



ORIGINAL

Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos[☆]



J.M. Cachón-Pérez*, C. Álvarez-López y D. Palacios-Ceña

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

Recibido el 4 de julio de 2013; aceptado el 5 de noviembre de 2013

Disponible en Internet el 15 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Delirio;
Cuidados críticos;
Tratamiento no
farmacológico

KEYWORDS

Critical care;
Non-pharmacological
treatment;
Delirium

Resumen El delirium tiene una elevada incidencia en las unidades de cuidados intensivos y se encuentra infradiagnosticado e infratratado.

Objetivo: Describir las experiencias de las enfermeras de la UCI de adultos en la identificación y aplicación de las medidas no farmacológicas para la prevención y tratamiento del delirium.

Método: Estudio cualitativo fenomenológico, mediante grupos de discusión. Criterio de inclusión: enfermeras de UCI con un año o más de experiencia. Muestreo: por propósito y técnica de bola de nieve. Recogida de datos: grupos de discusión que se transcribieron para su análisis. Se realizó análisis temático de los textos.

Resultados: Cuatro temas identificados: a) la estructura física y social de la UCI; b) la implicación de la familia; c) la necesidad de formación de los profesionales sanitarios; y d) favorecer el ciclo sueño-vigilia.

Conclusiones: Controlar el medio ambiente de la UCI para hacerlo más amigable, modificar la rutina de trabajo para favorecer el descanso, implementar acciones de formación y flexibilizar el horario de visitas.

© 2013 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

Non-pharmacological steps for the treatment of acute confusional syndrome in the intensive care unit

Abstract The incidence of delirium in intensive care units is high and it has been under-diagnosed and under-treated.

Objective: To describe the experiences of ICU nurses in the identification and application of non-pharmacological treatments.

Method: A qualitative phenomenological research study was performed, based on focus groups. Inclusion criteria: ICU nurses with one year of more of experience were included.

[☆] Segundo premio SEEIUC a la mejor comunicación oral presentada en el XXXIX Congreso de la SEEIUC, Tenerife, junio 2013.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.cachon@gmail.com (J.M. Cachón-Pérez).

Sample Purpose and snowball technique. Data collection: Data from the focus groups were transcribed for analysis and a thematic analysis of the texts was performed.

Results: Four themes were identified: a) the physical and social structure of the ICU b) family involvement, c) need for training of health professionals, and d) encouraging the sleep-wake cycle.

Conclusions: It is necessary to control the ICU environment to make it more friendly, to change the routine work to promote relaxation, implement training activities and to make visiting hours flexible.

© 2013 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

Introducción

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) se define, siguiendo las recomendaciones del DSM-IVTR, como un cuadro que cursa con una rápida presentación, de horas o días, que se caracteriza por la presencia de cambios en el estado basal del comportamiento del enfermo, acompañado de variaciones en su nivel de conciencia, alteraciones en la percepción y pensamiento desorganizado¹.

Dentro del marco conceptual del SCA existen muchas definiciones. No existe consenso a la hora de denominar el síndrome, y puede aparecer con diferentes denominaciones como síndrome de unidad de cuidados intensivos (UCI), SCA, psicosis funcional, delirio postoperatorio y psicosis cardíaca². Destaca a nivel internacional la establecida por el DSM-IV-TR: «El delirio o síndrome confusional agudo es un grave trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico que se caracteriza por la aparición de alteraciones de conciencia y de las funciones cognitivas y suele tener un curso fluctuante». Es de carácter agudo, se manifiesta habitualmente en horas o días y es de origen orgánico; se produce en el contexto de una enfermedad médica general o a consecuencia del uso o la abstinencia de determinadas sustancias³. Pero en el contexto español, y de unidades de UCI, el término delirio es el más utilizado actualmente, y es definido como: «... una alteración transitoria y reversible del estado mental, de etiología multifactorial, de inicio brusco y evolución fluctuante, que cursa con síntomas de desorientación, agitación e incluso ideas paranoides o alucinaciones. Aparece con frecuencia a partir del tercer día de estancia en la UCI y suele desaparecer una vez que el paciente es dado de alta a una planta de hospitalización»³. Así el delirium o SCA se caracteriza por ser un cuadro que cursa con una rápida presentación, horas o días, que se caracteriza por la presencia de cambios en el estado basal del comportamiento del enfermo, acompañado de variaciones en su nivel de conciencia, alteraciones en la percepción y pensamiento desorganizado¹.

