



## ORIGINAL

## Prevenir y tratar *delirium* en cuidados intensivos: hermenéutica de las vivencias del equipo de enfermería



L.O. Gómez Tovar (RN, MSN)<sup>a,\*</sup>, Á.M. Henao-Castaño (RN, MSN, PhD)<sup>b</sup>  
e I.Y. Troche-Gutiérrez (RN, MPH)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Programa de Enfermería, Universidad Surcolombiana, Neiva, Huila, Colombia

<sup>b</sup> Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Recibido el 28 de octubre de 2020; aceptado el 7 de mayo de 2021

Disponible en Internet el 16 de agosto de 2021

### PALABRAS CLAVE

Atención de enfermería;  
*Delirium*;  
Hermenéutica;  
Unidad de cuidados intensivos

### Resumen

**Objetivo:** Comprender las vivencias del cuidado de enfermería frente a la prevención y el tratamiento del *delirium* en personas hospitalizadas en unidades de cuidados intensivos.

**Metodología:** Estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico. La selección de participantes fue por muestreo intencionado: 7 auxiliares de enfermería y 8 enfermeras. Se logró la saturación teórica. Se aplicó la entrevista fenomenológica para la recolección de datos a partir de una pregunta central, y el análisis se realizó siguiendo los planteamientos del círculo hermenéutico de Heidegger.

**Resultados:** Del análisis, emergieron 4 temas significativos: 1) Prevención del *delirium*, 2) Tratamiento farmacológico, 3) Tratamiento no farmacológico y 4) Barreras para el tratamiento no farmacológico. Estos temas estuvieron acompañados de 35 unidades de significado vinculadas entre sí: en el primer tema, las unidades más reiterativas fueron comunicación, orientación y vinculación de la familia; en el segundo tema fue el uso de tratamiento farmacológico solo en fase aguda; en el tercer tema fue la modificación del ambiente según preferencia del paciente (donde la familia es prioritaria y permite reforzar estrategias que brinden una estimulación cognitiva y social), y en el cuarto tema fue la sobrecarga laboral para el equipo de enfermería.

**Conclusiones:** Las experiencias del equipo de enfermería en la prevención y el tratamiento del *delirium* en pacientes críticos destacan que la comunicación permite un acercamiento al paciente como ser humano inmerso en una realidad, con una historia personal, con necesidades y preferencias. Por lo tanto, en estos escenarios debe vincularse su familia, ya que puede complementar y apoyar del cuidado de enfermería.

© 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [omaira.gomez@usco.edu.co](mailto:omaira.gomez@usco.edu.co) (L.O. Gómez Tovar).

## KEYWORDS

### KEYWORDS

Nursing care;  
Delirium;  
Hermeneutics;  
Intensive care unit

## Prevention and treatment of *delirium* in intensive care: Hermeneutics of experiences of the nursing team

### Abstract

**Objective:** To understand the experiences in nursing care in the prevention and treatment of delirium in people hospitalized in intensive care units.

**Methodology:** Hermeneutic phenomenological qualitative study. The selection of participants was by intentional sampling: seven nursing assistants and eight nurses. Theoretical saturation was achieved. The phenomenological interview was applied to collect data from a central question and the analysis was carried out following the approaches of Heidegger's hermeneutical circle.

**Results:** Four significant themes emerged from the analysis: 1) Delirium prevention, 2) Pharmacological treatment, 3) Non-pharmacological treatment, and 4) Barriers to non-pharmacological treatment. These themes were accompanied by 35 interrelated units of meaning: in the first theme, the most repetitive units were communication, orientation, and family bonding; in the second was the use of pharmacological treatment only in the acute phase; in the third was the modification of the environment according to the patient's preference (where the family is a priority and strategies that provide cognitive and social stimulation can be reinforced), and in the fourth was the work overload for the nursing team.

**Conclusions:** The experiences of the nursing team in the prevention and treatment of delirium in critically ill patients highlight that communication allows an approach to the patient as a human being immersed in a reality, with a personal history, needs and preferences. Therefore, family members must be involved in these scenarios, as they can complement and support nursing care.

© 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## ¿Qué se conoce/qué aporta?

- A través de diversos estudios se ha desarrollado el conocimiento sobre el *delirium*, siendo evidente su incidencia, prevalencia y factores asociados. Algunas intervenciones también han sido probadas, sin embargo, su incidencia sigue siendo alta, y las realidades del personal y de las instituciones hacen necesario que se ajusten dichas intervenciones.
- Este estudio aporta al desarrollo del conocimiento de enfermería y del *delirium*, debido a que trasluce el saber que emerge de la experiencia práctica de las enfermeras, se analiza su convergencia, y se contrasta con la literatura disponible, encontrando que la comunicación, la vinculación de la familia y la adecuación del ambiente de las UCI, son efectivos tanto para prevenir como para tratar el *delirium*, y hacen parte del cuidado humanizado en las UCI.

## Implicaciones del estudio

- Para la práctica clínica este estudio tiene un alto impacto, ya que estructura el conocimiento sobre la prevención y el tratamiento del *delirium* derivado de las vivencias prácticas del equipo de enfermería, quienes están permanentemente con el paciente crítico y tienen completo liderazgo en los cuidados no farmacológicos.

## Limitaciones del estudio

- La participación de los auxiliares de enfermería fue escasa en profundidad, ya que algunas respuestas resultaron poco reflexivas y similares en contenido, aunque de todos modos respondieron a la pregunta y al objetivo de estudio. Además, el reclutamiento de los participantes fue un poco difícil ya que no contaban con tiempo suficiente e incluso manifestaban cansancio o agotamiento físico.

## Introducción

El *delirium* es un síndrome confusional de inicio agudo y curso fluctuante e indeterminado, que puede presentarse en los subtipos hiperactivo, hipoactivo y mixto<sup>1</sup>. Este fenómeno genera preocupación principalmente en las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde su incidencia sigue siendo alta. Por ejemplo, en un estudio de 2017 se halló un 50% de incidencia de *delirium* en un estudio multicéntrico con una muestra de 520 pacientes críticos<sup>2</sup>, en otro estudio de 2018 se encontró un 19% de incidencia con una muestra de 206 pacientes en las UCI<sup>3</sup> y en 2019, en otra investigación, se reportó un 31,4% de incidencia de *delirium* en una muestra de 280 pacientes ingresados en las UCI<sup>4</sup>. Así mismo, otros estudios presentan datos del 44,4% de prevalencia de *delirium* en un grupo de 99 pacientes críticos adultos mayores<sup>5</sup>, del 74% en 136 pacientes críticos<sup>6</sup> y del 80% en 230 pacientes en las UCI<sup>7</sup>.

Las consecuencias del *delirium* generan un alto impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen, en sus familias, en los profesionales asistenciales de las UCI y en el sistema de salud en general, al punto que actualmente es considerado un problema de salud pública<sup>8</sup>. Dentro de sus principales consecuencias se encuentra la pérdida de la memoria fáctica (con prevalencia de los recuerdos de *delirium*)<sup>9</sup>, aumento de la estancia hospitalaria (especialmente en las UCI)<sup>2,7,10,11</sup>, mayores cargas hospitalarias para el equipo asistencial<sup>11</sup>, aumento en los días de ventilación mecánica<sup>10,12</sup>, incremento en la morbilidad y en la mortalidad<sup>2,7,13–15</sup>, falla en la extubación temprana<sup>11</sup>, reducción de la recuperación cognitiva y funcional<sup>11</sup>, aceleración en la transición hacia la demencia en personas de la tercera edad y reducción de la funcionalidad física poshospitalaria<sup>16</sup>.

Estas consecuencias hacen que sea necesario el desarrollo de medidas de prevención y de tratamiento oportunas<sup>17</sup>, que eliminen o minimicen el impacto altamente negativo del *delirium*. En este escenario, la enfermería tiene un rol preponderante, ya que se ha evidenciado que la etiología del *delirium* parte de factores no solo predisponentes sino también precipitantes, los cuales en su mayoría son modificables y están relacionados con el cuidado que se brinda en las UCI, con su ambiente y con el tratamiento farmacológico<sup>18,19</sup>. Así, reducir los factores precipitantes del *delirium* en las UCI contribuye efectivamente a brindar una atención de calidad centrada en la humanización<sup>20–22</sup>, aspecto promovido en el proyecto humanización en las UCI (HU-CI), desde el cual se proponen estrategias que favorecen el bienestar<sup>22,23</sup>, y que hacen parte de las medidas no farmacológicas para la prevención del *delirium* en las UCI<sup>17</sup>.

