FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CRÍTICOS EN ENFERMERÍA

EL DELIRIO Y SU TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autor: D. Sergi Palop Salinas

Tutor: Dr. D. Daniel López Malo

Valencia, (2025/2026)

España

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN 1
1.1. Contexto y relevancia del delirio en la Unidad de Cuidados Intensivos 1
1.2. Definición y características clínicas del delirio 2
1.3. Tipos de delirio 3
1.4. Prevalencia en UCI 3
1.4.1. Consecuencias clínicas, funcionales y económicas 4
1.5. Factores predisponentes y precipitantes en la UCI 4
1.5.1. Factores relacionados con el paciente 6
1.5.2. Factores iatrogénicos 6
1.6. Detección y evaluación del delirio 6
1.6.1. Principales herramientas de cribado 10
1.7. Rol del equipo multidisciplinar en la identificación precoz 13
1.8. Abordajes terapéuticos no farmacológicos 14
1.8.1. Fundamentación del enfoque no farmacológico 15
1.9. Protocolos y recomendaciones internacionales 15
1.10. Justificación del estudio 16
1.11. Necesidad de implementar o evaluar intervenciones no farmacológicas 17
2. OBJETIVOS 18
2.1. Objetivo general. 18
2.2. Objetivos específicos. 18
3. MATERIAL Y MÉTODOS 19
3.1 Diseño metodológico 19
3.2 Fuentes de información y estrategia de búsqueda 20
3.3 Criterios de elegibilidad 22
3.4 Diagrama de Gantt 23
4. RESULTADOS 25
4.1 Selección de artículos 25
4.2 Características generales de los estudios incluidos: 28
4.3. Resultados principales de los estudios 33
4.4. Calidad metodológica de los estudios 36
4.4.1 Escala SIGN 36
4.4.2 Escala CASPe 40
4.4.3 Escala GRADE 42

5. DISCUSIÓN 45
5.1 Limitaciones del estudio 53
6. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN 55
7. CONCLUSIÓN 57
8. BIBLIOGRAFIA 59
9. ANEXOS 69
Anexo 1: Declaración PRISMA 69
Anexo 2: Fórmulas de búsqueda completas 74
Anexo 3: Tablas individuales de los artículos seleccionados 76

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factores de riesgo del delirio. 5
Tabla 2 : Fármacos asociados al delirio 5
Tabla 3: Escala RASS. 7
Tabla 4 : Escala GLASGOW. 7
Tabla 5: Paquete ABCDEF 8
Tabla 6 : Escala APACHE II 9
Tabla 7 : Cuestionario del Sueño de Richards-Campbell (RCSQ) 10
Tabla 8 : Escala CAM-ICU. 11
Tabla 9: Escala Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) 12
Tabla 10: Escala NU-DESC. 13
Tabla 11 : Fórmula de búsqueda Scopus 21
Tabla 12 : Fórmula de búsqueda Medline Complete 21
Tabla 13 : Fórmula de búsqueda Web of Science 22
Tabla 14: Estudios excluidos tras lectura completa 26
Tabla 15 : Características generales de los estudios incluidos 29
Tabla 16 : Resultados principales de los estudios 34
Tabla 17 : Escala SIGN 37
Tabla 18 : Escala CASPe 40
Tabla 19: Escala GRADE 43
Tabla 20 : Fórmula de búsqueda completa Scopus 74
Tabla 21 : Fórmula de búsqueda completa Web of Science 75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de Gantt. 24
Figura 2: Diagrama PRISMA 25
Figura 3: Distribución de publicación por países. 31
Figura 4: Distribución por año de publicación. 32
Figura 5: Distribución por tipo de diseño de estudio. 32

Índice de abreviaturas

(HU-CI): Proyecto humanización en las UCI

APACHE II: *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II*

CAM: *Confusion Assessment Method*

CAM-ICU: *The Confusion Assessment Method for the ICU*

CASPe: *Critical Appraisal Skills Programme Español*

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edicion

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

EE. UU: Estados Unidos

GCS: *Glasgow Coma Scale*

GRADE: *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

ICDSC: *The Intensive Care Delirium Screening Checklist*

ICU: *Intensive Care Unit*

MeSH: *Medical Subject Headings*

NU-DESC: *Nursing Delirium Screening Scale*

ODS: Objetivos de desarrollo sostenible

PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

RASS: *Richmond Agitation Sedation Scale*

RCSQ: *Richards-Campbell Sleep Questionnaire*

SIGN: *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*

TFM: Trabajo Fin de Máster

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UE: Universidad Europea

VM: Ventilación Mecánica

RESUMEN

Introducción: El delirio es una complicación frecuente en pacientes críticos, asociada a mayor morbimortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria y peor recuperación funcional. Las intervenciones no farmacológicas han cobrado importancia como estrategias preventivas y terapéuticas por su seguridad, bajo coste y aplicabilidad en la UCI.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA con el objetivo de analizar la efectividad de las intervenciones no farmacológicas sobre el delirio en pacientes críticos, así como identificar métodos de evaluación, factores de riesgo y el papel de enfermería. La búsqueda se efectuó en Scopus, Web of Science y Medline. La calidad metodológica se evaluó mediante SIGN, CASPe y GRADE.

Resultados: Se incluyeron 20 estudios que mostraron resultados favorables, especialmente con intervenciones multicomponente. Las herramientas más utilizadas fueron CAM-ICU e ICDSC. Los principales factores de riesgo identificados fueron edad avanzada, ventilación mecánica, sedación, inmovilidad, gravedad clínica y alteraciones del sueño. La enfermería desempeñó un papel clave en la detección precoz y la prevención del delirio.

Discusión y conclusiones: Las intervenciones no farmacológicas son eficaces para el manejo del delirio en UCI, aunque la evidencia presenta heterogeneidad metodológica. Se recomienda la implementación de protocolos estructurados y multidisciplinares. La detección precoz mediante herramientas validadas y la identificación de factores de riesgo son esenciales. El papel de enfermería resulta fundamental en la aplicación de estas estrategias y en la mejora de los resultados clínicos.

Palabras clave: delirio, unidad de cuidados intensivos, intervenciones no farmacológicas, enfermería, revisión sistemática.

ABSTRACT

Introduction: Delirium is a frequent complication in critically ill patients and is associated with increased morbidity and mortality, prolonged hospital stay, and poorer functional recovery. Non-pharmacological interventions have gained importance as preventive and therapeutic strategies due to their safety, low cost, and applicability in the ICU.