Este cuadro que va a presentar 3 manifestaciones: delirio hiperactivo (paciente combativo, agitado e incluso agresivo), delirio hipoactivo (paciente aletargado, apático) y el delirio mixto².

La incidencia del SCA tiene una horquilla de incidencias que varía desde el 50 hasta el 80% en los pacientes sometidos a ventilación mecánica³. Las complicaciones del delirium en las UCI se van a dividir en 3 categorías a corto,

medio y largo plazo. Dentro de las complicaciones que se producen a corto plazo se encuentran la autoextubación y la retirada accidental de catéteres⁴. Las complicaciones a medio plazo están en relación con el aumento del tiempo de hospitalización^{5,6} y el aumento del gasto sanitario⁷. Las complicaciones a largo plazo son las alteraciones cognitivas a largo plazo⁸ y el aumento de la mortalidad mas allá de 6 meses^{9,10}.

Los profesionales de enfermería de las UCI se encuentran en una posición destacada para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del SCA². Numerosos estudios cualitativos destacan la labor de los profesionales de enfermería especialmente para la aplicación de las medidas no farmacológicas en las UCI¹¹⁻¹³.

El objetivo principal es describir las experiencias de las enfermeras de UCI de adultos en la identificación y aplicación de las medidas no farmacológicas para la prevención y tratamiento del SCA en el paciente crítico.

Como objetivos secundarios se encuentran describir: a) la influencia del medio físico y social; b) la implicación de la familia; c) el aspecto formativo de las enfermeras; y d) la influencia del ciclo sueño-vigilia.

Material y método

Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo mediante la aplicación de grupos de discusión¹⁴⁻¹⁶, utilizando para el análisis de los datos cualitativos el análisis temático propuesto por Braun y Clarke¹⁷.

Los estudios cualitativos se centran en describir y profundizar en el significado de las personas que viven un fenómeno determinado, como la aplicación de un nuevo sistema de trabajo y modificar rutinas de trabajo¹⁸. La realidad de los participantes se va a estudiar a través de las narraciones obtenidas desde sus entrevistas, por los investigadores. De este modo se puede comprender el significado de su experiencia y el motivo de sus acciones¹⁹.

Criterios de inclusión

Enfermeros de cuidados intensivos con un año o más de experiencia que en el momento de realizar el estudio estuvieran trabajando en la UCI, independientemente de su edad y sexo. En las unidades donde se ha realizado el reclutamiento

de los participantes son unidades que atienden pacientes con SCA.

Criterios de exclusión

Enfermeros con menos de un año de experiencia, unidades no críticas que no manejen pacientes con SCA.

Estrategia de muestreo

Se realizaron 2 tipos de muestreo en el reclutamiento de participantes. El primero fue un muestreo por propósito²⁰. Este muestreo está destinado a recoger narraciones y vivencias de los protagonistas, el personal de enfermería de las unidades de críticos. El segundo muestreo consistió en la aplicación de la técnica de bola de nieve²⁰. Consiste en el contacto a través de las participantes del estudio con otras enfermeras que cumplen los criterios de inclusión. En este caso las participantes sirven de conexión entre los investigadores y los nuevos participantes. Para comprender a los participantes, su entorno y contexto social (las unidades de críticos) es preciso que los investigadores no condicionen a los participantes mediante su acción directa en la recogida de datos o durante el diseño del estudio^{21,22}.