Por lo anterior, la valoración e intervención de las enfermeras resulta fundamental en la prevención y el tratamiento del *delirium*, ya que son líderes en la toma de decisiones clínicas, tienen mayor comunicación con los pacientes y con el equipo médico, y evalúan oportunamente las condiciones de los pacientes y de sus resultados clínicos<sup>16,24–26</sup>. Así, el objetivo del presente estudio es comprender las vivencias en el cuidado brindado por el equipo de enfermería para la prevención y el tratamiento del *delirium* en personas hospitalizadas en las UCI.

## Metodología

### Tipo de estudio

Esta investigación siguió una metodología fenomenológica hermenéutica, con Martin Heidegger como principal referente filosófico, con el fin de ahondar en la conciencia y las vivencias de los participantes<sup>27</sup>. Esto permitió estudiar el fenómeno del *delirium* tal y como es vivido, experimentado o percibido por el equipo de enfermería en las UCI. De esta manera, se llegó a la interpretación de los hechos en la vida cotidiana y a la explicación de la experiencia vivida del equipo de enfermería<sup>28,29</sup>, generando así nuevos conocimientos a partir de los significados.

### Selección de los participantes

Los participantes fueron auxiliares de enfermería y enfermeras que desempeñan su labor en una UCI. Se seleccionó esta población dado que es frecuente que en algunas UCI del sur de Colombia se tenga una mayor participación asistencial de los auxiliares (con una relación de un auxiliar para 2 pacientes y solo una enfermera para 7 o 10 pacientes), lo que genera que el cuidado básico (aseo, higiene, bienestar, alimentación y registro de constantes vitales) sea brindado por los auxiliares y que sean ellos quienes pasan más tiempo con los pacientes, mientras que las enfermeras asistenciales, además de brindar el cuidado complejo (valoración, administración de medicamentos, realización de curaciones, de procedimientos invasivos, traslado y movilidad de pacientes), deben realizar algunas funciones administrativas como gestión de procedimientos y organización del servicio.

### Muestreo

El muestreo fue intencionado, por lo que se incluyeron enfermeras y auxiliares que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: tener al menos 6 meses de experiencia en cuidados intensivos de adultos, laborar actualmente en la UCI de adultos de la institución donde se realizó el estudio y aceptar participar en la investigación de forma libre y voluntaria. Por su parte, fueron excluidos aquellos posibles participantes que únicamente realizaban actividades administrativas.

Para la recolección de la información, inicialmente se socializaron los objetivos de este proyecto con la población objeto en el marco de una capacitación institucional. Posteriormente, con quienes decidieron participar voluntariamente, se acordó fecha, lugar y hora para las entrevistas. En la recolección de información, se logró la saturación teórica de los datos y la convergencia de las diferentes unidades de significado con un muestreo de 8 enfermeras y 7 auxiliares.

### Colecta de datos y pregunta central

El equipo de enfermería seleccionado participó de una entrevista fenomenológica, instrumento de recogida recomendado para este diseño<sup>30–32</sup>, la cual duró entre 45 y

60 min. Dicha entrevista se inició con una pregunta central que direccionó su desarrollo: «¿Cómo han sido sus vivencias al brindar cuidado para la prevención y el tratamiento del *delirium* en personas hospitalizadas en la UCI?». Las entrevistas fueron realizadas de manera individual, fuera del horario laboral, en un lugar privado y tranquilo dentro de la institución (sala de reuniones), teniendo siempre presente el carácter confidencial de las respuestas y la independencia de las investigadoras con la institución de salud. Dentro de la conversación, se empleó suficiente tiempo para profundizar en aspectos que los participantes consideraran relevantes. Cabe aclarar que las investigadoras del estudio cuentan con amplia experiencia laboral en la UCI, lo que facilitó la conducción de la entrevista fenomenológica y de los procesos administrativos para el desarrollo de la investigación.

### Análisis de los datos

Las entrevistas fueron transcritas en Microsoft Word® siguiendo un protocolo de transcripción adaptado de Bejarano et al.<sup>33</sup>, procurando guardar la fidelidad y la exactitud de las entrevistas, con el fin de no omitir expresiones del participante dentro de su contexto (tabla 1). Del mismo modo, se agregaron en la transcripción los comentarios correspondientes a las notas de campo realizadas por el investigador.

El proceso de análisis de los datos se hizo de forma manual y permanente desde la primera entrevista mediante tablas de Excel® y siguiendo el círculo hermenéutico de Heidegger, el cual comprende, en su orden, la *precomprensión* (acercarse al fenómeno mediante lectura de los discursos y de la literatura) la *comprensión* (identificar las unidades de significado y la convergencia entre ellas, al igual que realizar

tanto una nueva lectura de los discursos como la creación de temas significativos) y la *interpretación* (dar sentido a las unidades a la luz de la ontología y organizar los temas para estructurar el fenómeno)<sup>34,35</sup>.

Con el ánimo de garantizar la fiabilidad del análisis, las investigadoras, de manera independiente, calcularon el índice de concordancia de las unidades de significado mediante el coeficiente de fiabilidad de Holsti<sup>36,37</sup>, el cual dio como resultado un 75%. Dicho cálculo permitió valorar el nivel de comunicación e interacción entre el investigador y el participante, definir y delimitar las unidades de significado, al igual que evaluar la pregunta central y las de aproximación. De igual forma, se siguieron los criterios de rigor propuestos por Lincoln y Guba<sup>38</sup> en cuanto a credibilidad en el tratamiento fiel de los datos, auditabilidad con el registro completo de las decisiones metodológicas y los resultados, la transferibilidad con el análisis de similitudes entre los hallazgos del estudio y la teoría, y la relación con la interpretación de los hallazgos desde los intereses de los participantes y la comunidad en general.

### Aspectos éticos

Frente a los aspectos éticos, se tuvieron en cuenta tanto la Declaración de Helsinki como las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud de seres humanos de la OMS, la OPS y el CIOMS. Así mismo, se tuvieron presentes las disposiciones colombianas como la Resolución 8430 de 1993 que determina que este estudio representa un riesgo mínimo, la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, por medio de la cual se garantizó que solo los investigadores trataran los datos, se recolectaran exclusivamente para los fines pertinentes y se divulgaran de manera cientí-

**Tabla 1** Protocolo de transcripción de las entrevistas

| Convenciones         | Interpretación   |
|----------------------|--|
| (Risas)              | Risas  |
| (Rndo:)              | Risas durante el habla. Después de los 2 puntos la intervención afectada por la risa                               |
| (Tos)                | Tos  |
| (ajá, uhum, hum, mm) | Sonidos de asentimiento: del tipo ajá, uhum, hum, mm, etc.   |
| (—)                  | Silencios  |
| ¡!                   | Enunciados exclamativos  |
| ¿?                   | Enunciados interrogativos  |
| /                    | Pausa mínima   |
| //                   | Pausa  |
| (///)                | Interrupción de la grabación   |
| ...                  | Pausa final de enunciado sin terminar o con entonación suspendida  |
| =                    | Autointerrupción o abandono del enunciado (el hablante no continúa con la idea anterior)                           |
| <u>Énfasis</u>       | Fragmento con pronunciación claramente enfática  |
| (→)                  | Alargamiento de sonido (sin espacios)  |
| (Pal/abra cort/ada)  | Palabra cortada  |
| (~)                  | Vacilación; titubeo breve  |
| (Ininteligible)      | Fragmento ininteligible  |
| #                    | Pausa no prosódica sin intención expresiva (p. ej., cuando hablante está pensando una palabra o lo que va a decir) |
| Xxx                  | Fragmentos ininteligibles  |
| (cursiva)            | Aclaraciones o aportes del entrevistador   |

Fuente: Adaptada de Bejarano et al.<sup>33</sup>.