Methods: A systematic review was conducted following PRISMA guidelines to analyze the effectiveness of non-pharmacological interventions on delirium in critically ill patients, as well as to identify assessment methods, risk factors, and the role of nursing. The search was performed in Scopus, Web of Science, and Medline. Methodological quality was assessed using SIGN, CASPe, and GRADE.

Results: Twenty studies were included, showing favorable outcomes, particularly with multicomponent interventions. The most commonly used assessment tools were CAM-ICU and ICDSC. The main risk factors identified were advanced age, mechanical ventilation, sedation, immobility, clinical severity, and sleep disturbances. Nurses played a key role in early detection and prevention of delirium.

Discussion and conclusions: Non-pharmacological interventions are effective for delirium management in the ICU, although the strength of evidence is limited by methodological heterogeneity. The implementation of structured and multidisciplinary protocols is recommended. Early detection using validated tools and the identification of risk factors are essential. Nursing plays a fundamental role in applying these strategies and improving clinical outcomes.

Keywords: delirium, intensive care unit, non-pharmacological interventions, nursing, systematic review.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contexto y relevancia del delirio en la Unidad de Cuidados Intensivos

El delirio, también descrito como estado confusional agudo, encefalopatía de origen tóxico-metabólico o insuficiencia cerebral aguda, constituye una manifestación frecuente en el ámbito hospitalario, especialmente en pacientes críticos. Su incidencia varía ampliamente, oscilando entre el 20% y el 70% de los pacientes hospitalizados, y alcanzando cifras aún más elevadas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde puede presentarse en hasta el 80% de los pacientes sometidos a VM. En este contexto, el delirio se considera la expresión clínica más habitual de la disfunción cerebral aguda (1).

A pesar de su elevada prevalencia, el reconocimiento del delirio como una forma relevante de fracaso orgánico en el paciente crítico es relativamente reciente. En los últimos años se ha puesto de manifiesto no solo su frecuencia, sino también su impacto pronóstico, ya que se asocia de manera significativa con peores resultados clínicos y un incremento de la mortalidad a medio plazo (2) .

Tradicionalmente, su estudio sistemático en la UCI ha sido limitado debido, en gran parte, a la ausencia de herramientas diagnósticas específicas adaptadas a este entorno. El diagnóstico se basaba en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (3), que requería una evaluación clínica detallada mediante entrevistas al paciente y a sus familiares por profesionales entrenados. Sin embargo, esto resulta difícil de aplicar en pacientes críticos, quienes con frecuencia están acompañados de sedación, ventilación mecánica y múltiples alteraciones orgánicas que dificultan una valoración convencional (4) .

Como consecuencia, durante años se han identificado principalmente las formas más evidentes de delirio, caracterizadas por agitación psicomotriz, alucinaciones, ideas delirantes o conductas agresivas. Este hecho ha contribuido a la infraestimación de formas menos llamativas, como el delirio hipoactivo, retrasando su diagnóstico y manejo adecuado. En la actualidad, se reconoce la importancia de detectar precozmente cualquier alteración aguda del estado mental en pacientes críticos, dado

que puede ser indicativa de una disfunción cerebral subyacente que requiere evaluación y tratamiento específico, incluyendo estrategias no farmacológicas (5).

1.2. Definición y características clínicas del delirio

El delirio es la manifestación más común de la encefalopatía aguda en pacientes críticos y consiste en un síndrome neuroconductual rápido y reversible causado por la interrupción transitoria de la actividad neuronal normal secundaria a la alteración sistémica, caracterizada por alteraciones en la atención, la conciencia, las funciones cognitivas y el curso fluctuante, que no puede explicarse por trastornos neuropsiquiátricos preexistentes(6).

Utilizando los criterios *DSM-5*, el delirio se caracteriza por:

- Una perturbación en la atención (reducción de la capacidad de dirigir, enfocar, mantener y cambiar la atención) y la conciencia (reducción de la orientación al medio ambiente).
- Una alteración que se desarrolla durante un corto período (generalmente de horas a unos pocos días) representa un cambio desde la atención y la conciencia de referencia y fluctúa en gravedad durante el día.
- Una alteración adicional en la cognición (déficit de memoria, desorientación, lenguaje, capacidad visuoespacial o percepción).
- Las alteraciones en los criterios A y C no se explican mejor por otro trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en evolución y no ocurren en un nivel severamente reducido de excitación, como el coma.
- Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra condición médica, intoxicación o abstinencia de sustancias (debido a una droga de abuso o a un medicamento), o la exposición a una toxina, o se debe a múltiples etiologías(7).

1.3. Tipos de delirio

El delirio se puede manifestar de diferentes formas, y, por ello, se ha clasificado en 3 subtipos: la persona con delirio hiperactivo cuenta con un aumento de la agitación y actividad simpática. Pueden presentar alucinaciones, delirios y ocasionalmente comportamientos combativos o no cooperativos, tanto con el entorno como consigo mismo, al punto de tener caídas, auto-extubaciones, retiro de vías, sondas y catéteres, etc. (8).

En el delirio hipoactivo, son somnolientos, letárgicos o lentos (en ausencia de hipnóticos sedantes, medicamentos para el dolor o medicamentos psicotrópicos sedantes); nunca despiertan por completo, vuelven a dormir repetidamente y el personal debe proporcionar indicaciones frecuentes. Por lo general, son lentos, retraídos y apáticos y tienen un habla escasa (que es suave, ralentizada y rara vez espontánea). En la evaluación neurológica, se observan temblores, cambios en el reflejo o el tono muscular, y reflejos primitivos. Desafortunadamente, el fenotipo hipoactivo del delirio se confunde con demasiada frecuencia con la depresión, lo que lleva a algunos médicos a pasar por alto afecciones médicas y neurológicas graves (9).

También puede producirse un delirio de tipo mixto, el cual tiene manifestaciones de tipo hipo e hiperactividad de manera secuencial. Estudios demuestran que el delirio hiperactivo se presenta entre un 1 a 23%, el hipoactivo entre un 19 y 68% y el mixto entre un 14 y 55%. Por último, aunque menos estudiado, el delirio subsindrómico es un estado clínico en el que el paciente presenta algunos síntomas de alteración mental o confusión, pero no llega a cumplir todos los criterios médicos necesarios para diagnosticar un delirio completo (10).

1.4. Prevalencia en UCI

En la unidad de cuidados intensivos (UCI) se presenta en el 40% al 60% de los pacientes no ventilados y en el 50% al 80% de los pacientes ventilados mecánicamente, cifras muy superiores a las observadas en otros grupos de pacientes, como aquellos en unidades de hospitalización médicas o pacientes quirúrgicos (11).

