar protocolos, especialmente para aspectos como la higiene del sueño, y se menciona un enfoque rudimentario que integra acciones indirectas relacionadas con el delirio:

No existe un protocolo para la prevención del delirio. Lo que sí tenemos son algunas precauciones para la prevención, pero nada muy establecido. (Centro-Oeste /1)

Se está implementando un protocolo. No contamos con un protocolo de higiene del sueño, pero intentamos controlar la luz y el ruido, y ubicar al paciente. (Sur/3)

Aún no existe un protocolo establecido, pero se está discutiendo su implementación en el futuro. (Norte/3)

La falta de herramientas de evaluación, como el CAM-ICU, compromete la capacidad de los equipos de enfermería para diagnosticar y monitorear el delirio con precisión, lo que pone de manifiesto una debilidad estructural en el manejo del delirio en muchas UCI. En algunos casos, la evaluación es informal, sin el uso de herramientas adecuadas para la monitorización continua de enfermería.

Entonces, durante el tiempo que trabajo en la UCI, no usamos esta herramienta; nos basamos principalmente en la escala RASS, que utilizamos mucho. Nunca he visto la escala CAM ICU aquí. (Norte/2)

No contamos con herramientas para evaluar el delirio. A veces recurrimos a un profesional. Llamamos a un psicólogo o psiquiatra para que lo evalúe, pero no contamos con las herramientas para su identificación y prevención. (Nordeste/3)

Existe una evaluación diaria por parte del profesional de enfermería durante su visita a la cama del paciente, pero no utilizamos ninguna herramienta específica para investigar la presencia de delirio. (Centro-Oeste /2)

Aunque algunas unidades utilizan instrumentos como el *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), la falta de una herramienta específica para detectar el delirio compromete la estandarización y la consistencia de los diagnósticos. Además, algunos informes destacan la ausencia total de métodos de evaluación estructurados:

No disponemos de escalas ni ningún otro método específico para evaluar el delirio en la UCI. Por lo tanto, el paciente en la UCI está expuesto a lo que tiene delante, por ejemplo, a ver a otros pacientes en estado más grave, a menudo intubados, aunque las cortinas estén cerradas. (Sureste/1)

Estos informes ilustran la necesidad urgente de protocolos y herramientas estandarizados para la identificación y prevención del delirio, al enfatizar la importancia de un enfoque sistemático para mejorar la seguridad y el bienestar del paciente en la UCI.

2. Entorno físico e infraestructura de la UCI

El entorno físico de las unidades de cuidados intensivos influye considerablemente en la orientación y el bienestar de los pacientes, contribuyendo significativamente al riesgo de delirio. La falta de luz natural, la prevalencia de luz artificial intensa y continua, y el acceso limitado a las ventanas dificultan la percepción del ritmo circadiano.

Tenemos camas con ventanas, pero están ubicadas detrás del paciente, con la cabecera contra la ventana. Entonces el paciente no ve la ventana y no sabe si es de día o de noche. (Nordeste/3)

En la UCI no tenemos ventanas, solo iluminación artificial, y está encendida las 24 horas, así que el paciente no sabe si es de día o de noche. (Nordeste/5)

La mitad de las camas de la UCI no tienen ventanas, por lo que procuramos que los pacientes con ventilación mecánica se ubiquen en estas camas sin ventanas. Siempre que el paciente esté despierto o despertando, priorizamos las camas con ventanas. (Sur/5)

Además, el ruido excesivo de los equipos, alarmas y conversaciones paralelas, así como los procedimientos nocturnos, comprometen el descanso adecuado de los pacientes, lo que aumenta el riesgo de desorientación y delirio.

Algunas camas de la UCI tienen una puerta basculante mediana, están aisladas y los pacientes no distinguen si es de día o de noche. Hay una iluminación artificial muy intensa y siempre hay mucho ruido. (Nordeste/2)

El entorno de la UCI es uno de los principales factores que contribuyen a la desorientación del paciente. Muchas camas carecen de ventanas, y el ambiente suele ser frío e impersonal, con alarmas constantes, iluminación artificial y un uso intensivo de tecnología. (Nordeste/3)

El problema del ruido es muy complejo. Trabajo en una UCI con 30 camas y el personal es muy numeroso. Por lo tanto, con tanta gente trabajando al mismo tiempo, resulta difícil mantener un ambiente tranquilo. (Nordeste/2)

El ruido es un verdadero problema en nuestra UCI, junto con el problema de la iluminación. Incluso intentamos controlar al personal para minimizarlo, ¿sabes? Evitar ruidos innecesarios y conversaciones informales. Pero aun así, es difícil. (Sudeste/4)

Cuando tenemos un paciente en estado crítico, que requiere procedimientos prolongados o incluso en las admisiones durante la noche, lamentablemente el nivel de ruido aumenta considerablemente y el control del sonido ambiental se ve comprometido. (Sur/3)

Además de estas condiciones estructurales, se identificó como un factor agravante la ausencia de dispositivos que ayuden a la orientación temporal y a la estimulación sensorial, como relojes, televisores o radios.