**Tabla 2** Características sociodemográficas de los participantes

| Características              | Enfermeras n = 8 (53%) | Auxiliares de enfermería n = 7 (47%) |
|------------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| <b>Sexo</b>                  |                        |                                      |
| Femenino n (%)               | 3 (37,5)               | 6 (85,7)                             |
| Masculino n (%)              | 5 (62,5)               | 1 (14,3)                             |
| <b>Edad</b>                  |                        |                                      |
| Promedio (DE)                | 34 ( $\pm$ 13,87)      | 32 ( $\pm$ 11,82)                    |
| <b>Tiempo de experiencia</b> |                        |                                      |
| Años, promedio (DE)          | 10,33 ( $\pm$ 7,63)    | 9 ( $\pm$ 4,53)                      |

DE: desviación estándar, n: número de participantes.

Fuente: Elaboración propia.

fica salvaguardando la identidad de los participantes y de la institución.

Para el proceso de grabación de las entrevistas, realizado mediante grabadora de voz, los investigadores firmaron el acuerdo de confidencialidad, y los participantes firmaron el consentimiento para el estudio. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas y revisadas para retirar cualquier información que permitiera la identificación de los participantes, se etiquetaron con un número para garantizar el anonimato y, por último, fueron eliminadas de la grabadora de voz y del equipo de computación tan pronto como se finalizó la labor investigativa. El estudio fue aprobado a través del acta número 001-001 del 28 de enero de 2019 del Comité de Ética de la institución donde se llevó a cabo la investigación.

## Resultados

En general, el 53% de los participantes del estudio fueron enfermeras asistenciales que para el momento del estudio brindaban cuidado directo en la UCI, mientras tanto, el restante 47% fueron auxiliares de enfermería. Frente a los datos demográficos, las edades del grupo de participantes enfermeras oscilaban entre 25 y 58 años, el 62,5% eran varones y contaban con experiencia en la UCI de entre 3 y 28 años. Entretanto, las edades de las auxiliares oscilaban entre los 23 y 43 años, el 87,5% eran mujeres y contaban con experiencia en la UCI de entre 2 y 15 años (tabla 2).

Frente al análisis de las entrevistas, este permitió comprender cómo el equipo de enfermería de la UCI aborda el cuidado para la prevención y el manejo del *delirium*. Así, se llegó a 35 unidades de significado agrupadas en los siguientes temas: 1) Prevención del *delirium*, 2) Tratamiento farmacológico del *delirium*, 3) Tratamiento no farmacológico del *delirium* y 4) Barreras para el tratamiento no farmacológico del *delirium* (tabla 3).

### Primer tema significativo: medidas y estrategias de prevención del *delirium*

La unidad de significado más mencionada fue la comunicación entre la enfermera (o auxiliar) con el paciente, estrategia que permite suplir la necesidad básica que tienen los seres humanos de interactuar mediante el habla y la escucha, obtener información básica que contribuya a

la orientación en el cuidado y a brindar mayor confianza entre estos dos actores. Varios participantes coincidieron en identificar como medida de gran valor la presentación del equipo humano al inicio del turno, ya que ello permite que los pacientes se familiaricen con las personas desconocidas que estarán a cargo de su cuidado durante la estancia en la unidad:

*«Eh, es importante eh, hablar con el paciente, de mantenerlo informado acerca de qué hora es, de la fecha, de que es de día, eso pues realizarlo en cada cambio de turno es muy importante... Mantener siempre ubicado al paciente. El hecho de no presentarse... que el personal de enfermería se presente y que va a estar acompañándolo durante el turno, y todo eso, considero que es importante para prevenirlo» (ENF 3, #047)*

Así mismo, expresan que las condiciones fisiológicas como la audición, que continúan activas pese a la sedación empleada durante la ventilación mecánica, no deben pasar desapercibidas: *«Y teniendo en cuenta que estamos cuidando son personas socialmente activas que necesitan comunicarse, y que en algunos casos a pesar de que estén ventilados de hecho nos están escuchando» (ENF 4, #057)*.

En adición a lo anterior, es posible interpretar en los relatos de los participantes que, pese a la condición de salud, los pacientes tienen preocupaciones del mundo exterior, pues son seres humanos con sentimientos y emociones. En este sentido, se hace necesario que el equipo de enfermería mantenga una relación más amena y dialógica con el paciente, que vaya más allá de un cuidado procedimental y limitado al quehacer rutinario, y que se centre en un cuidado que incluya una preocupación por la persona en su totalidad (no solo de su estado físico sino también emocional).

De igual forma, el apoyo familiar fue una medida altamente reconocida por los participantes, ya que las visitas de sus seres queridos constituían espacios de interacción donde podían compartir diferentes situaciones, tales como brindarse afecto, conversar sobre la vida rutinaria o las novedades del hogar, hablar sobre acontecimientos de la región y del mundo, entre otras. Este escenario contribuye, según las enfermeras, a que el paciente siga inmerso en su rol social y que sobre todo pueda sentirse rodeado afectivamente:

*«La familia pues, lo que decía que, ellos estén más cerca apoyándolos, eh, contándole las cosas normales que han*

**Tabla 3** Temas significativos, unidades de significado y *verbatim* que emergieron de los datos

| Temas y unidades de significado   | N.º <i>verbatim</i>   |
|---|---|
| <b>Tema significativo 1: medidas y estrategias de prevención del delirium</b>                                     |   |
| Apoyo con familiares para prevención del <i>delirium</i>  | 008, 009, 010, 025, 026, 040, 041, 063, 137, 158  |
| Uso de medidas no farmacológicas para prevenir el <i>delirium</i>   | 019   |
| Disminución progresiva de sedantes  | 059   |
| Comunicación con el paciente  | 020, 023, 144, 047, 057, 060, 113, 114, 117, 119, 121, 122, 124, 125, 136, 138, 139, 141, 144, 145, 146, 160, 174 |
| Disminuir dolor   | 061   |
| Promover medidas de bienestar   | 024, 062, 112   |
| Cambiar nuestro actuar  | 056, 151  |
| «Yo pienso que somos una parte importante en ese momento» Código <i>In Vivo</i>                                   | 120   |
| Entablar esa relación más amena no de enfermera paciente sino realmente como un amigo                             | 085   |
| En la revista identificar todas las necesidades físicas, psíquicas y familiares del paciente                      | 067   |
| «Es un reto, es una obligación y es un deber, el manejo de la sedación basada en objetivos» Código <i>In Vivo</i> | 058   |
| Intervención educativa al paciente y su familia previo ingreso en la UCI  | 002, 005, 006   |
| «Son los que están en mayor contacto con los pacientes» Código <i>In Vivo</i> (enfermería)                        | 074   |
| «Tratarlos como con más amor no se más cariño» Código <i>In Vivo</i>  | 106   |
| <b>Tema significativo 2: tratamiento farmacológico</b>  |   |
| Efecto tranquilizante y relajante   | 037, 045, 043, 126, 167   |
| Primera opción para el tratamiento del <i>delirium</i> durante la fase aguda                                      | 007   |
| Según grado de agitación  | 030, 036, 107   |
| Sedación consciente   | 078, 098, 104, 116  |
| No adecuado porque lleva a otro tipo de <i>delirium</i>   | 016   |
| <b>Tema significativo 3: medidas de tratamiento no farmacológico</b>  |   |
| Vincular a la familia en el tratamiento no farmacológico  | 003, 004, 011, 029, 032, 038, 039, 042, 049, 079, 082, 102, 110, 111, 130, 155, 156, 164, 171, 175                |
| Reorientar, activar su mente  | 035, 054, 093, 118, 131, 135, 143, 149, 170   |
| Uso de ayudas audiovisuales y tecnológicas  | 012, 080, 101, 109, 159, 161, 162, 163, 172   |
| Extensión de tiempo de acompañamiento familiar  | 017, 048, 089, 092, 099, 100, 157, 166  |
| La comunicación con el paciente   | 028, 051, 081, 108, 129, 132, 173, 176  |
| Necesidad de interacción enfermera-paciente   | 076, 087, 088, 134  |
| Trabajo interdisciplinario  | 066, 069, 072, 097, 115, 128, 147, 154, 015   |
| Cambiar el ambiente para hacerlo sentir como en casa  | 013, 014, 018, 050, 094, 142  |
| Contar con más personal   | 090   |
| Disminuir el ruido, la luz y promover el sueño  | 055, 168, 169   |
| Tenerles paciencia y entenderlos  | 034, 148, 152   |
| Movilizar tempranamente   | 070, 133, 165   |
| Vincular al paciente en su autocuidado básico   | 068, 071  |
| <b>Tema significativo 4: barreras al tratamiento no farmacológico</b>   |   |
| Alta carga laboral restringe el tratamiento no farmacológico  | 065, 083, 084, 105  |
| Incomodidad por presencia permanente de la familia  | 044, 103  |
| Tecnología puede alejar del paciente  | 075   |
| Desconocimiento o no aplicación de escalas que diagnostican <i>delirium</i>                                       | 064, 140  |
| Inmovilización como medida de control   | 001, 027, 046, 052, 077, 091, 095, 096, 127, 150, 153   |
| «La familia no reconoce la labor de nosotros» Código <i>In Vivo</i>   | 043   |

Fuente: Elaboración propia.