La recogida de datos se realizó mediante la aplicación de grupos de discusión¹⁶. Se construyeron 3 grupos homogéneos de enfermeras que cumplieran los criterios de inclusión. Los grupos se realizaron en una sala de reuniones de la Universidad Rey Juan Carlos y del Hospital Universitario de Fuenlabrada, específica para el grupo de discusión. A los participantes se les invitaba a acudir al grupo de discusión informándoles previamente del estudio, objetivos, recogida y tratamiento de los datos. Posteriormente tras su aceptación se citaba a los participantes de cada grupo de discusión para su realización. Se utilizó una pregunta de apertura y posteriormente se aplicaba una guía de preguntas semiestructuradas, construidas mediante la revisión bibliográfica previa²³. En la [tabla 1](#) se plasma la guía de preguntas semiestructuradas.

Tratamiento de los datos

Todos los grupos de discusión se grabaron, se pidió permiso de manera previa a la grabación y se obtuvo de igual modo consentimiento informado previo, y se obtuvieron notas de campo de los investigadores durante los grupos de discusión¹⁵. Posteriormente todas las grabaciones se transcribieron palabra por palabra.

Análisis cualitativo

Se utilizó la propuesta de análisis temático de Braun y Clarke¹⁷. Este análisis consiste en identificar las unidades de significado más simples en los textos transcritos. Posteriormente se van agrupando en grupos con significados y características comunes, hasta formar e identificar aquellos temas y subtemas que describían las medidas no farmacológicas que el personal de enfermería de las UCI de adultos utiliza para la prevención y tratamiento del SCA en el paciente crítico. Este análisis es de tipo inductivo²⁴, obteniendo resultados e identificando los temas y subtemas a partir de las narraciones de los participantes. Se realizó el análisis de las narraciones transcritas por los investigadores, programando sesiones semanales para analizar los datos obtenidos de las diferentes fuentes para cada grupo de discusión.

Rigor metodológico

Determinado por la validez y la verificabilidad de los datos²⁵. La validez es la mejor aproximación disponible a la verdad de los datos recogidos de los participantes. Se traduce como la presencia en el estudio de muestras de las narraciones de los participantes que hagan referencia y apoyen las interpretaciones y descripciones de los investigadores²⁶. En este estudio se presenta extractos de las narraciones en cada resultado. Por otro lado, la verificabilidad se define como la aplicación de mecanismos de control para repetir y asegurar las condiciones de recogida de datos empleados. El principal mecanismo es la aplicación de la triangulación²⁷. En este estudio se han aplicado: a) triangulación por investigadores; se realizaron verificaciones del proceso de recogida de

Tabla 1 Guía de preguntas semi-estructuradas de los grupos de discusión

Área a investigar	Preguntas para el grupo de discusión
Pregunta de apertura	¿Qué factores o elementos consideráis relevantes en la generación del síndrome confusional agudo?
Estructura física y social de la UCI	¿A qué nivel o cómo influye el ambiente laboral de la unidad de cuidados intensivos en la prevención, identificación, y/o manejo del síndrome confusional agudo? ¿Cómo influye la organización y/o distribución de actividades y cuidados en la prevención, identificación y/o manejo del paciente con síndrome confusional agudo? ¿A qué nivel o cómo influye la estructura física y/o su distribución de la unidad de cuidados intensivos en la prevención, identificación y/o manejo del paciente con síndrome confusional agudo?
Familia	¿A qué nivel o cómo influye la familia en la prevención y/o manejo del paciente con síndrome confusional agudo?
Formación	¿Has estudiado sobre el síndrome confusional agudo? ¿Cómo has desarrollado el conocimiento sobre el síndrome?