1.4.1. Consecuencias clínicas, funcionales y económicas

Presentar delirio durante la estancia en UCI provoca consecuencias negativas para el paciente y su recuperación. En primer lugar, hay que destacar que se ve afectada la función cognitiva del paciente, en muchas ocasiones hasta después de su estancia en UCI. Por otro lado, está demostrado que alarga la estancia hospitalaria comparado con los pacientes que no lo padecen. La presencia de delirio también aumenta la probabilidad de que el paciente retire de manera involuntaria dispositivos médicos, eleva la incidencia de reingresos en la UCI, y está asociada a un incremento significativo en la mortalidad (12).

La ventilación mecánica (VM) es un recurso terapéutico de soporte vital que consiste en asistir mecánicamente total o parcialmente la función de ventilación pulmonar espontánea del sistema respiratorio. Es necesaria en aquellas personas cuya función respiratoria es ineficaz o inexistente para el mantenimiento de la vida. La VM es el tratamiento principal en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y una de las técnicas más utilizadas en la UCI. Se ha demostrado que el delirio también alarga la necesidad de VM (13).

Las consecuencias negativas no son solo para el paciente ingresado en UCI, sino que también está asociado a un aumento del coste hospitalario. Además, se asocia a un mayor nivel de estrés de los familiares y un incremento en la carga asistencial, especialmente para las enfermeras, que son las profesionales encargadas de la atención continuada de estos pacientes (14).

1.5. Factores predisponentes y precipitantes en la UCI

Como se observa en la tabla 1, los factores de riesgo para desarrollar delirio se clasifican en factores predisponentes o no modificables y factores precipitantes o modificables.

En la tabla 2, aunque no es el tema central de la revisión, se exponen los principales fármacos relacionados con la aparición del delirio, para aportar contexto sobre uno de los factores modificables asociados y complementar la comprensión global de los factores de riesgo del delirio en UCI.

Tabla 1: *Factores de riesgo del delirio.*

Factores no modificables	Factores modificables
Edad avanzada (>75 años)	Fármacos*
Sexo masculino	Incremento de urea en suero o aumento del índice de nitrógeno ureico en sangre o creatinina
Deterioro cognitivo, demencia o antecedentes de delirio	Anomalías de albúmina sérica, sodio, glucosa o potasio.
Compromiso visual o auditivo	Infección
Depresión o ansiedad	Traumatismo al ingreso
Deterioro funcional, trastorno de la marcha, inmovilidad o caídas	Cirugía o ingreso urgente
Comorbilidad o gravedad de la enfermedad	Coma
Ictus	Acidosis metabólica
Enfermedad neurológica, hepática, renal crónica o terminal	Malnutrición, deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas
Cirugía reciente	Inmovilidad, uso de contención física, dolor, uso de sondas y vías.
Fractura de cadera	Estrés psicosocial o privación de sueño

Fuente: elaboración propia con fuente (15)

Tabla 2 : *Fármacos asociados al delirio*

Principales grupos farmacológicos asociados a estados confusionales
Analgésicos: Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), opioides (especialmente meperidina)
Antibióticos y antivirales: Aciclovir, aminoglucósidos, ampicilina, cefalosporinas, fluoroquinolonas, isoniazida, interferón, linezolid, macrólidos, ácido nalidíxico, penicilinas, rifampicina, sulfonamidas
Antiepilépticos: Carbamazepina, fenitoína, valproato, vigabatrina
Antidepresivos: Mirtazapina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tricíclicos
Fármacos cardiovasculares: Antiarrítmicos, betabloqueadores, clonidina, digoxina
Corticoesteroides: Corticoides sistémicos
Anticolinérgicos: Atropina, benztropina, difenhidramina, escopolamina, trihexifenidilo
Agonistas dopaminérgicos: Metildopa, amantadina, bromocriptina, levodopa, pergolida, pramipexol
Hipoglucemiantes y diuréticos
Hipnóticos y sedantes: Barbitúricos, benzodiacepinas, relajantes musculares, ciclobenzaprina

Fuente: Elaboración propia con fuente (15)

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

1.5.1. Factores relacionados con el paciente

Los factores de riesgo para el delirio relacionados con el paciente son variados, e incluyen el potencial genético, edad avanzada, la demencia, el deterioro cognitivo, la fragilidad, los antecedentes de delirio u otros trastornos del sistema nervioso central, las comorbilidades acumulativas, alcoholismo, tabaquismo, la depresión, la desnutrición y la discapacidad funcional, visual o auditiva. También se identifican otros factores predisponentes menos discutidos, incluyendo enfermedad cardiovascular, bajo nivel educativo, mala condición física, anemia, polifarmacia, diabetes, ansiedad y dolor (16).

1.5.2. Factores iatrogénicos

Entre los factores iatrogénicos se incluyen, los factores ambientales (sujeción mecánica, ruido, luz y alteración del ritmo del sueño) y la medicación (benzodiacepinas, opioides, anticolinérgicos, corticoides, antiepilépticos, transfusión de hematíes). Además, también cirugías, retención urinaria o fecal, falta de luz natural y admisión restringida de familiares (17).

1.6. Detección y evaluación del delirio

La evaluación del delirio en la UCI se lleva a cabo principalmente por el equipo de enfermería, por lo que una evaluación eficaz y sencilla basada en los síntomas es más aplicable para la detección. Para ello se crearon ciertas escalas con las que poder diagnosticar el delirio y aplicar un tratamiento precoz adecuado.

Antes de hablar sobre estas escalas, primero debemos definir otras, que se utilizan frecuentemente en los estudios junto a las escalas de detección del delirio y son importantes para comprender los resultados.

La escala de Sedación-Agitación de Richmond (RASS) fue desarrollada en el año 2012 por un grupo multidisciplinario en la Universidad de Richmond en Virginia, Estados Unidos, consiste en una escala de 10 puntos que puede evaluar rápidamente en 3 pasos a un paciente y ubicarlo en un nivel de sedación o agitación (18). La escala RASS completa se encuentra en la tabla 3.

Tabla 3: *Escala RASS.*

Puntuación	Nivel	Descripción clínica
+4	Combativo	Paciente violento, peligro inmediato para el personal sanitario
+3	Muy agitado	Intenta retirar tubos o catéteres; comportamiento agresivo.
+2	Agitado	Movimientos frecuentes sin propósito, lucha contra el ventilador.
+1	Inquieto	Ansioso o inquieto, pero sin movimientos agresivos o vigorosos.
0	Alerta y calmado	Paciente despierto, tranquilo y con contacto visual espontáneo.
-1	Somnoliento	No completamente alerta, pero despierta con contacto verbal sostenido (>10 segundos).
-2	Sedación ligera	Despierta brevemente con estímulo verbal (<10 segundos).
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular al estímulo verbal, sin contacto visual.
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, pero sí al estímulo físico.
-5	No despertable	No responde ni a estímulo verbal ni físico.