En la UCI donde trabajo, no hay ventanas, solo luz artificial, y es muy ruidoso. No hay relojes ni televisores para los pacientes. (Nordeste/5)

En un entorno privado, tenemos televisión, reloj, todo para guiar al paciente. Pero en el sector público, no hay nada. La UCI no tiene ventanas, ni televisión, ni posibilidad de que el paciente escuche música, solo luz artificial. (Nordeste/2)

La UCI no tiene reloj ni televisión, tiene pocas ventanas y casi no hay luz solar. Además, es un espacio cerrado con mucho ruido por la noche. (Centro-Oeste/4)

En nuestra UCI, las camas individuales tienen buena iluminación artificial, pero no tenemos relojes ni televisores. La única manera de que los pacientes reciban algún estímulo es que sus familiares traigan una radio de pilas. (Noreste/3)

Tiene ventanas de vidrio, pero no tenemos relojes ni televisores, nada que pueda distraer a los pacientes. (Centro-Oeste/3)

Podríamos tener televisión, música u otra forma para que el paciente se distraiga e interactúe. (Sureste/1)

3. Inclusión y participación de los familiares en los Cuidados Intensivos

La presencia de horarios de visita cortos y restringidos en las UCI limita el apoyo familiar directo al paciente, impactando negativamente en la sensación de comodidad y seguridad del individuo hospitalizado.

Solo tenemos una visita de 30 minutos al día, y se permite la entrada de dos

personas. Cada persona puede acompañar al paciente durante 15 minutos. Los familiares deben usar delantal por motivos de bioseguridad. (Centro-Oeste /1)

Funciona en dos periodos de 30 minutos, uno matutino y otro vespertino. Según la necesidad, el médico o enfermero evaluará si puede conceder más tiempo o abrir un turno nocturno, pero esta concesión es muy poco frecuente. (Nordeste/5)

El horario de visita es de 30 minutos, con excepciones en casos más graves o si se requiere apoyo psicológico cuando sea posible. (Centro-Oeste /3)

Nosotros, en cierta forma, desobedecemos lo que dice la gerencia, ya que la institución solo establece una hora de visita al día, y sabemos por estudios y por experiencia que si el acompañante puede quedarse un poco más, esto beneficia al paciente. (Noreste/1)

Además, la limitada flexibilidad para horarios de visita extendidos o alternativos en algunas unidades hace aún más difícil que los familiares participen activamente en la atención, lo que dificulta la continuidad del apoyo emocional y la orientación al paciente durante el tratamiento.

Disponemos de visitas extendidas para algunos casos, por ejemplo, muerte cerebral o mal pronóstico, o cuidados paliativos exclusivos, pero no es rutinario. Depende del profesional que está de guardia ese día si lo permite o no. Sin embargo, para aquellos pacientes con riesgo de delirio, o que ya lo presentan, no existe visita extendida. (Centro-Oeste /1)

Solo por la tarde hay un horario de visita de 30 minutos, y solo se permiten dos personas en cada franja horaria. (Norte/4)

Lamentablemente, las visitas están restringidas a los horarios permitidos por la institución; no hay posibilidad de que los familiares se queden más tiempo. (Sur/4)

Hay dos horarios de visita al día, cada uno de 30 minutos, y hasta dos familiares pueden ingresar a la UCI. Dependiendo del caso, podemos organizar visitas más largas, pero es muy difícil. (Norte/1)

En la UCI [...], dependiendo del estado de ánimo del médico o el enfermero de turno, la visita dura 20 minutos. Por lo tanto, es difícil, porque algunos pacientes están despiertos y extrañan a su familia o a su hijo/a, y sabemos que la presencia de estas personas sería muy beneficiosa para el paciente. (Sudeste/1)

Estas restricciones indican la necesidad de implementar políticas más flexibles, que promuevan la participación familiar, esencial para la prevención del delirio y el bienestar del paciente.