*pasado en la casa... Manifestándole la realidad de pronto las noticias, que este, pues, no es que sean tan agradables, pero sí, lo real del día, para que ellos no queden tan perdidos del mundo exterior» (ENF 8, #025)*

De igual manera, algunos participantes refirieron ejemplos de estrategias exitosas para la prevención del *delirium* en otras instituciones basadas en la flexibilidad de horarios de visitas y en la prolongación del acompañamiento familiar, lo cual aumenta el bienestar del paciente y lo beneficia en sus múltiples dimensiones humanas, ayudándolo indirectamente a la recuperación de su salud:

*«[La estrategia de] UCI de puertas abiertas [...], sí, entonces se ha manejado unos horarios más prolongados para que el paciente pueda estar más tiempo con su familia, sobre todo el paciente que está totalmente orientado, pues para evitar el delirium y el paciente que o está en delirium que está saliendo de una sedación prolongada pues para mitigar esta alteración» (ENF 2, #041)*

Sumado a lo anterior, la educación al paciente y a su familia sobre los eventos y riesgos que se pueden presentar durante la estancia en la UCI es una medida de prevención altamente identificada. Los participantes manifestaron que es de gran importancia permitir el uso de elementos como libros, tabletas u otros distractores para mantener un adecuado estímulo cognitivo en los pacientes: *«Que no sientan eso como tan frío, como tan gris, que ellos no, no, tienen qué hacer, entonces se van perdiendo las ideas...» (ENF 8, #019).*

También, se resalta que dentro de las intervenciones para prevenir el *delirium*, una enfermera mencionó la importancia de emplear la sedación guiada por metas, describiéndolo de la siguiente forma (imprimiendo un sentido de obligatoriedad digno de destacar): *«Es un reto, es una obligación y es un deber, el manejo de la sedación basada en objetivos» (ENF 4, #058).*

Para finalizar este tema, los participantes reconocieron el aporte del cuidado emocional en el bienestar del paciente en la UCI, descrito como un factor que influye positivamente para lograr un egreso temprano del servicio. En este sentido, se considera el rol de enfermería como realmente importante para la recuperación de la salud del paciente a partir del ejercicio de un rol altruista:

*«Entonces tratar de como a veces nos toca de ser como de psicólogos con ellos y de hablar y decirles mira hay que tratar de estar tranquilo para que salga más rápido de aquí, entonces pues yo creo yo pienso que somos una parte importante en ese momento» (AUX 1, #120)*

## Segundo tema significativo: tratamiento farmacológico

Al indagar sobre el manejo farmacológico del *delirium*, los participantes identificaron que la administración de medicamentos con efecto tranquilizante y relajante, en la mayoría de ocasiones, era la medida de primera opción para el tratamiento del *delirium* durante la fase aguda: *«Lo que son medicamentos, pues eso ayuda, pues, como, la parte aguda, en el momento de agitación cuando el paciente se*

*descontrola» (ENF 1, #007).* Por su parte, otros participantes señalaron la medicación como medida de segunda opción luego del tratamiento no farmacológico: *«Ya no solamente es un tratamiento, mmm, se puede decir no farmacológico, si no que ya hay que comenzar a manejar fármacos» (ENF 2, #036).* Para otros participantes, en cambio, el nivel o grado de agitación del paciente indicaba al médico tratante la necesidad o no de emplear fármacos: *«Sí, a veces ellos [los médicos] dicen que cuando están muy agitados los pacientes dicen que pues se les inicie dexmedetomidina como para tranquilizarlos» (AUX 1, #116).*

Parte de los entrevistados reconocieron que la sedación consciente podía ayudar a la prevención del *delirium* y afirmaron preferir su uso por encima de las benzodiazepinas:

*«También se le dice al médico que por favor él ordene pues los medicamentos que traten de evitar el delirium, por ejemplo, medicamentos de sedación consciente como la dexmedetomidina que, pues, ayuda un poquito a controlar esa como esa visión que tiene el paciente durante la estancia en la unidad» (ENF 5, #098)*

Así mismo, es importante resaltar que la experiencia de los participantes ha reportado que existe un riesgo inminente cuando se opta por usar fármacos, debido a que estos no curan el *delirium* y, por el contrario, favorecen la transición entre los subtipos hiperactivo e hipactivo:

*«Eso es otra cosa que realmente puede presentarse cuando se usan que medicamentos para tratar de controlar el efecto hiperactivo, termina es llevándolo a uno hipactivo entonces ahí se empiezan es un, es... es... mixto, se vuelve un delirium mixto...» (ENF 1, #016)*

## Tercer tema significativo: medidas de tratamiento no farmacológico

Este tema está conformado por 13 unidades de significado, dentro de las cuales vincular la familia en el tratamiento no farmacológico fue la más constante, expresada en 19 fragmentos por 10 participantes. Dicha unidad está asociada con otras unidades denominadas «extensión en el tiempo de visita» y «recuperación psicológica y emocional de los pacientes». Cabe destacar, como se presenta a continuación, el hecho de que las enfermeras reconozcan la gran contribución de la familia, lo que puede facilitar el paso a una UCI de puertas abiertas enfocada en el cuidado humanizado:

*«Se les dice que venga, acompáñelo, pero también cuénteles cosas de la casa... Eh... cómo se encuentra... eh, el perro, el gato, los pájaros... todo lo que él, lo que, lo que generalmente el paciente encuentra en su rutina diaria, pues porque él empieza otra vez como a, a reubicarse en cuanto lo que es su vida [...]. La familia sí cumple un papel muy, muy importante en la recuperación de los pacientes, o sea, sentirse querido, amados, acompañados, eso... eso como que los tranquiliza mucho, mucho, mucho» (ENF 5, #115)*

La siguiente unidad dentro de este tema fue la reorientación, medida que reactiva la cognición de los pacientes ubicándolos en tiempo, lugar, condición y realidad: *«Uno trata siempre de intervenir y de decirle a los pacientes [...]*

*cómo es la situación, en dónde está y que pues, nada de lo que está viendo es real» (ENF 3, #054). Así mismo, el uso de ayudas audiovisuales y tecnológicas (televisor, radio o la preferida por el paciente) es considerada una estrategia que permite mantenerlo en una realidad social y cultural: «Proporcionarle al paciente otro tipo de distractores, no solamente de pronto una lectura, una cosa así, pero pues a muchos pacientes les gusta ver las noticias, esas cosas, entonces deberíamos adicionarle a una UCI este tipo de ayudas audiovisuales» (ENF 7, #080).*

Otras unidades de significado emergentes en este tercer tema fueron la comunicación con el paciente y el trabajo interdisciplinario. La comunicación se extiende desde la prevención y ahora como medida de tratamiento para favorecer la interacción y el mantenimiento de la realidad personal. Por otro lado, con el trabajo interdisciplinario, se resaltó la necesidad de que todo el equipo asistencial ayude a tratar el *delirium* desde sus funciones específicas:

*«Todos deben ayudar a tratar el delirium, entonces con relación al médico, pues guía el tratamiento acompañado de los demás profesionales que apoyamos, tener en cuenta entonces lo de la sedación, la analgesia, también trabajamos muy de la mano de la parte de terapias, específicamente terapias físicas y respiratorias» (ENF 4, #069)*

Los participantes también insistieron en que enfermería puede adecuar el ambiente para hacer sentir al paciente como en casa. Esto permite entrever un profundo significado de comprensión del paciente como un ser humano con una historia, con preferencias, con necesidades y con una familia, por lo que merece un cuidado personalizado que favorezca así la reducción del *delirium*. Esto es logrado a través de una adecuada comunicación, anticipación e interpretación de las expresiones no verbales del paciente:

*«Sería muy bueno, por ejemplo, uno jugar con el paciente una partida de ajedrez o un crucigrama, algo que el paciente diga bueno, ya no estoy aquí simplemente por mi falla cardíaca que vienen, me ponen medicamentos y ya, se van. No, que lo hagamos sentir como en casa» (ENF 7, #088)*

En este mismo sentido, los participantes indicaron que deben ajustarse medidas del ambiente de la UCI, como la disminución del ruido y la luz para promover el sueño en el paciente y así reducir el *delirium*, aspecto que también cuenta con evidencia como intervención preventiva y terapéutica para el *delirium*. De igual forma, la unidad de significado «tenerles paciencia y entenderlos» muestra que el equipo de enfermería se muestra empático con los pacientes, de tal forma que comprende la alteración cognitiva que ocasiona la conducta agresiva: «Tratar uno todo el tiempo de tenerles paciencia, porque eso es de paciencia, eh, uno no puede ponerse a llevarle la contraria o a pelearle» (AUX 5, #148).