Fuente: Elaboración propia

En segundo lugar, otra escala necesaria para comprender los métodos de evaluación del delirio es la escala Glasgow. Introducida por primera vez en 1974 en la Universidad de Glasgow por los profesores de neurocirugía Graham Teasdale y Bryan Jennett, la Glasgow Coma Scale (GCS) ofrece un método objetivo para describir el alcance de la alteración de la conciencia en pacientes con afecciones médicas agudas o trauma. La escala, como puede verse en la tabla 4, evalúa 3 aspectos de la capacidad de respuesta: respuestas visuales, verbales y motoras. El resultado de cada componente por separado permite al equipo obtener una imagen clara y detallada del estado neurológico del paciente (19).

Tabla 4 : *Escala GLASGOW.*

Componente	Respuesta	Puntuación
Apertura ocular	Espontánea (4) · A la voz (3) · Al dolor (2) · Ninguna (1)	1-4
Respuesta verbal	Orientado (5) · Confuso (4) · Palabras inapropiadas (3) · Sonidos incomprensibles (2) · Ninguna (1)	1-5
Respuesta motora	Obedece órdenes (6) · Localiza dolor (5) · Retirada al dolor (4) · Flexión anormal (3) · Extensión (2) · Ninguna (1)	1-6
Puntuación total	Suma de las tres respuestas	3-15
Interpretación: Leve: 13–15 Moderado: 9–12 Grave: ≤8		

Fuente: Elaboración propia

El paquete ABCDEF, es una guía multicomponente, basada en la evidencia para coordinar la atención interdisciplinaria de la unidad de cuidados intensivos y que tiene como objetivo mejorar la recuperación de enfermedades críticas.

Los componentes del paquete de ABCDEF se han asociado con beneficios positivos a corto plazo para los pacientes de la UCI, como la duración del coma y la estancia hospitalaria (20).

Además, su aplicación resultó en una menor incidencia de delirio, menor tiempo conectado a ventilación mecánica, aumento de la movilidad temprana y disminución de la mortalidad tanto de la UCI como de la hospitalización en relación con los pacientes que reciben cuidados habituales (21).

El significado de las siglas ABCDEF se refleja en la tabla 5.

Tabla 5: *Paquete ABCDEF*

A: *Assess, prevent and manage pain* (evaluar, prevenir y controlar el dolor)
B: *Both spontaneus awaken trial and spontaneous breathing trial* (realizar pruebas de despertar espontáneo y pruebas de respiración espontánea)
C: *Choice of analgesia and sedation* (elección de analgesia y sedación)
D: *Asses, prevent and manage* delirium (evaluar, prevenir y manejar el delirio
E: *Early Mobility and exercise* (movilización precoz y ejercicio físico)
F: *Family engagement and empowerment* (empoderamiento familiar)

Fuente: Elaboración propia

Otra herramienta importante que entender previamente es la escala APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II), la cual es un sistema de clasificación de gravedad que se utiliza en las unidades de cuidados intensivos para estimar el riesgo de mortalidad de un paciente (22).

En el sistema de clasificación pronóstica APACHE II, como se puede ver en la tabla 6, los enfermos se clasifican mediante el control de una serie de 12 parámetros fisiológicos obtenido evaluando los peores valores registrados del enfermo durante las primeras 24 horas tras su ingreso en la UCI. Por definición, no se recalcula durante la estancia. Solamente si el paciente es dado de alta y reingresa, se volverá a calcular. A estos valores fisiológicos, en general de registro muy común en todas las UCIs, se añaden parámetros de la salud previa del paciente, y datos demográficos, como la edad. Con todo ello, y dependiendo de la desviación de cada uno de los datos respecto de la normalidad, se analizan mediante una ecuación, que permite evaluar, siempre desde el punto de vista estadístico, la probabilidad de muerte del paciente en el episodio actual (23).

Tabla 6 : *Escala APACHE II*

Categoría	Variable
Variables fisiológicas	Temperatura corporal, presión arterial media y frecuencia cardiaca.
	Frecuencia respiratoria y oxigenación.
	pH arterial
	Sodio sérico, potasio sérico y creatinina
	Hematocrito y leucocitos
	Escala de Glasgow
Datos del paciente	Edad
Antecedentes	Enfermedad crónica grave
Interpretación aproximada	
0-4	~4%
5-9	~8%
10-14	~15%
15-19	~25%
20-24	~40%
25-29	~55%
≥30	>75%

Fuente: elaboración propia con fuente (22)

Otro tema de interés que aparece en la mayoría de los estudios como estrategia no farmacológica en el tratamiento del delirio es el sueño. El Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) es una escala analógica visual simple de cinco ítems, validada para medir la calidad del sueño en pacientes críticos. Debido a la dificultad para acceder a la evaluación instrumental del sueño en dicho entorno clínico, se propuso la RCSQ como una alternativa consistente para su evaluación (24). El cuestionario completo se encuentra en la tabla 7.

Tabla 7 : Cuestionario del Sueño de Richards-Campbell (RCSQ)

Medida	Pregunta
P1: Profundidad del sueño	Mi sueño anoche fue: sueño ligero (0) … sueño profundo (100)
P2: Latencia del sueño	Anoche, la primera vez que intenté dormir, yo: nunca pude quedarme dormido/a (0) … me dormí casi inmediatamente (100)
P3: Despertares	Anoche estuve: despierto/a toda la noche (0) … despierto/a muy poco tiempo (100)
P4: Volver a dormir	Anoche, cuando me desperté o fui despertado/a, yo: no pude volver a dormir (0) … volví a dormir inmediatamente (100)
P5: Calidad del sueño	Describiría mi sueño de anoche como: una mala noche de sueño (0) … una buena noche de sueño (100)

Fuente: Elaboración propia con fuente (25)

Una vez explicado esto, exponemos las principales herramientas de evaluación, detección y cribado del delirio en UCI.

1.6.1. Principales herramientas de cribado

A continuación, se presentan las escalas completas y estructuradas descritas anteriormente, además de la interpretación de los resultados obtenidos en cada una de ellas.

La escala CAM-ICU, expuesta en la tabla 8, es una prueba corta para el diagnóstico del delirio. Se desarrolló a partir de la herramienta *Confusion Assessment Method* (CAM), más extensa, que se utiliza a menudo en adultos mayores. La CAM-ICU se caracteriza por su rápida administración y no requiere comunicación verbal por parte del paciente, lo que permite su uso en pacientes sometidos a VM invasiva e intubación orotraqueal. La escala sigue un protocolo específico y con la formación correspondiente puede ser administrada por cualquier miembro del equipo de la UCI. La CAM-UCI es excelente, con valores agrupados de sensibilidad y especificidad de 80% y 95,9%, respectivamente. Todo ello la convierte en una herramienta magnifica para el diagnóstico del delirio (26).