DISCUSIÓN

El delirio puede afectar a más del 80% de los pacientes, principalmente a personas mayores, con o sin antecedentes de demencia. A pesar de la relevancia de este problema, un porcentaje que puede variar entre el 3% y el 66% de los casos de delirio no se diagnostican en las UCI, y solo el 16% de los profesionales reportan utilizar una escala de evaluación específica a diario^{7,12}.

Las intervenciones no farmacológicas son un complemento esencial a los enfoques tradicionales para el manejo del delirio en pacientes críticos, ampliamente reconocidas por su eficacia para reducir la incidencia y la gravedad de la afección. Las guías recientes enfatizan que, si bien las intervenciones farmacológicas desempeñan un papel importante en situaciones específicas, la implementación de estrategias no farmacológicas es crucial para abordar los factores de riesgo modificables, promover el bienestar del paciente y mejorar los resultados clínicos. Prácticas como la movilización temprana, la promoción de un entorno que favorezca el sueño y la participación familiar son esenciales para prevenir el delirio en la UCI¹².

Entre las principales intervenciones no farmacológicas recomendadas en la literatura se encuentran el control ambiental (reducción de ruido, ajuste de iluminación), la reorientación cognitiva, el uso de objetos familiares, el estímulo del sueño fisiológico, la movilización temprana y las visitas familiares estructuradas^{1,3,13}.

El uso de escalas validadas es esencial para la detección temprana del delirio. Las herramientas más utilizadas incluyen el CAM-ICU y el ICDSC (*Intensive Care Delirium Screening Scale*) y NuDESC (*Nursing Delirium Screening Scale*), cada una con características y sensibilidades específicas¹³.

El entorno de la UCI es un factor determinante en la aparición del delirio, a menudo caracterizado por condiciones adversas como iluminación artificial, ruido excesivo y la ausencia de dispositivos de orientación como relojes y televisores. Estas características no solo comprometen la orientación temporal y espacial de los pacientes, sino que también contribuyen significativamente al aumento del riesgo de delirio. La exposición continua a un entorno desorientador puede intensificar la confusión mental en pacientes críticos. Por el contrario, intervenciones ambientales como ajustar la iluminación para simular los ciclos naturales de día y noche, reducir el ruido e introducir estímulos visuales y auditivos adecuados pueden tener efectos positivos en la reducción de la incidencia y la gravedad del delirio⁴.

Incluso cuando no es posible eliminar por completo los factores estresantes ambientales, como el ruido de los equipos y la luz artificial, las estrategias de mitigación (como el uso de luces ámbar por la noche, barreras acústicas, protectores auditivos y la organización de rutinas para reducir las intervenciones nocturnas) han demostrado ser eficaces para reducir el daño^{1,3}.

La limitación de las visitas a las UCI puede afectar negativamente la prevención del delirio, ya que la presencia familiar desempeña un papel esencial en la cognición y el bienestar emocional de los pacientes críticos. Sin embargo, las restricciones institucionales dificultan la permanencia prolongada de los familiares en la unidad, lo que refuerza la necesidad de políticas más flexibles que reconozcan el papel central de las familias en la atención centrada en el paciente⁷.

La participación activa de la familia en los cuidados al paciente es una intervención no farmacológica eficaz, que ayuda a minimizar los síntomas del delirio y a mejorar los resultados clínicos⁷. La integración de los familiares como parte del equipo de atención promueve un entorno de UCI más humanizado que favorece la recuperación del paciente⁴.

Protocolos de visitas extendidas, como los sugeridos por el *Institute for Patient- and-Family Centered Care*, han demostrado un impacto positivo en la reducción de la incidencia y duración del delirio, además de ser reconocidos por los enfermeros como prácticas que favorecen la humanización y la seguridad emocional del paciente^{1,4}.

En lo que respecta a los desafíos estructurales en las UCI, como la ausencia de ventanas, la iluminación inadecuada y el ruido excesivo, afectan directamente la orientación y el bienestar de los pacientes, al aumentar el riesgo de delirio. Medidas sencillas, como ajustar la iluminación para simular ciclos naturales, reducir el ruido e introducir estímulos visuales y auditivos, pueden minimizar estos impactos. Estas intervenciones, combinadas con el uso de tecnologías como las herramientas de monitorización cognitiva, ayudan a reducir la incidencia del delirio, además de promover una atención más eficaz y humanizada¹².