Tabla 2 Datos sociodemográficos de los participantes

Grupo de discusión	Participantes	Codificación	Edad	Sexo	Experiencia en cuidados intensivos	Tipo de unidad	Formación sobre delirium
Grupo de discusión 1	Enfermera/o 1	GDE1E1	42	Mujer	14 años	Polivalente	No
	Enfermera/o 2	GDE1E2	38	Mujer	11 años	Polivalente	No
	Enfermera/o 3	GDE1E3	39	Mujer	14 años	Polivalente	No
	Enfermera/o 4	GDE1E4	33	Varón	9 años	Quirúrgica	No
	Enfermera/o 5	GDE1E5	34	Varón	5 años	Traumatología y urgencias	No
	Enfermera/o 6	GDE1E6	23	Varón	2 años	Reanimación	Grupo de trabajo en el hospital
Grupo de discusión 2	Enfermera/o 7	GDE2E7	27	Mujer	7 años	Polivalente	No
	Enfermera/o 8	GDE2E8	34	Mujer	7 años	Quirúrgica	No
	Enfermera/o 9	GDE2E9	39	Mujer	15 años	Quirúrgica	No
	Enfermera/o 10	GDE2E10	28	Varón	7 años	Traumatología y urgencias	No
Grupo de discusión 3	Enfermera/o 11	GDE2E11	30	Varón	9 años	Polivalente	No
	Enfermera/o 12	GDE3E12	41	Varón	15 años	Polivalente	No
	Enfermera/o 13	GDE3E13	35	Mujer	10 años	Polivalente	No
	Enfermera/o 14	GDE3E14	39	Mujer	18 años	Reanimación	No
	Enfermera/o 15	GDE3E15	37	Mujer	15 años	Polivalente	No
	Enfermera/o 16	GDE3E16	34	Varón	13 años	Polivalente	No

datos, del análisis y de los resultados. Se programaron reuniones semanales donde se estudiaban y discutían los grupos de discusión; y b) triangulación por participantes; se presentaba el análisis preliminar temático a los participantes para verificar, aportar más información o dar la posibilidad de contradecir los análisis interpretados por los investigadores.

Además se siguieron las recomendaciones de calidad para estudios cualitativos publicados por *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)²⁸.

Consideraciones éticas

Se manejaron los datos personales siguiendo las indicaciones de la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, eliminando cualquier dato personal de los participantes. Una vez terminado el estudio se destruyó todo el material obtenido. Se informó de manera previa a los participantes. Una vez aceptada su participación se volvía a explicar el estudio y el procedimiento de recogida de datos, y se firmaba el consentimiento informado. Se establecieron normas a seguir por los investigadores en caso de posible daño emocional durante la participación en el grupo de discusión de los participantes. Consistía en la posibilidad de abandonar el grupo de discusión según los deseos de los participantes.

Resultados

El estudio comenzó en enero de 2012 y finalizó en diciembre de 2012 (12 meses), se realizó en 10 hospitales de la Comunidad de Madrid, donde 16 enfermeras cumplían los criterios de inclusión; la edad media de los participantes fue de

39,06 años ($DS \pm 6,5$). Se realizaron 3 grupos de discusión, en los que participaron 6, 5 y 5 enfermeras respectivamente.

La media de años de experiencia como enfermera trabajando en UCI fue de 9,87 años ($DS \pm 5,4$). En la [tabla 2](#) se exponen los datos sociodemográficos de los participantes.

Los temas identificados que constituyen las medidas no farmacológicas para el tratamiento del SCA son: a) la estructura física y social de las UCI; b) la implicación de la familia; c) la necesidad de formación de los profesionales sanitarios; y d) favorecer el ciclo sueño-vigilia para controlar la aparición del SCA ([tabla 3](#)).

La estructura física y social de las unidades de cuidados intensivos

La estructura física hace referencia a la ordenación del espacio físico que ocupa la UCI, la presencia de boxes aislados, de luz natural, mientras que la estructura social de la UCI hace referencia a cómo afecta la organización y la rutina de los cuidados de enfermería y el tratamiento médico, en ambos casos relacionado con a la aparición del SCA.

«Una UCI con estructura de camas abierta es más cómoda para nuestro trabajo pero realmente empeora la posibilidad de que el paciente desarrolle todo este tipo de procesos y decimos que le influye el ruido, las luces..., si les tenemos en boxes abiertos enfrente del control de enfermería y gritando pues será mucho más fácil en una estructura abierta que desarrollen delirium». GDE3-E7.