Tabla 8 : *Escala CAM-ICU.*

1. Comienzo agudo o curso fluctuante	Cambio agudo del estado mental respecto a la situación basal o fluctuación en las últimas 24 horas (p. ej., cambios en la puntuación RASS o Glasgow).
2. Disminución de la atención	Dificultad para dirigir, mantener o desviar la atención.
3. Alteración cognitiva (pensamiento desorganizado)	Pensamiento desorganizado o incoherente; dificultad para responder preguntas u obedecer órdenes durante la entrevista.
4. Alteración del nivel de conciencia	Estado de alerta alterado: hiperalerta (RASS >0) o somnoliento/estuporoso (RASS −1 a −3).
Interpretación: El diagnóstico de delirio mediante CAM-ICU se establece cuando están presentes los criterios 1 y 2, más el criterio 3 o el 4.	

Fuente: Elaboración propia con información de (27)

CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale

Además de la CAM-UCI, existen varios cuestionarios para evaluar el delirio. Uno de los más conocidos es el *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), que se basa en una escala de estratificación para pacientes con delirio, formada por ocho elementos que se presentan en una puntuación total que varía de 0 a 8. La clasificación de las puntuaciones se puede observar en la tabla 9. Su administración es compleja en pacientes ventilados, requiere entrenamiento para interpretar los resultados y un tiempo específico para su evaluación (últimas 24 horas), lo que puede conducir a un incremento de falsos positivos. Sin embargo, la ICDSC tiene la ventaja potencial de permitir el diagnóstico de delirio subsindrómico (28).

Tabla 9: *Escala Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)*

Ítem	Criterio de evaluación	Puntuación
1	Alteración del nivel de conciencia (RASS ≠ 0)	0-1
2	Déficit de atención	0-1
3	Desorientación	0-1
4	Alucinaciones o delirios	0-1
5	Agitación o enlentecimiento psicomotor	0-1
6	Lenguaje o pensamiento inapropiado	0-1
7	Alteración del ciclo sueño vigilia	0-1
8	Fluctuación de los síntomas en 24 horas	0-1
Interpretación de los resultados		
Puntuación total	**Interpretación clínica**	
0	Sin delirio	
1-3	Riesgo o delirio subclínico	
≥4	Delirio	

Fuente: Elaboración propia con información de (29).

RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale

La Nu-DESC es otra escala para la detección rápida del delirio, se puede administrar en menos de 2 minutos y se integra fácilmente en la rutina diaria de trabajo de las enfermeras, esto evita la necesidad de tener que realizar un examen extenso de cada paciente.

Examina cinco ítems: desorientación, conductas inapropiadas, comunicación inapropiada, ilusión o alucinaciones y retraso psicomotor. Cada elemento tiene una puntuación entre 0 y 2 (rango de puntuación total: 0-10) (30).

La escala Nu-DESC completa se encuentra reflejada en la tabla 10.

Tabla 10: *Escala NU-DESC.*

		VALORACIÓN SÍNTOMA		
SÍNTOMA	**DESCRIPCIÓN**	**0**	**1**	**2**
Desorientación	Manifestación verbal o conductual de desorientación en tiempo, lugar o persona.			
Conducta inapropiada	Conducta inadecuada respecto al entorno o la persona (p. ej., manipulación de catéteres o intento de levantarse de la cama cuando está contraindicado).			
Comunicación inapropiada	Discurso incoherente, ausencia de comunicación o habla sin sentido o difícil de comprender.			
Ilusiones o alucinaciones	Percepción de estímulos inexistentes o distorsión de percepciones sensoriales.			
Disminución psicomotora	Respuestas lentas, reducción de actividad espontánea o dificultad para despertar ante estímulos.			

Fuente: Elaboración propia con información de (31)

1.7. Rol del equipo multidisciplinar en la identificación precoz

En este contexto, la enfermería tiene un rol activo importante, ya que como hemos expuesto anteriormente, la etiología del delirio parte de factores no solo predisponentes sino también precipitantes, los cuales en su mayoría son modificables y están relacionados con los cuidados proporcionados en la UCI, con su ambiente y con el tratamiento farmacológico. Así, disminuir los factores precipitantes del delirio en la UCI contribuye efectivamente a ofrecer una atención de calidad enfocada en la humanización, factor promovido en el proyecto humanización en las UCI (HU-CI) (32), desde el cual se presentan estrategias que favorecen el bienestar, y se promueven medidas no farmacológicas para la prevención del delirio en la UCI.

Por lo anterior, la implicación de las enfermeras es fundamental en la prevención y el tratamiento del delirio, 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, participando activamente en la implantación de medidas preventivas, en la identificación del diagnóstico enfermero y en la administración de intervenciones no farmacológicas (33).

En el abordaje no farmacológico del delirio, el personal de enfermería debe tener capacidad para coordinar y liderar los procesos asistenciales, así como ofrecer respuestas eficaces que favorezcan una atención integral del paciente durante la ejecución y evaluación de los cuidados. Este desempeño implica el desarrollo de competencias en sus distintas dimensiones profesionales, lo que puede relacionarse con el modelo teórico de adquisición de habilidades propuesto por Patricia Benner (34), en el que se describe la evolución del profesional desde niveles iniciales hasta lograr el grado de experto. En este nivel, el personal de enfermería demuestra mayor autonomía, responsabilidad y capacidad para afrontar situaciones complejas con rapidez y precisión en la toma de decisiones (35).

1.8. Abordajes terapéuticos no farmacológicos

Entre las medidas no farmacológicas nos encontramos con:

- Evitar la sedación farmacológica y favorecer el sueño (oscuridad, silencios nocturnos, música relajante, ajuste del horario de la medicación).
- Movilización precoz y ejercicios pasivos y activos.
- Estimular la orientación y la relación con el medio: reloj visible, luz natural, visitas y mantener el mayor grado de comunicación con el paciente.
- Evitar las limitaciones auditivas (audífonos) y visuales (gafas) y adaptación ambiental.
- La terapia ocupacional se ha demostrado efectiva para disminuir la incidencia y la duración del delirio en pacientes críticos (36) .

Existen otras medidas, como por ejemplo la estimulación cognitiva, la retirada precoz de catéteres, estimulación visual y auditiva, manejo adecuado del dolor, minimización del ruido y luz artificial, que han logrado reducir la aparición del delirio.