Los resultados de este estudio refuerzan la relevancia de las teorías de la atención centrada en el paciente y el enfoque holístico de enfermería en el manejo del delirio en UCI. Si bien la investigación no adoptó formalmente una teoría específica, los informes destacan los principios del modelo centrado en la persona¹⁴ y la teoría del confort¹⁵, que enfatizan la empatía, la participación familiar y la atención al entorno. Estos enfoques resaltan la importancia de considerar las dimensiones físicas, emocionales y sociales de los pacientes y promover prácticas de atención integradas. Los enfermeros desempeñan un papel decisivo en la implementación de estrategias interdisciplinarias, desde el control ambiental hasta la inclusión familiar, consolidando a la enfermería como mediadora de una atención más adaptada y humanizada⁵.

El desarrollo de protocolos de prevención y manejo del delirio puede garantizar la uniformidad y la calidad de la atención. Además, es fundamental promover la capacitación continua del equipo multidisciplinario para la evaluación y el manejo, centrándose en el uso de herramientas validadas para la identificación del delirio, como el CAM-ICU¹³. La inversión en infraestructura también es esencial para mejorar la orientación y el confort de los pacientes, mediante intervenciones como ajustes de iluminación, reducción de ruido y estimulación cognitiva adecuada⁴.

Adaptar las estructuras físicas, tecnológicas y de apoyo familiar requiere inversiones materiales y financieras que pueden ser complejas, especialmente en instituciones públicas. Por lo tanto, la adopción de medidas de bajo costo y basadas en la evidencia, como las sugeridas en el paquete ABCDEF, adaptadas a la realidad institucional, se presenta como una alternativa viable y eficaz¹.

A pesar de las contribuciones de este estudio, persisten algunas deficiencias, en particular en lo que se refiere a la implementación efectiva del *bundle* ABCDEF en diferentes regiones y entornos hospitalarios¹. Asimismo, se recomiendan investigaciones que evalúen el impacto de las tecnologías sensoriales, como la cromoterapia o los dispositivos auditivos interactivos, y estudios que investiguen las barreras institucionales y culturales que dificultan la implementación de prácticas basadas en la evidencia en la UCI para la prevención y el manejo del delirio³.

También sería relevante evaluar si el uso de los protocolos mencionados por algunos enfermeros en las entrevistas resultó en una mejora percibida en los indicadores de delirio. Los informes sugieren que, cuando se implementan protocolos estructurados, los profesionales perciben beneficios, como una menor necesidad de contención y una mayor estabilidad clínica.

Este estudio presenta limitaciones relacionadas con su alcance geográfico y la generalización de las estrategias analizadas, considerando las particularidades de otros contextos culturales y estructurales. A pesar de estas limitaciones, la investigación ofrece contribuciones significativas para ampliar nuestra comprensión de las prácticas de enfermería en la prevención del delirio en UCI.

CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio reveló importantes desafíos que enfrentan los enfermeros de cuidados intensivos al implementar estrategias no farmacológicas para la prevención del delirio en las UCI de Brasil. Los resultados destacaron la falta de protocolos específicos, el uso limitado de herramientas de evaluación estandarizadas, entornos de UCI inadecuados y restricciones institucionales a la participación familiar como barreras significativas para la atención preventiva del delirio.

La adopción de protocolos específicos, como el uso sistemático de CAM-ICU, puede contribuir a la identificación temprana del delirio y a una mejor focalización de las intervenciones no farmacológicas. Asimismo, las políticas de visitas flexibles y la participación familiar en el proceso de atención son estrategias valoradas por el personal de enfermería. Aspectos como la reducción del ruido, el respeto al ritmo circadiano y la provisión de estimulación sensorial adecuada también se identificaron como factores que inciden positivamente en la prevención del delirio.

Los hallazgos de este estudio indican la necesidad de inversiones en la formación profesional, ajustes estructurales y formulación de directrices institucionales para optimizar las prácticas preventivas y promover una atención más segura y centrada en las necesidades de los pacientes críticos.