La ausencia de luz natural genera un ambiente estresante para el paciente crítico.

«Las ventanas, es que está todo muy cerrado, los pones en una cama, en el caso de mi unidad solamente una de las

Tabla 3 Temas identificados

Objetivo	Definición	Temas	Etiquetas
Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos	Son todas aquellas acciones que realiza el personal de enfermería para conseguir llegar a tener un medio ambiente saludable y seguro para el paciente con síndrome confusional agudo, incluye manejar la estructura física y social de la unidad, el ciclo sueño-vigilia, la información y la presencia de la familia, las actividades dirigidas a la orientación del paciente y la formación del personal asistencial	Estructura física y social de la UCI Familia Formación Ciclo sueño-vigilia	Ubicación física Luz Ruidos Rutina de trabajo Información Presencia Familia Personal sanitario Luz Ruidos Protocolos de descanso y sueño de los pacientes ingresados en la UCI

camas de la posición de críticos tiene ventana, el resto no ven la luz natural». GDE1-E2.

«No hay en todos los boxes, pero en la gran mayoría la ventana queda en un lateral, con lo cual el paciente siempre tiene la opción de mirar a través de la ventana». GDE-3-E5.

Los enfermeros de UCI describen cómo el ambiente en cuanto a los ruidos hace que el medio ambiente donde está el paciente crítico sea agresivo y hostil para el enfermo.

«Encima les tengo enfrente, con los monitores pitando, esas camas abiertas, delante del control de enfermería que son las 3 de la mañana y estamos diciendo: “¡jiji, jaja”, porque en el trabajo es verdad que no se duerme, no hay costumbre de que la gente duerma por la noche, cosa que me parece bien pero también pienso que hay enfermos si nosotros no dormimos y no callamos o por lo menos se duermen un par de ellos gritamos menos, porque es verdad que se nos olvida que los enfermos tienen que dormir». GDE-3-E-15.

Igualmente verbalizan la ratio enfermera-paciente con un inconveniente para el cuidado del paciente delirante.

«Yo tuve la oportunidad de trabajar en un sitio donde llevaba solo un paciente y yo no tengo datos, pero los pacientes no estaban tan desorientados, o se resolvía antes». GDE-2-E-8.

Ajustar los cuidados e intervenciones de enfermería a las necesidades del paciente para mejorar el tratamiento del paciente con SCA.

«A lo mejor pues eso, en vez de asearle a las 8:30, que nos ponemos nosotros ahí a piñón, pues intentar no hacerlo hasta las 10, seguir luego tu día con su rutina, que va a ser agotadora porque yo entiendo que para el paciente es agotador estar en la UCI» GDE-2-E-7.

La implicación de la familia

Este tema hace referencia a la presencia de los familiares con el enfermo, a la ampliación del horario de visitas, flexibilizando en función de las necesidades del paciente y a la necesidad de comunicación e información que tiene la familia del paciente crítico.

«Nos hemos dado cuenta de que la familia colabora mucho más, está más receptiva e incluso cuando el comportamiento del paciente no es todo lo aceptable que

quisiéramos, en el caso incluso de agitación y de delirium y te colaboran, te colaboran bastante, cuando pasan pues intentan orientarlos, intentan decirle oye que estás en la UCI». GDE1-E-1.

Las enfermeras verbalizan la ampliación del horario de visitas para facilitar la presencia del familiar a pie de cama con el enfermo.

«Ampliamos por la tarde de media hora, 45 minutos más o menos que teníamos, a prácticamente de 2,5 h a 3 h». GDE2-E-8.

La necesidad de formación de los profesionales sanitarios

Hace referencia a la falta de conocimientos sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente con SCA en la UCI por parte del personal de enfermería.