Las 2 últimas unidades de significado fueron «movilizar tempranamente» y «vincular al paciente en su autocuidado básico». Estas unidades permitieron que los pacientes fueran protagonistas y participes en su recuperación, porque ya no son concebidos como sujetos pasivos receptores de cuidado, sino que se comprende que son seres humanos activos

que hacen parte del proceso para agilizar su recuperación y reducir eventos como el *delirium*:

*«Muy buena la estimulación de músculos, que se movilice lo más temprano de la cama a una silla, ¿sí? De que apenas tenga, físicamente, que tenga extra movilidad dinámica se pueda llevar al baño, eso es muy bueno [...]. Que los pacientes se puedan bañar en la ducha, hacer sus necesidades fisiológicas en un baño y no asustado ahí en la cama, bien» (ENF 4, #071)*

#### **Cuarto tema significativo: barreras al tratamiento no farmacológico**

Este tema estuvo integrado por 6 unidades de significado, dentro de las cuales la más frecuente fue la «inmovilización como medida de control aplicado los auxiliares de enfermería», ya que ellos sienten temor por el hecho de que el *delirium* pueda llevar a que el paciente sufra algún evento adverso que ponga en riesgo su seguridad: «Sobre todo de inmovilizarlos, porque al inmovilizarlos al realizar medidas de sujeción pues evitan que se retiren las cosas, por ejemplo, pacientes que están intubados, que tienen catéteres» (ENF 5, #096). Adicional a lo anterior, el uso de inmovilizadores también fue descrito como necesario para garantizar la seguridad propia, por lo que se evidencia un sentimiento de temor por la propia seguridad: «Tocó inmovilizarlo, se tornó agresivo con todo el personal también [con] la familia, entonces pues fue como un riesgo para mi vida con este paciente, siendo tan grandote y tan fuerte realmente» (ENF 7, #091). Al respecto, uno de los participantes reconoció también que la inmovilización tiene un efecto negativo sobre los pacientes: «Muchas veces tenemos que inmovilizarlos, entonces pues eso a veces eso causa mayor, mayor ansiedad para ellos» (AUX 5, #150).

La alta carga laboral también fue reconocida como una barrera para el tratamiento no farmacológico, ya que lo restringe. En este sentido, se percibe que el equipo de enfermería es consciente de la gran importancia del cuidado directo a los pacientes críticos; sin embargo, se debe priorizar en muchos casos la realización de actividades administrativas:

*«Es verdad que tenemos a veces un tiempo muy limitado, tenemos mucha, mucha carga laboral, porque no es solo la asistencial sino también la administrativa, entonces a veces se limita el contacto directo y el cuidado directo [...], entonces lo dejamos de un lado» (ENF 4, #065)*

Otra barrera para la realización de medidas no farmacológicas fue el desconocimiento o no aplicación de escalas que diagnostican *delirium*: «Hay gente que tiene desconocimiento de que existen ese tipo de escalas, y los que tienen el conocimiento pues no le dedican el tiempo» (ENF 4, #064). Incluso, uno de los participantes indicó que la tecnología puede alejar al equipo de enfermería del paciente, específicamente, se refirió a la monitorización central, el cual lleva a que los auxiliares no estén vigilando al paciente. Esta experiencia genera preocupación, ya que reduce la posibilidad de comunicación con el paciente y la detección oportuna de signos de *delirium*, a la par que aumenta el riesgo de eventos adversos.



Previamente, se describió que dentro de las intervenciones no farmacológicas había un alto reconocimiento de la importancia de la familia. Sin embargo, dos participantes indicaron sentirse incómodos por la presencia constante de los seres queridos del paciente: «*Con los familiares es distinto porque nosotros tenemos que hacer procedimientos, dar medicamento, entonces es como algo un poquito incómodo, pero pues ahí tratamos de, de realizar todo como se puede*» (ENF 5, #103). Incluso, una enfermera afirmó que «*la familia no reconoce la labor de nosotros*» (ENF 2, #043), por lo que resulta necesario educar tanto a los familiares como al equipo de enfermería para que se conviertan en facilitadores y partícipes del cuidado.

### Convergencia de los temas y unidades de significado

Las experiencias vividas por el equipo de enfermería de la UCI estuvieron centradas en los temas identificados; sin embargo, al hacer una relectura interpretativa de estos y de las unidades de significado que emergieron, se encontraron varias convergencias (fig. 1), dentro de las cuales se destacan 4 elementos esenciales que se vinculan y se describen en la siguiente afirmación: la comunicación es un elemento esencial en el desarrollo del cuidado del paciente hospitalizado en la UCI, ya que permite acercarse a él como un ser humano inmerso en una realidad que no solo está determinada por una situación patológica, sino que también está mediada por su historia personal, sus necesidades y sus preferencias. Este proceso de comunicación exige un diálogo permanente entre los diversos actores del cuidado, en el que la familia tiene un rol protagónico especial al actuar como complemento y como apoyo del cuidado de enfermería, por lo cual debe contar con educación previa para que su actuar potencie y favorezca el cuidado.

Además de la comunicación y del apoyo familiar, el ambiente propio de la UCI se constituye en un elemento altamente valorado que interviene en la prevención del *delirium* y en el cuidado, por lo que afecta directamente el bienestar y el bienestar del paciente durante su estancia hospitalaria. En este sentido, es necesario ajustar dicho ambiente de tal forma que se convierta en un coadyuvante de la recuperación.

Cabe destacar también la existencia de barreras que limitan el desarrollo del tratamiento no farmacológico, como por ejemplo la alta carga laboral determinada por el número de pacientes y las funciones asignadas al equipo de enfermería. Estas barreras dificultan las posibilidades de otorgar cuidado de calidad y calidez al paciente, ello evidenciado en el limitado el tiempo de interacción, aspecto que puede influir directa o indirectamente en la evolución del paciente. No obstante, esta problemática de alta carga laboral, consecuencia del sistema de salud local, no se puede convertir en excusa para que los profesionales de salud, y en particular el equipo de enfermería, no desarrollen acciones y estrategias de cuidado integral y humanizado.

### Discusión

Al analizar los resultados del presente estudio frente a la literatura, se encontró similitud y complemento en la gran