Consiste en la aplicación de estrategias no farmacológicas que implementen un programa de intervención multicomponente basado en las recomendaciones que incluyen protocolos similares a las del paquete ABCDEF (37).

1.8.1. Fundamentación del enfoque no farmacológico

Las estrategias de prevención del delirio no farmacológicas son capaces de reducir la incidencia y la duración del delirio al enfocarse en factores de riesgo conocidos, como la inmovilización, el aislamiento social, la privación del sueño y la privación sensorial (38).

La prevención no farmacológica se recomienda con mayor frecuencia que los agentes farmacológicos para tratar el delirio, destacando la importancia de intervenciones eficaces que beneficien el proceso de recuperación. La evidencia disponible ha demostrado que la aplicación de estas estrategias puede reducir la duración de la VM, lo que a su vez se asocia con una mayor disminución del riesgo de delirio en comparación con las intervenciones habituales de sedación.

Además, estas estrategias pueden ser beneficiosas en la prevención del delirio, y su seguridad y viabilidad han sido ampliamente demostradas. En el contexto actual, donde se prioriza una atención humanizada y centrada en la familia, las intervenciones no farmacológicas tienen un papel esencial en la modificación del curso del delirio y del síndrome post-UCI (39) .

1.9. Protocolos y recomendaciones internacionales

Gran parte de los factores de riesgo del delirio son potencialmente modificables, por lo que han dado lugar al desarrollo de diversas estrategias de prevención y manejo. Entre ellas destaca el paquete ABCDEF, un conjunto de intervenciones fundamentadas en la evidencia que promueve una atención multidisciplinaria orientada a la detección temprana, prevención y tratamiento oportuno del delirio. El paquete ABCDEF es considerado el *gold standard* en el cuidado intensivo moderno para la gestión integral del paciente crítico. Su aplicación contribuye a mejorar el proceso de recuperación del paciente crítico y favorece la prestación de cuidados de enfermería más humanizados, motivo por el cual su implementación es ampliamente recomendada en las guías de práctica clínica (40).

La aplicación del paquete se asoció a menor mortalidad, menos días de VM, menos días en coma, menor incidencia de delirio, menor uso de sujeciones y menos reingresos y altas a centros de ayuda en vez de al domicilio. A mayor aplicación de las medidas, mejores resultados (41).

Dada la elevada incidencia de delirio en pacientes críticos, es recomendable la aplicación temprana de protocolos preventivos, como el paquete ABCDEF. Este enfoque interprofesional resulta especialmente práctico ante la complejidad del entorno de la UCI, ya que facilita la organización de los cuidados mediante intervenciones estructuradas, útiles y fácilmente evaluables (42).

1.10. Justificación del estudio

El delirio es una de las complicaciones neuropsiquiátricas más frecuentes en las unidades de cuidados intensivos (UCI), especialmente en pacientes críticos, de edad avanzada o sometidos a ventilación mecánica. Su presencia está asociada a un incremento de la morbimortalidad, mayor estancia hospitalaria, mayor deterioro cognitivo a largo plazo y un aumento significativo de los costes sanitarios. A pesar de que su frecuencia y sus efectos negativos son altos, el delirio sigue siendo infradiagnosticado y, en numerosas ocasiones, se maneja de manera inadecuada en la práctica clínica diaria.

Históricamente, la atención del delirio en UCI se ha centrado en tratamientos farmacológicos, principalmente el uso de sedantes y antipsicóticos. No obstante, investigaciones recientes cuestionan la eficacia y seguridad de estas intervenciones, indicando que ofrecen beneficios limitados y efectos adversos significativos. En este contexto, han cobrado protagonismo las estrategias no farmacológicas, tanto en la prevención, como en el tratamiento del delirio, al enfocarse en aspectos modificables relacionados con el entorno, la orientación cognitiva, el sueño, la movilización temprana y la involucración familiar.

Las intervenciones no farmacológicas, en general, son seguras, económicas y pueden ser aplicadas por un equipo multidisciplinar en la UCI, especialmente por enfermería, quienes desempeñan un papel crucial en la identificación, prevención y manejo del delirio, debido a su continua interacción con el paciente. Sin embargo, su aplicación en las UCI no siempre es debidamente estructurada, en parte debido a la escasez de formación y protocolos específicos, o una comprensión adecuada sobre su impacto real en la evolución del paciente.

Por estas razones, es necesario profundizar en el estudio del delirio en UCI y evaluar el papel de los tratamientos no farmacológicos como herramientas clave para mejorar la calidad asistencial y los resultados clínicos. Este trabajo final de máster, alineándose con el Objetivo de desarrollo Sostenible (ODS) 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y su meta 3.4 “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” (43), pretende ofrecer una revisión y análisis crítico de la evidencia existente, además de promover una mayor sensibilización sobre la importancia de estas intervenciones para contribuir al establecimiento de prácticas clínicas más seguras, humanizadas y basadas en la evidencia científica, además de fortalecer el papel de la enfermería como pilar fundamental en la atención a pacientes críticos.

1.11. Necesidad de implementar o evaluar intervenciones no farmacológicas

Aunque las intervenciones no farmacológicas para la prevención del delirio se utilizan desde hace años, no existe gran cantidad de evidencia sobre sus efectos en pacientes críticos. Se han realizado algunos estudios al personal que trabaja en UCI y, a pesar de que conocen la presencia de esta enfermedad en su medio, admiten no darle la suficiente importancia ni aplicar las medidas necesarias. Según múltiples estudios, la aplicación de un programa de prevención del delirio en fase precoz puede reducir el riesgo de mortalidad hospitalaria (44). Por ello, es importante que todo el equipo conozca las diferentes medidas que existen para prevenir el delirio, las herramientas disponibles para su detección, ya que habitualmente es infradiagnosticada, y las consecuencias que tiene la instauración de este, tanto para el paciente como para las instituciones, ya que se ha demostrado que aumenta los costes, y en una población cada vez más envejecida es fundamental saber distribuir bien los recursos con los que se cuenta (45).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general.

- Analizar la efectividad de las intervenciones no farmacológicas en la prevención y reducción del delirio en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, mediante el análisis de las puntuaciones de las escalas de valoración del delirio utilizadas en los estudios y la significación estadística de sus resultados.