«Yo personalmente tampoco tengo la formación suficiente para tratar si no es con medicación pautada un delirio, y yo creo que bueno, que al fin y al cabo si es a base de medicación, que es como se está tratando, porque yo creo que no se trata de otra manera tampoco». GDE1-E-6.

Favorecer el ciclo sueño-vigilia para controlar la aparición del síndrome confusional agudo

Todas aquellas medidas encaminadas a favorecer el descanso y el sueño del paciente ingresado en la UCI para prevenir la aparición del síndrome confusional, desde la instauración de protocolos de sueño y descanso.

Las enfermeras verbalizan la necesidad de disminuir el número de cuidados no necesarios que no van a permitir el adecuado descanso del paciente.

«Es necesario ponerle el termómetro al paciente a las 3 de la mañana». GDE-1-E-4.

«Que no existen protocolos establecidos antidelirio porque a veces tampoco se trabaja mucho en equipo, hay intensivistas que si manejan muy bien el delirio, otros que no... vamos, no es que no confíen, es que no les interesa para nada el delirio, no hay un protocolo establecido». GDE-2-E-6.

Discusión

Importancia de la estructura física y social de la UCI.

El control del medio ambiente, es decir, la estructura física y social de las unidades de cuidados intensivos mejora no solo la incidencia, sino también la duración de los cuadros de síndrome confusional²⁹.

Las enfermeras verbalizan la disposición correlativa de las camas sin barreras físicas que las separen en las UCI como un factor o barrera para el control del ruido, unidades con boxes individuales y cerrados mejoran el nivel de ruido y favorecen la tranquilidad del paciente crítico²⁹.

Las UCI convencionales donde las camas no están aisladas presentan episodios de SCA de mayor duración que aquellas que cuentan con boxes individuales, donde se disminuye el nivel de ruido y se favorece la tranquilidad del paciente crítico³⁰.

En la misma línea el trabajo realizado por Valentin²⁹ recomienda para el diseño de las unidades de intensivos habitaciones individuales, ya que disminuyen el estrés, la contaminación acústica y el nivel de actividad asistencial percibido por el paciente. La utilización de la luz para la prevención del SCA ha sido objeto del estudio de Taguchi³¹, relacionando la exposición a la terapia con luz y la prevención del delirio. El control del ruido en la UCI favorece la disminución de los estímulos potencialmente estresantes para los pacientes, los pacientes con delirio tienen dificultad para interpretar con claridad la procedencia de los ruidos³². En la misma línea el trabajo de Rong-Fang Hu³³ recomienda utilizar tapones en los oídos para controlar el nivel de ruido.

Por otra parte, las enfermeras verbalizan la necesidad de introducir cambios en los planes de cuidados de los pacientes con síndrome confusional. El trabajo de Hof³⁴ afirma que la ratio enfermera-paciente influye en la utilización de medidas de restricción física y farmacológica a los pacientes con síndrome confusional, las unidades con ratios más elevadas compensan la falta de personal utilizando mas restricción física y farmacológica que unidades con ratios 1:1.

En la misma línea, Pattison³⁵ recomienda para disminuir la ansiedad que produce el ingreso en intensivos, siempre que sea posible, reducir las intervenciones de enfermería, agrupándolas y racionalizándolas. De igual manera Lundstron³⁶ recomienda individualizar los cuidados en función de las necesidades del paciente.

La implicación de la familia

Belanger¹¹ describe cómo la presencia de familiares o amigos es valorado por parte de la enfermería como un fin para lograr disminuir la duración y la gravedad del síndrome confusional.

Además, la presencia de la familia parece reorientar al enfermo¹¹. El ambiente de las UCI no es el ideal ni para pacientes ni para familiares, por ello siempre que sea posible se busca flexibilizar las normas y los horarios de visita, adecuándolos a la situación del paciente³⁷. Los familiares tienen como principal demanda la necesidad de información, pero no solo de la situación clínica del enfermo, sino de lo que ocurre alrededor del paciente³⁸.