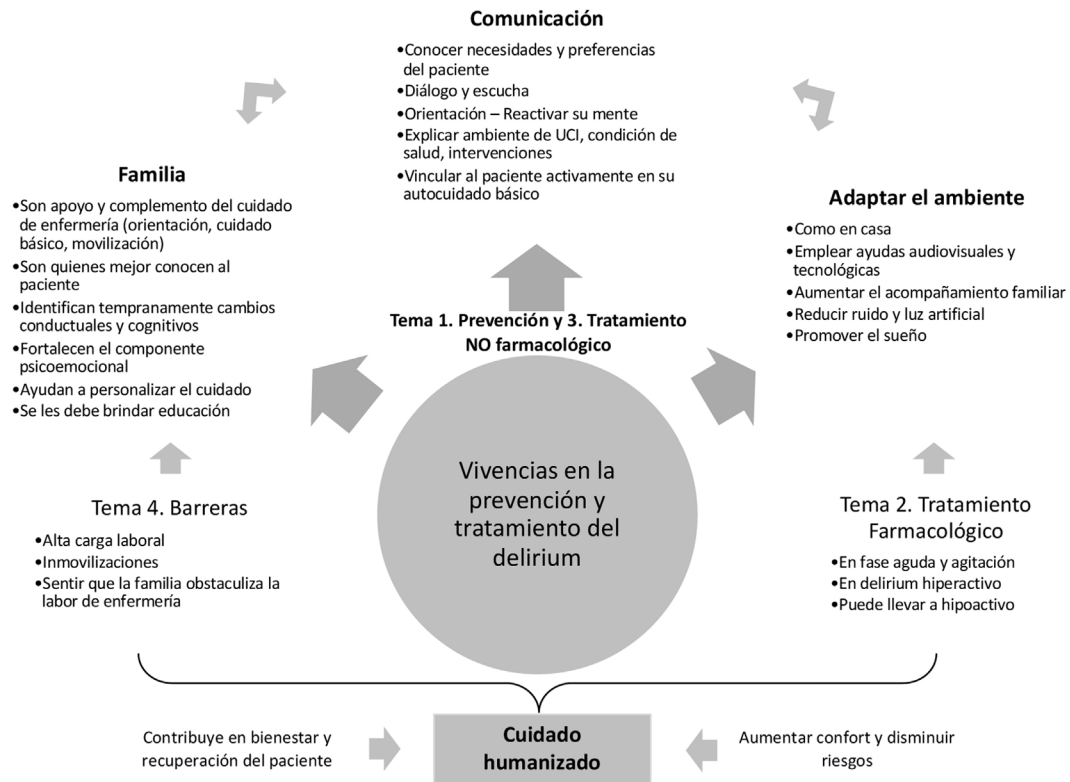
mayoría de casos. Inicialmente, las unidades comunicación y el vincular a la familia fueron constantes tanto en el primer tema como en el tercer tema de la presente investigación. Al respecto, Martínez et al.<sup>39</sup>, mediante una intervención multicomponente que incluía la familia, logró reducir entre el 24 y el 38% la incidencia de *delirium*. Igualmente, Barnes-Daly et al.<sup>40</sup>, en su estudio, plantean que la comunicación con la familia es adecuada si se usa un lenguaje simplificado, concreto y si se dedica el tiempo suficiente.

Otros autores mencionan estrategias diversas con la familia, como por ejemplo vincularlas en las rondas médicas<sup>41–44</sup> o establecer conferencias donde se les brinde adecuada información sobre el equipo, diagnóstico y tratamiento<sup>40,41,43,44</sup>. Asimismo, Marra et al.<sup>45</sup> agregan que la familia debe convertirse en socio activo o aliado en la toma de decisiones y en la atención multiprofesional, Prescott y Costa<sup>46</sup> afirman que los seres queridos pueden vincularse a los planes de tratamiento y Leblanc et al.<sup>47</sup> mencionan que se pueden realizar intervenciones emocionales y educativas, ya que su presencia crea una sensación de familiaridad y seguridad para los pacientes<sup>48</sup>.

Pese a lo anterior, los participantes del presente estudio manifestaron la necesidad de brindar educación a los familiares de los pacientes, ya que afirmaban que incluso podrían convertirse en «otro paciente» si no tenían adecuada información sobre el *delirium*, porque esto les generaba estrés y angustia al ver los cambios conductuales en su ser querido. Esto coincide con lo encontrado por Martínez et al.<sup>39</sup>, quienes a través de un estudio cualitativo fenomenológico hallaron que los familiares no tenían conocimiento del *delirium* y consideraban que sus síntomas eran una consecuencia natural de una enfermedad crítica.

Por su parte, dentro del primer tema estrategias de prevención, los participantes afirmaron otras intervenciones como ampliar el horario de visitas o posibilitar las UCI de puertas abiertas. Esto es similar a lo expuesto por Morandi et al.<sup>49</sup>, quienes sugieren que las visitas deben ser por más de 5 h al día cuando no se tenga la UCI de puertas abiertas. Asimismo, este estudio encontró similitud en las recomendaciones relacionadas con el uso de sedación guiada por metas<sup>40,41,44,45,50</sup>, con el objetivo central de mantener al paciente en estado de calma y alerta<sup>44</sup>. Adicionalmente, en la presente investigación se destacó el cuidado emocional del paciente para evitar el *delirium*, lo cual es coherente con la influencia de los antecedentes psicológicos asociados con el *delirium* como lo son la demencia y la depresión<sup>51</sup>.

El segundo tema fue el tratamiento farmacológico, descrito por los participantes como necesario solo en agitación o *delirium* hiperactivo, aunque desde sus vivencias afirmaron que ello no mejoraba la condición de los pacientes, sino que también los llevaba a un *delirium* hipoactivo. Al respecto, Zamoscik et al.<sup>52</sup> encontraron resultados similares, ya que en su investigación los participantes indicaron que los medicamentos disponibles para tratar el *delirium* eran ineficaces y por el contrario lo exacerbaban. En contraste, Marra et al.<sup>45</sup> sugieren usar el tratamiento farmacológico solo después de corregir los factores deliriogénicos modificables. Por otra parte, en este estudio se sugirió el uso de sedación consciente con dexmedetomidina para prevenir el *delirium* en lugar de la sedación tradicional con benzodiazepinas. Este aspecto también fue determinando por otros autores, quienes agregan que esta primera puede



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 1** Vínculos entre los temas fenomenológicos y las unidades de significado.

Fuente: Elaboración propia.

reducir la incidencia del *delirium* y de los días de ventilación mecánica<sup>45,53</sup>.

El tercer tema, el tratamiento no farmacológico, fue el de mayor desarrollo por los participantes de este estudio. Además de estrategias orientadas a la vinculación de la familia y la comunicación, se hallaron otras unidades de importancia como la reorientación, aspecto resaltado en otros estudios como de gran utilidad para tratar el *delirium*<sup>50,54,55</sup>, o la ayuda para la estimulación cognitiva<sup>55,56</sup>. Además, Reznik y Slooter<sup>53</sup> sugieren emplear diversas estrategias como presencia de reloj para cada paciente, ubicarlos en lugar y tiempo, estimulación de la memoria y el uso de mensajes pregrabados para que los pacientes escuchen orientación familiar en caso de que no puedan estar presentes en la UCI. Así mismo, se destacó la necesidad de interacción, diálogo y escucha al paciente, conocer su realidad, tenerles paciencia y entenderlos. En relación con este aspecto, Marra et al.<sup>41</sup> y Sweeney<sup>42</sup> confirman que conocer al paciente ayuda a comprenderlo como persona y a brindarle mayor comodidad.

En el tercer tema también se reconoció la importancia de adaptar el ambiente de las UCI teniendo en cuenta las realidades, los gustos y las preferencias de los pacientes. Esto es similar a lo recomendado en la guía para el manejo de la agitación, el dolor y el *delirium*<sup>57</sup> y en diversos estudios de investigación<sup>41,42,44-46,49,53,58</sup>, en donde se indica que pueden realizarse intervenciones ambientales sobre el ruido y la luz artificial para mejorar la higiene del sueño. En la misma línea, se encuentran otras intervenciones relacionadas con

la comodidad especialmente al bañarse, al cambiarse de posición y al descansar<sup>47</sup> mediante la entrega de dispositivos como audífonos y anteojos<sup>44</sup>.

Otras unidades de este tema fueron similares a los hallazgos de diversos estudios, como el trabajo interdisciplinario descrito por Weber et al.<sup>59</sup> como esencial para el cuidado del paciente crítico y recomendado en intervenciones como el paquete ABCDEF, en el cual enfermeras, médicos, intensivistas y profesionales en terapia física y ocupacional desarrollan medidas preventivas y de tratamiento del *delirium*<sup>60</sup>. En ese orden de ideas, el uso de ayudas audiovisuales y tecnológicas para proporcionar bienestar fue empleado en el estudio de Munro et al.<sup>54</sup> y es recomendado como medida que favorece el cuidado humanizado en las UCI<sup>23</sup>. De igual forma, la movilización temprana es ampliamente recomendada por múltiples estudios, en los cuales se insiste en que debe iniciarse tan pronto como sea posible<sup>42,44,46,58</sup>.

Ahora bien, en el cuarto y último tema sobre las barreras al desarrollo del tratamiento no farmacológico, se encontró que, aunque las inmovilizaciones o restricciones físicas eran necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes, también podían ocasionarles mayor ansiedad. Esto fue similar a los resultados de Freeman et al.<sup>61</sup>, quienes consideraron que el uso de inmovilizaciones ayudaba a mantener la seguridad de los pacientes. Así mismo, los hallazgos de Pan et al.<sup>62</sup> corroboran que estas prácticas generan riesgo de *delirium* en los pacientes de manera progresiva según la cantidad de veces que deba realizarse.