2.2. Objetivos específicos.

- Identificar los métodos de diagnóstico y evaluación del delirio en UCI, y cuál es el más utilizado.
- Identificar y describir las principales intervenciones no farmacológicas utilizadas en la prevención y el manejo del delirio.
- Analizar el papel del personal de enfermería en la implementación de estrategias no farmacológicas para el manejo del delirio en el entorno de cuidados intensivos.
- Establecer los factores de riesgo asociados con la aparición del delirio en pacientes ingresados en UCI.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño metodológico

El presente trabajo se trata de una revisión sistemática de la literatura científica enfocada en el tratamiento no farmacológico del delirio en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Se utilizó la guía PRISMA (46) (Anexo 1) como herramienta con el fin de garantizar la transparencia y la correcta sistematización del procedimiento de revisión. Este proceso permitió no únicamente la recopilación de la evidencia disponible, sino también detectar posibles lagunas en el conocimiento que puedan guiar futuras líneas de investigación.

En la fase inicial, se llevó a cabo la elección del tema de estudio tras valorar diferentes propuestas, teniendo en cuenta su relevancia científica, actualidad y el interés que suscitaba para la investigación.

Una vez definido el objeto de estudio, se establecieron los objetivos, los cuales guiaron todo el proceso metodológico. Posteriormente, se identificaron y seleccionaron las palabras clave y descriptores más pertinentes, para poder diseñar una estrategia de búsqueda eficaz.

La metodología utilizada consistió en una revisión sistemática de la evidencia disponible, siguiendo un enfoque bien estructurado. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, aplicando filtros y criterios de selección que permitieran obtener estudios de interés centrados en los objetivos de la revisión.

Con el objetivo de orientar la presente revisión, se formuló una pregunta de investigación estructurada según el modelo PICO. Este enfoque permitió delimitar de forma precisa la población, la intervención, la comparación y los resultados de interés.

La pregunta PICO fue la siguiente:

- P (Población): pacientes ingresados en UCI.

- I (Intervención): Intervenciones no farmacológicas para la prevención y/o manejo del delirio.

- C (Comparador): -

- O (Resultado): mejora en la incidencia y gravedad del delirio.

Partiendo de esta definición se propone la próxima cuestión:

¿Son eficaces las intervenciones no farmacológicas para prevenir y reducir la incidencia y gravedad del delirio en pacientes críticos ingresados en unidades de cuidados intensivos?

Hipótesis de investigación (H1):
La aplicación de intervenciones no farmacológicas en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos contribuye a prevenir o reducir la aparición y gravedad del delirio.

Hipótesis nula (H0):
Las intervenciones no farmacológicas no producen cambios significativos en la prevención o reducción del delirio en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos.

3.2 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para la obtención de la evidencia científica se utilizó el acceso institucional proporcionado por mi tutor a la lista de bases de datos de la biblioteca UE Valencia.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre enero y febrero de 2026 en las bases de datos Web of Science, Scopus y Medline Complete, seleccionadas por su relevancia en el ámbito de las ciencias de la salud.

La estrategia de búsqueda se diseñó mediante la combinación de términos controlados y palabras clave procedentes del tesauro MeSH (47), complementados con sinónimos relacionados. Se emplearon operadores booleanos (AND, OR, NOT) con el objetivo de mejorar la precisión de los resultados.

Se aplicaron filtros de búsqueda en todas las bases de datos, incluyendo:

- Idioma: inglés y español
- Periodo de publicación: últimos 5 años
- Tipo de documento: artículos originales
- Disponibilidad de texto completo

Asimismo, se excluyeron estudios centrados en población pediátrica, revisiones, así como aquellos enfocados exclusivamente en intervenciones farmacológicas.

La gestión de las referencias bibliográficas se realizó mediante el gestor Mendeley, mientras que la eliminación de duplicados se llevó a cabo utilizando Zotero.

La estrategia de búsqueda utilizada para Scopus fue la siguiente (tabla 11):

Tabla 11 : *Fórmula de búsqueda Scopus*

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Filtros aplicados
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("ICU delirium") AND TITLE-ABS-KEY ("critical care" OR "intensive care unit" OR "ICU" OR "critically ill patient") AND TITLE-ABS-KEY ("nonpharmacological treatment" OR "nonpharmacological interventions" OR "nondrug treatment" OR "multicomponent intervention" OR "sleep promotion" OR "early mobilization" OR "reorientation techniques"))	Publicados entre 2021 y 2026; acceso abierto; artículo original; idioma inglés o español; exclusión de estudios relacionados con fármacos, sedación, analgésicos, antipsicóticos, metaanálisis y población pediátrica.

Fuente: elaboración propia

La fórmula de búsqueda completa, debido a su extensión, se encuentra en el Anexo 2.

En la base de datos Medline Complete la estrategia de búsqueda empleada fue (tabla 12):

Tabla 12 : *Fórmula de búsqueda Medline Complete*

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Filtros aplicados
MEDLINE COMPLETE	delirium AND intensive care unit AND nonpharmacological interventions NOT (systematic reviews OR meta-analysis OR meta-analysis) NOT (pediatrics OR children)	Idiomas: *English, Spanish*; texto completo; últimos 5 años; limitación temporal 2021–2026.

Fuente: elaboración propia

Por último, en la base de datos Web of Science se utilizó la siguiente formula de búsqueda (tabla 13):

Tabla 13 : *Fórmula de búsqueda Web of Science*

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Filtros aplicados
Web of Science	delirium (Title) AND intensive care unit (Title) AND non-pharmacological intervention (Title) OR CAM-ICU (Topic) NOT systematic review (Topic) NOT pediatric (Topic)	Idiomas: Spanish, English; acceso Open Access; años de publicación 2021–2026; tipo de documento: Article; Citation Topics Micro: Intensive Care, Delirium; categorías: Medicine General Internal, Critical Care Medicine, Nursing; registros con referencias citadas enriquecidas; exclusión de áreas de investigación pediatría, ciencias sociales, oncología, informática, estudios familiares, farmacología/farmacia, hematología, negocios/economía, ciencias sociales biomédicas, dermatología, sistema cardiovascular/cardiología, informática médica y anestesiología.

Fuente: elaboración propia

La fórmula de búsqueda completa se encuentra en el Anexo 2.

3.3 Criterios de elegibilidad

Con el fin de garantizar la pertinencia de los estudios seleccionados se establecieron los siguientes **criterios de inclusión:**

- Se consideraron exclusivamente estudios que abordaran las variables de interés, en mi caso, delirio, tratamiento no farmacológico y UCI.
- Se seleccionaron investigaciones que analizaran como población a los pacientes ingresados en UCI, no a los familiares ni a los profesionales.
- Se consideraron solamente estudios pertenecientes al campo de la medicina y enfermería.
- Se seleccionaron únicamente estudios con acceso a texto completo y publicados en español o inglés, entre los años 2021 y 2026.