La necesidad de formación de los profesionales sanitarios

Numerosos estudios coinciden en la falta de prevención, diagnóstico y tratamiento para el síndrome confusional^{39,40}. Los trabajos de Schweickert, e Inouye^{41,42} demuestran que la utilización de medidas no farmacológicas disminuye la incidencia y la duración del delirium, pero en ambos casos es necesario implementar acciones de formación del personal sanitario. En la misma línea está el trabajo realizado para validar al español la escala CAM-ICU para el diagnóstico de SCA en pacientes críticos realizado por Tobar⁴³.

Favorecer el ciclo sueño-vigilia para controlar la aparición del síndrome confusional agudo

Muchos de los cuidados de enfermería, como las valoraciones, la recogida de constantes vitales y la administración de medicamentos se realizan como mínimo, según la gravedad del paciente, cada 8 h aproximadamente el 20% de estas acciones, y según el trabajo de Gabor et al.⁴⁴ produce interrupciones en el sueño del paciente. El empleo de antifaces promueve el sueño y regula el balance de hormonas en los pacientes ingresados en la UCI y expuestos a numerosos ruidos y luz de forma constante³³. El trabajo de Mistraletti et al.⁴⁵ recomienda la implementación de guías clínicas de descanso para el paciente crítico, a fin de disminuir el número de factores estresantes que ocurren durante el ingreso en la UCI.

Conclusiones

Es necesario controlar el medio ambiente de las unidades de intensivos, con el fin de hacerlas más amables para los pacientes ingresados, controlando el nivel de ruidos, la exposición a la luz y minimizar los estímulos potencialmente estresantes. La rutina de los cuidados también debe modificarse, intentando agrupar aquellos cuidados imprescindibles de forma que los pacientes puedan tener tiempo continuado para descansar. La presencia de la familia facilita la prevención y el control de los pacientes con SCA. Los horarios de visita deben ser ajustados e individualizados en función de las necesidades del paciente y de las posibilidades de la familia. El sueño debe ser una de las prioridades, ya que es una de las principales medidas no farmacológicas para la prevención. Se deben implementar protocolos que establezcan las horas de sueño para mantener el ciclo vigilia-sueño. Finalmente se deben establecer planes de formación, instruir a los enfermeros, pacientes y familiares debe ser una prioridad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes

incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- López-Ibor Aliño JJ. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado. 1.^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
- Boot R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2012;12:185–9.
- Ayllon Garrido N, Alvarez Gonzalez MJ, Gonzalez Garcia MP. Delirium in intensive care. Incidence and risk factors. *Enferm Intensiva.* 2007;18:138–43.
- Meagher DJ, Leonard M, Donnelly S, Conroy M, Adamis D, Trzepacz PT. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: Relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. *J Psychosom Res.* 2011;71:395–403.
- Jones SF, Pisani MA. ICU delirium: An update. *Curr Opin Crit Care.* 2012;18:146–51.
- Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Delirium in an intensive care unit: A study of risk factors. *Intensive Care Med.* 2001;27:1297–304.
- Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RA, et al. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med.* 2004;32:955–62.
- Jackson JC, Gordon SM, Hart RP, Hopkins RO, Ely EW. The association between delirium and cognitive decline: A review of the empirical literature. *Neuropsychol Rev.* 2004;14:87–98.
- Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell Jr FE, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA.* 2004;291:1753–62.
- Lin SM, Liu CY, Wang CH, Lin HC, Huang CD, Huang PY, et al. The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients. *Crit Care Med.* 2004;32:2254–9.
- Belanger L, Ducharme F. Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nurs Crit Care.* 2011;16:303–15.
- Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, Thomason JW, Truman B, Gordon S, et al. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: A survey of 912 healthcare professionals. *Crit Care Med.* 2004;32:106–12.
- Lou MF, Dai YT. Nurses' experience of caring for delirious patients. *J Nurs Res.* 2002;10:279–90.
- Nakkeeran N. Qualitative RESEARCH Methodology: Epistemological foundation research procedures. *Indian Soc Work.* 2006;67:104–18.
- Barbour RS. Making sense of focus groups. *Medical Education.* 2005;39:742–50.
- Bloor M, Frankland J, Thomas M, Robson K. Focus Groups in Social Research. London: Sage; 2001.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77–101.
- Cunningham PJ, Felland LE, Ginsburg PB, Pham HH. Qualitative methods: A crucial tool for understanding changes in health systems and health care delivery. *Med Care Res Rev.* 2011;68:34–40.
- Dew K. A health researcher's guide to qualitative methodologies. *Aust N Z J Public Health.* 2007; 31(5): 433–437.
- Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta, Canadá: Qual Institute Press; 2001 [acceso 15 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>.
- Nakkeeran N. Knowledge, truth and social reality: An introductory note on qualitative research. *Indian J Community Med.* 2010;35:379–81.
- Malterud K. Qualitative research: Standard, challenges, and guidelines. *Lancet.* 2001;358:483–8.
- Willgerodt MA. Using focus groups to develop culturally relevant instruments. *West J Nurs Res.* 2003;25:798–814.
- Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. Qualitative data analysis for health services research: Developing taxonomy themes, and theory. *Health Serv Res.* 2007;42:1758–72.
- Cohen DJ, Crabtree BF. Evaluative criteria for qualitative research in health care: Controversies and recommendations. *Ann Fam Med.* 2008;6:331–9.
- Dew K. A health researcher's guide to qualitative methodologies. *Aust N Z J Public Health.* 2007;31:433–7.
- Williamson GR. Illustrating triangulation in mixed-methods nursing research. *Nurse Researcher.* 2005;12:7–18.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:349–57.
- Valentin A, Ferdinande P, ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Med.* 2011;37:1575–87.
- Zaal IJ, Spruyt CF, Peelen LM, van Eijk MM, Wientjes R, Schneider MM, et al. Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive Care Med.* 2013;39:481–8.
- Taguchi T, Yano M, Kido Y. Influence of bright light therapy on postoperative patients: A pilot study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007;23:289–97.
- Tracy MF, Chlan L. Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Crit Care Nurse.* 2011;31:19–28.
- Hu RF, Jiang XY, Zeng YM, Chen XY, Zhang YH. Effects of ear-plugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. *Crit Care.* 2010;14:R66.
- Hofso K, Coyer FM. Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: Contributing factors. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007;23: 249–55.
- Pattison N. Psychological implications of admission to critical care. *Br J Nurs.* 2005;14:708–14.
- Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, Brannstrom B, Bucht G, Gustafson Y. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53: 622–8.
- Garcia Mozo A, Sanchez Roldan F, Amoros Cerda SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Duran Torres MT, et al. Development of an attention guideline for the critical patient's family. *Enferm Intensiva.* 2010;21:20–7.
- Pardavila Belio MI, Vivar CG. Needs of the family in the intensive care units: A review of the literature. *Enferm Intensiva.* 2012;23:51–67.
- Morandi A, Jackson JC, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Int Rev Psychiatry.* 2009;21:43–58.
- Pun BT, Ely EW. The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest.* 2007;132:624–36.

41. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;373:1874–82.
42. Inouye SK, Baker DI, Fugal P, Bradley EH. HELP Dissemination Project. Dissemination of the hospital elder life program: Implementation, adaptation, and successes. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54:1492–9.
43. Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT, et al. Confusion assessment method for diagnosing delirium in ICU patients (CAM-ICU): Cultural adaptation and validation of the Spanish version. *Med Intensiva*. 2010;34:4–13.
44. Gabor JY, Cooper AB, Crombach SA, Lee B, Kadikar N, Bettger HE, et al. Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003;167:708–15.
45. Mistraretti G, Carloni E, Cigada M, Zambrelli E, Taverna M, Sabbatici G, et al. Sleep and delirium in the intensive care unit. *Minerva Anesthesiol*. 2008;74:329–33.