Adicionalmente, la alta carga laboral fue considerada como una barrera para el tratamiento no farmacológico, aspecto similar a lo reportado por Zamoscick et al.<sup>8</sup>, quienes encontraron que las numerosas responsabilidades en las UCI y la priorización del tratamiento médico impiden generalmente que las enfermeras se concentren en las necesidades psicológicas de los pacientes. Asimismo, se identificó que el desconocimiento o no aplicación de las escalas que diagnostican el *delirium* impide su detección e intervención oportuna, aspecto que ha sido confirmado por Truman et al.<sup>43</sup> y Mart et al.<sup>44</sup>, quienes recomiendan que estos instrumentos deben aplicarse varias veces o por lo menos más de 2 veces por día.

Finalmente, las entrevistas mostraron que se consideraba que la familia obstaculizaba la labor de enfermería. Este aspecto coincide con lo hallado por Mitchell et al.<sup>14</sup>, quienes luego de una intervención con la familia para prevenir el *delirium* en las UCI entrevistaron a las enfermeras para valorar su aceptabilidad. Así, identificaron que las enfermeras, en ocasiones, sentían miedo de las familias o se sentían incómodas, abrumadas o estresadas.

## Conclusiones

En este estudio, comprender la vivencia del cuidado de enfermería implicó desarrollar estrategias de comunicación con el paciente, la familia y el equipo de trabajo, con miras a favorecer un cuidado humanizado capaz de adaptar el ambiente de las UCI a las preferencias del paciente y sus necesidades de bienestar y comodidad. Esto permite realizar intervenciones de prevención y tratamiento del *delirium*, especialmente aquellas que favorecen el sueño, la adaptación y la participación activa del paciente en su recuperación.

Así mismo, la familia es un actor clave en el cuidado del paciente, ya que es quien mejor lo conoce y, por lo tanto, tiene la capacidad de identificar e informar oportunamente cambios conductuales y cognitivos. Además, los miembros de la familia pueden ayudar a proporcionar mayor confianza, seguridad, bienestar, compañía y orientación, medidas que son efectivas en la prevención y en el tratamiento del *delirium*. Lo anterior permite establecer que la familia ineludiblemente es un aliado del cuidado de enfermería, en particular cuando tiene educación sobre el *delirium* y las condiciones del paciente.

Finalmente, llama la atención que ninguno de los participantes ni mencionó intervenciones enfocadas en el bienestar espiritual de los pacientes críticos ni hubo consideración del síndrome de poscuidados intensivos. Por ello, debe educarse al equipo de enfermería sobre la variedad de intervenciones no farmacológicas en las que se incluya la resolución de necesidades espirituales en los pacientes, las cuales pueden llegar a tener un impacto positivo para prevenir el *delirium* y el síndrome ya mencionado, el cual ocasiona secuelas a corto y largo plazo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

## Financiación

No se contó con financiación de ninguna entidad.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a los participantes en este estudio, personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de Colombia, quienes con su participación permitieron el desarrollo de esta investigación.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.<sup>a</sup> edition. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington; 2013. p. 991.
2. Burry LD, Williamson DR, Mehta S, Perreault MM, Mantas I, Mallick R, et al. Delirium and exposure to psychoactive medications in critically ill adults: A multi-centre observational study. *J Crit Care*. 2017;42:268–74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.08.003>.
3. Tilouche N, Hassen MF, Ali HBS, Jaoued O, Gharbi R, El Atrous S. Delirium in the Intensive Care Unit: Incidence, risk factors, and impact on outcome. *Indian J Crit Care Med*. 2018;22:144–9, <http://dx.doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM.244.17>.
4. Jayaswal AK, Sampath H, Soohinda G, Dutta S. Delirium in medical intensive care units: Incidence, subtypes, risk factors, and outcome. *Indian J Psychiatry*. 2019;61:352–8, <http://dx.doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry.583.18>.
5. Panitchote A, Tangvoraphonkchai K, Suebsoh N, Eanmma W, Chanthonglarng B, Tiangkao S, et al. Under-recognition of delirium in older adults by nurses in the intensive care unit setting. *Aging Clin Exp Res*. 2015;27:735–40, <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-015-0323-6>.
6. Wilson JE, Carlson R, Duggan MC, Pandharipande P, Girard TD, Wang L, et al. Delirium and catatonia in critically ill patients: The delirium and catatonia prospective cohort investigation. *Crit Care Med*. 2017;45:1837–44, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000002642>.
7. Mesa P, Previgliano IJ, Altez S, Favretto S, Orellano M, Lecor C, et al. Delirium in a Latin American intensive care unit. A prospective cohort study of mechanically ventilated patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29:337–45, <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170058>.
8. Zamoscick K, Godbold R, Freeman P. Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;40:94–100, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.003>.
9. Svenningsen H, Tønnesen EK, Videbech P, Frydenberg M, Christensen D. Intensive care delirium -effect on memories and health-related quality of life – a follow-up study. *J Clin Nurs*. 2013;23:634–44, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12250>.
10. Zhang W, Hu W, Shen M, Ye X, Huang Y, Sun Y. Profiles of delirium and the clinical outcomes of patients who underwent coronary artery bypass grafting: a prospective study from. *J Clin Nurs*. 2016;25:631–41 [consultado 13 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26814370>.
11. Lee A, Mu L, Chiu H, Gin T, Underwood MJ, Cth F, et al. Effect of motor subtypes of delirium in the intensive care unit on fast-track failure after cardiac surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2018;155, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcvs.2017.08.139>, 268.e1-275.e1.
12. Ingalls MNK, Mc U, Armstrong CB, Mc U, Hester CM, Nc U, et al. The Fog of War: Delirium Prevalence in