REFERÊNCIAS

1. Mart MF, Showniqua WR, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and management of delirium in the intensive care unit. *Semin Respir Crit Care Med* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 12];42(1):112-26. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>
2. Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2024 Apr 10];173(7):ITC49-ITC64. Available from: <https://doi.org/10.7326/AITC202010060>
3. Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med* [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 10];47:1089-1103. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>
4. Kappenschneider T, Meyer M, Maderbacher G, Parik L, Leiss F, Quintana LP, et al. Delir – eine interdisziplinäre Herausforderung. *Orthopäde* [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 15];51:106-15. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00132-021-04209-2>
5. Cortés-Beringola A, Vicent L, Martín-Asenjo R, Puerto E, Domínguez-Pérez L, Maruri R, et al. Diagnosis, prevention, and management of delirium in the intensive cardiac care unit. *Am Heart J* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 20];232:164-76. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.11.011>
6. Parker AM, Aldabain L, Akhlaghi N, Glover M, Yost S, Velaetis M, et al. Cognitive stimulation in an intensive care unit: a qualitative evaluation of barriers to and facilitators of implementation. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 20];41(2):51-60. Available from: <https://doi.org/10.4037/ccn2021551>
7. Lange S, Mędrzycka-Dąbrowska W, Friganovic A, Oomen B, Krupa S. non-pharmacological nursing interventions to prevent delirium in ICU patients—an umbrella review with implications for evidence-based practice. *Journal of Personalized Medicine* [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 24];12(5):760. Available from: <https://doi.org/10.3390/jpm12050760>
8. Rood PJT, Ramnarain D, Oldenbeuving AW, den Oudsten BL, Pouwels S, van Loon LM, et al. the

- impact of non-pharmacological interventions on delirium in neurological intensive care unit patients: a single-center interrupted time series trial [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 22];12(18):5820. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm12185820>
9. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. 3. ed. rev. e atual. Ijuí: Editora Unijuí, 2016. 264 p. E-book.
10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 24];34:eAPE02631. Available from: [10.37689/acta-ape/2021AO02631](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631)
11. de Moura CO, Silva ÍR, da Silva TP, Santos KA, Crespo MCA, da Silva MM. Methodological path to reach the degree of saturation in qualitative research: grounded theory. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 24];75(2):e20201379. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1379>
12. Deng LX, Cao L, Zhang LN, Peng XB, Zhang L. Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. J Crit Care [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 24];60:241-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.08.019>
13. Miranda F, Gonzalez F, Plana MN, Zamora J, Quinn TJ, Seron P. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2023 Nov 21 [cited 2024 Apr 26];(11):CD013126. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013126.pub2>
14. Frampton SB, Guastello S, Hoy L, Naylor M, Sheridan S, Johnston-Fleece M, et al. Harnessing evidence and experience to change culture: a guiding framework for patient and family engaged care [Internet]. Discussion paper. Washington (DC): National Academy of Medicine; 2017 [cited 2025 Jul 27]. 38 p. Available from: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Harnessing-Evidence-and-Experience-to-Change-Culture-A-Guiding-Framework-for-Patient-and-Family-Engaged-Care.pdf>
15. Lin Y, Zhou Y, Chen C, Yan C, Gu J. Application of Kolcaba's Comfort Theory in healthcare promoting adults' comfort: a scoping review. BMJ Open [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 27];14(10):e077810. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077810>

Challenges in the assessment and non-pharmacological management of delirium by nurses in Intensive Care Units

ABSTRACT

Objective: Identify challenges in implementing non-pharmacological strategies for delirium prevention in critically ill patients. **Method:** Qualitative, descriptive, and exploratory study, conducted with 25 intensive care nurses from the five regions in Brazil. Semi-structured interviews were carried out between August and October 2023 and analyzed through discursive textual analysis, in accordance with COREQ guidelines. **Results:** The main barriers identified were lack of standardized protocols and tools for delirium detection, structural limitations within units, and restrictions on family participation in intensive care. **Conclusion:** Structural, institutional, and organizational challenges undermine the efficacy of non-pharmacological strategies. Investments in training, environmental adjustments, and patient-centered care policies are fundamental.

DESCRIPTORS: Intensive Care Units; Delirium; Nursing Care; Critical Care; Patient Safety.

Recibido en: 08/12/2024

Aprobado en: 22/07/2025

Editor asociado: Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix

Autor correspondiente:

Fábio Silva da Rosa

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Avenida Unisinos, 950. Bairro Cristo Rei – São Leopoldo/RS CEP: 93.022-750

E-mail: fabiorosa18@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Scherer JH, Maia TFA, Telles CFS, Fragoso AS, Propodolski PGNT, Vargas MAO, da Rosa FS**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Scherer JH, Maia TFA, Telles CFS, Fragoso AS, Propodolski PGNT, Vargas MAO, da Rosa FS**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Scherer JH, da Rosa FS**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que todos los datos están completamente disponibles en el cuerpo del artículo.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).