- a Combat Intensive Care Unit. *Mil Med.* 2016;181:209–12, <http://dx.doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00064>.
13. Torres-Contreras CC, Páez-Esteban AN, Hinestrosa-Díaz del Castillo A, Rincón-Romero MK, Amaris-Vega A, Martínez-Patiño JP. Factores asociados con el delirium en pacientes críticos de una institución de salud de Bucaramanga, Colombia. *Enferm Intensiva.* 2018;30:1–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2018.03.002>.
  14. Mitchell ML, Keane S, Rattray JE, Hullg AM, David C, Murfield JE, et al. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017;40:77–84, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.001>.
  15. Tian J, Chen X, Liu D. Prediction of length of hospital stay and mortality in patients with delirium: A prospective cohort analysis of 200 ICU patients. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2018;32:681–5 [consultado 10 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29921399>.
  16. Karabulut N, Aktas YY. Nursing Management of Delirium in the Postanesthesia Care Unit and Intensive Care Unit. *J PeriAnesthesia Nurs.* 2016;31:397–405, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2014.10.006>.
  17. Heras La Calle G. Humanizando los cuidados intensivos, Presente y Futuro centrado en las personas. Primera Ed. Patient experience and co-creation in health, 325. Madrid: Distribuna; 2017 [consultado 10 Sep 2018]. Disponible en: <https://healthcocreation.wordpress.com/2014/12/09/humanizando-los-cuidados-intensivos>.
  18. Henao Castaño ÁM, Amaya Rey MCDP. Delirium in awake patients with mechanical ventilation in intensive care unit. *Rev Latinoam Bioética.* 2015;15:120–9 [consultado 5 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v15n1/v15n1a11.pdf>.
  19. Thomas E, Smith JE, Forrester AD, Heider G, Jadotte YT, Holly C. The effectiveness of non-pharmacological multi-component interventions for the prevention of delirium in non-intensive care unit older adult hospitalized patients: A systematic review protocol. *JBI Database Syst Rev Implement Reports.* 2013;11:361–74 [consultado 8 Abr 2018]. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01938924-201311070-00011>.
  20. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan nacional de gestión de la calidad en salud 2016-2021 [Internet]. Lineamientos para el mejoramiento de la calidad de la gestión en el sistema de salud 2016 p. 28, [consultado el 8 Abr 2018]. Disponible en: [https://www.google.com.co/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjv0\\_rg6\\_jXAhXBQSYKHeneCJoQFgglMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FDE%2F02-lineamientos-calidad.pdf&usq=AO](https://www.google.com.co/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjv0_rg6_jXAhXBQSYKHeneCJoQFgglMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FDE%2F02-lineamientos-calidad.pdf&usq=AO).
  21. Amaya H. La Humanización en los lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. 2014.
  22. Heras La Calle G, Martin MC, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2017;29:9–13, <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>.
  23. Velasco Bueno JM, Heras La Calle G, Ortega Guerrero Á, Gómez Tello V. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid. 2017 [consultado 15 Oct 2018]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas>.
  24. Moon K, Lee S. International Journal of Nursing Studies The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:1423–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.021>.
  25. Von Rueden KT, Wallizer B, Thurman P, McQuillan K, Andrews T, Merenda J, et al. Delirium in Trauma Patients: Prevalence and Predictors. *Crit Care Nurse.* 2017;37:40–9, <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2017373 40>.
  26. Donovan AL, Matthew Aldrich J, Kendall Gross A, Barchas DM, Thornton KC, Schell-Chaple HM, et al. Interprofessional care and teamwork in the ICU. *Crit Care Med.* 2018;46:980–90.
  27. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multi-ciencias.* 2012;12:199–205 [consultado 21 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90424216010>.
  28. Contreras-De-la-fuente HS, Castillo-Arcos LDC. Fenomenología: Una visión investigativa para enfermería. *Cult los Cuid.* 2016;20:15–24, <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.02>.
  29. Feijoo AMLC, Mattar CM. A fenomenologia como método de investigação nas filosofias da existência e na psicologia. *Psicol Teor e Pesqui.* 2014;30:441–7 [consultado 10 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n4/v30n4a09.pdf>.
  30. Creswell J, Poth CN. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches.* Fourth Edi London: SAGE Publication; 2018.
  31. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Represent.* 2019;7:201–29, <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>.
  32. Van Manen M. *Phenomenology of Practice. Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing.* Walnut Creek, California: Left Coast Press. INC. 2014:412.
  33. Bejarano D, Llanos A, Rubio R, Bonilla J. Protocolo de transcripción ortográfica CLICC. 2018:1–35 [consultado 14 Mar 2019]. Disponible en: [http://clicc.caroycuervo.gov.co/recursos/InformacionUsuario/Protocolo de transcripción ortográfica CLICC.pdf](http://clicc.caroycuervo.gov.co/recursos/InformacionUsuario/Protocolo%20de%20transcripci%C3%B3n%20ortogr%C3%A1fica%20CLICC.pdf).
  34. Kempfer SS, Prado LM, Sebold LF, Balbinot J, Girondi R. Heidegger's hermenêutics as a data source in a phenomenologic study Atas CIAIQ2015. *Investig Qual em Saúde.* 2015;1:108–12 [consultado 14 Mar 2019]. Disponible en: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/25/24>.
  35. Mantzavinos C. O círculo hermenêutico: que problema é este? *Tempo Soc.* 2014;26:57–69, <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-20702014000200004>.
  36. Muñoz Leiva F, Montoro Ríos F. La medición de la fiabilidad interjuez en la codificación de preguntas abiertas: una propuesta metodológica. *Cities Compet* 587-598, [consultado 22 Feb 2019]. Disponible en: [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/80458/La.medicion.de.la.fiabilidad.interjuez.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/80458/La_medicion_de_la_fiabilidad_interjuez.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
  37. Torres-Gordillo JJ, Perera Rodríguez VH. Cálculo de la fiabilidad y concordancia entre codificadores de un sistema de categorías par el estudio del foro online en e-learning. *Rev Investig Edu.* 2009;27:89–103 [consultado 22 Feb 2019]. Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/view/94291>.
  38. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry. Improving Human Performance Quarterly.* Beverly Hills: SAGE Publication; 1985. p. 416.
  39. Martínez F, Donoso AM, Marquez C, Labarca E. Implementing a multicomponent intervention to prevent delirium among critically ill patients. *Crit Care Nurse.* 2017;37:36–47, <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2017531>.
  40. Barnes-Daly MA, Phillips G, Ely EW. Improving hospital survival and reducing brain dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD guidelines via the ABCDEF bundle in 6,064 patients. *Crit Care Med.* 2017;45:171–8, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000002149>.
  41. Marra A, Wesley E, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin.* 2017;33:225–43 [consultado 12 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5351776/>.
  42. Sweeney J. Impacting delirium in the trauma ICU utilizing the ICU liberation collaborative bench-mark report. *J Trauma Nurs.* 2018;25:348–55, <http://dx.doi.org/10.1097/JTN.0000000000000408>.

43. Truman B, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med.* 2019;47:3–14 [consultado 17 Ago 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6298815/>.
44. Mart MF, Brummel NE, Wesley E, The ABCDEF. Bundle for the Respiratory Therapist. *Respir Care.* 2019;64:1561–73, <http://dx.doi.org/10.4187/respcare.07235>.
45. Marra A, Pandharipande PP, Patel MB. Intensive Care Unit Delirium and Intensive Care Unit-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Surg Clin North Am.* 2017;97:1215–35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2017.07.008>.
46. Prescott HC, Costa DK. Improving Long-Term Outcomes After Sepsis. *Crit Care Clin.* 2018;34:175–88, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2017.08.013>.
47. Leblanc A, Bourbonnais FF, Harrison D, Tousignant K. Intensive and Critical Care Nursing The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;44:92–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.002>.
48. Smithburger P, Korenoski A, Kane-gill SL, Alexander S. Perceptions of Family Members Nurses, and Physicians on Involving Delirium Prevention. *Crit Care Nurse.* 2017;37:48, <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2017901>.
49. Morandi A, Piva S, Ely EW, Myatra SN, Salluh JIF, Amare D, et al. Worldwide ABCDEF (Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium monitoring/management Early exercise/mobility, and Family Empowerment) Survey. *Crit Care Med.* 2017;45:1111–22 [consultado1 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5640479/>.
50. Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, Boehm L, Pun BT, Olsen KM, et al. Critical Care Nurses' Role in Implementing the «ABCDE Bundle» Into Practice. *Crit Care Nurse.* 2012;32:35–47 [consultado 8 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3375171/>.
51. Gómez Tovar LO, Henao Castaño AM. Analysis of Delirium From the Dynamic Symptoms Model: A Literature Review. *Crit Care Nurs Q.* 2020;43:312–36.
52. Zamoscik K, Godbold R, Freeman P. Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive Crit care Nurs.* 2017;40:94–100, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.003>.
53. Reznik ME, Slooter AJC. Delirium Management in the ICU. *Curr Treat Options Neurol.* 2019;21, <http://dx.doi.org/10.1007/s11940-019-0599-5>.
54. Munro CL, Cairns P, Ji M, Calero K, Anderson WM, Liang Z. Delirium prevention in critically ill adults through an automated reorientation intervention e A pilot randomized controlled trial. *Hear Lung J Acute Crit Care.* 2017;46:234–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.05.002>.
55. Rivosecchi RM, Kane-Gill SL, Svec S, Campbell S, Smithburger PL. The implementation of a nonpharmacologic protocol to prevent intensive care delirium. *J Crit Care.* 2016;31:206–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrrc.2015.09.031>.
56. Voyer P, Champoux N, Desrosiers J, Landreville P, Mccusker J, Monette J, et al. Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: A validation study. *BioMed Cent.* 2015;14:1–13, <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-015-0070-1>.
57. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018;46:825–73 [consultado 12 Feb 2019]. Disponible en: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00003246-201809000-00029>.
58. Bruce R, Forry C. Integrating a Mobility Champion in the Intensive Care Unit. *Dimens Crit Care Nurs.* 2018;37:201–9, <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000306>.
59. Weber ML, Byrd C, Cape K, McCarthy C, Exline M. Implementation of the ABCDEF Bundle in an Academic Medical Center. *J Clin Outcomes Manag.* 2017;24, <http://dx.doi.org/10.1097/01.ccm.0000509809.72872.8a>.
60. Wesley Ely E. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Crit Care Med.* 2017;45:321–30 [consultado 19 May 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5830123/>.
61. Freeman S, Hallett C, Mchugh G. Physical restraint: Experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nurs Crit Care.* 2015;21:78–87 [consultado el 10 Ene 2018]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12197>.
62. Pan Y, Jiang Z, Wang L, Yuan C, Wng L, Zhang J, et al. Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case-control study. *J Clin Nurs.* 2018;27:1950–7.