Por otro lado, se consideraron los siguientes **criterios de exclusión:**

- Se descartaron revisiones, metaanálisis, artículos teóricos, estudios de caso, opiniones de expertos, cartas al editor, guías clínicas, notas o editoriales.
- Se descartaron estudios realizados en población infantil o pediátrica.

- Se eliminaron estudios que hablaran del delirio fuera de la unidad de cuidados intensivos.
- Se excluyeron estudios que no analizaban población humana.

Una vez seleccionados los artículos finales que cumplían con los criterios de elegibilidad, se procedió a evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos. Para ello, se empleó la herramienta Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (48) junto con una lectura crítica basada en la plantilla CASPe (49) para revisiones sistemáticas. Este proceso permitió garantizar la validez y relevancia de los resultados, asegurando la inclusión exclusiva de estudios que cumplían con los estándares de calidad establecidos.

Finalmente, para evaluar la calidad global de la evidencia se añadió la plantilla GRADE (50) reforzando aún más la evaluación de la calidad de los estudios seleccionados.

3.4 Diagrama de Gantt

El cronograma de la presente revisión sistemática, representado mediante un diagrama de Gantt, organiza en el tiempo la evolución del estudio en un periodo comprendido entre noviembre y junio. En una primera etapa, durante el mes de noviembre, se llevó a cabo la elección del tema y la primera tutoría, definiendo las bases del proyecto.

Posteriormente, entre noviembre y diciembre, se revisó la literatura existente, permitiendo analizar la evidencia disponible y enfocar el estudio. De forma paralela, en diciembre, se definieron los objetivos y la estructura del trabajo.

Durante el mes de enero, se elaboraron el marco teórico y la justificación del estudio, acompañados de una tutoría de seguimiento para resolver dudas y orientar el desarrollo del estudio. A continuación, entre enero y febrero, fue definida la metodología, estableciendo los procedimientos de obtención de la evidencia para realizar la revisión sistemática.

Entre abril y mayo se llevaron a cabo el análisis e interpretación de los resultados, además de las tutorías de orientación sobre este apartado. Finalmente, en mayo se desarrollaron la discusión y las conclusiones, culminando el proceso con la entrega del TFM en el mes de junio.

Este cronograma refleja una planificación estructurada que garantiza la adecuada organización del trabajo y el cumplimiento de los plazos establecidos.

Todo el proceso se puede observar en el siguiente cronograma (figura 1):

Figura 1: Diagrama de Gantt.



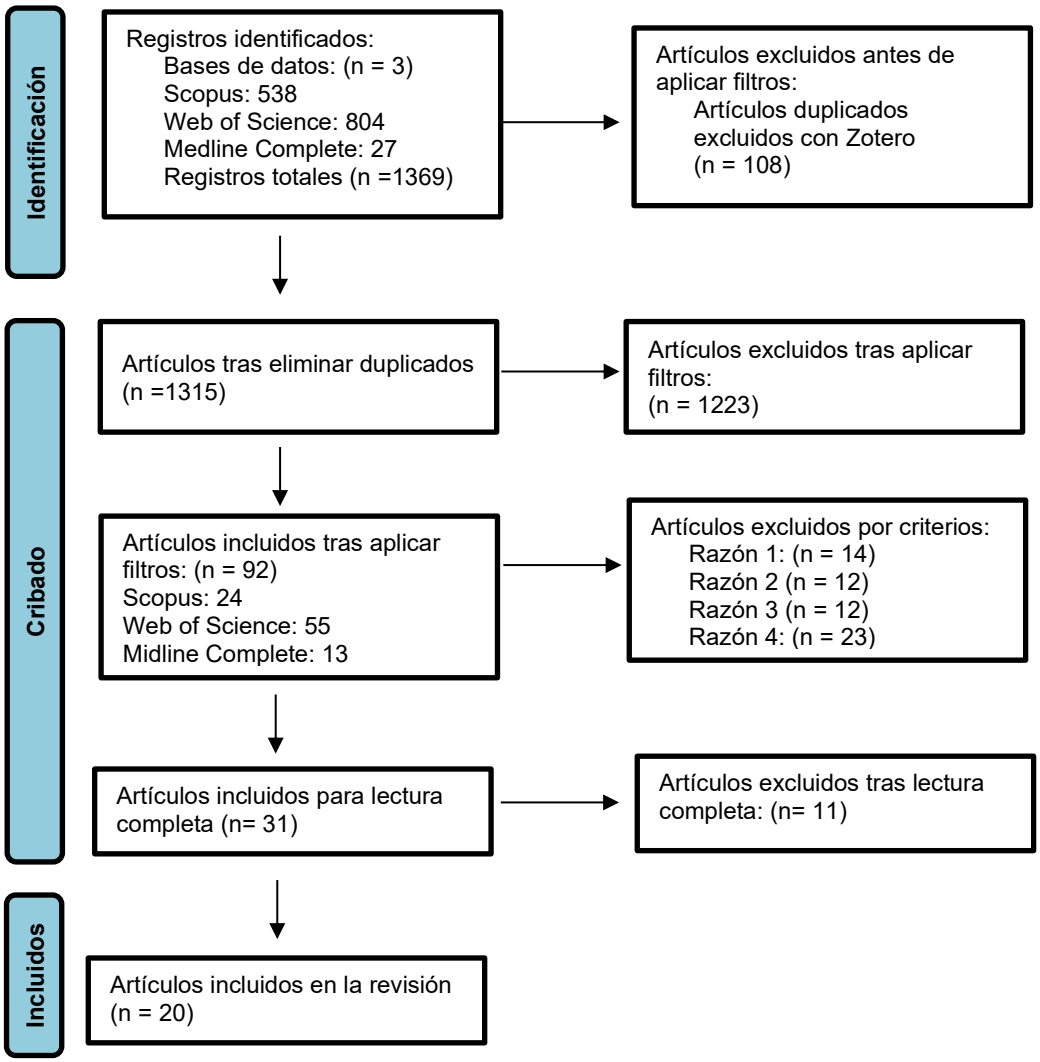
Fuente: elaboración propia

4. RESULTADOS

4.1 Selección de artículos

La búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos permitió identificar un total de 1369 artículos, distribuidos de la siguiente manera: 27 artículos en Medline, 538 en Scopus y 804 en Web of Science. A continuación, se llevó a cabo un proceso de selección dividido en tres fases, el flujo detallado del proceso se presenta en el diagrama PRISMA (Figura 2).

Figura 2: Diagrama PRISMA



Fuente: elaboración propia

Razones de artículos excluidos por criterios.
Razón 1: No enfoca a pacientes, sino a profesionales o familiares.
Razón 2: Usa tratamiento farmacológico.
Razón 3: Es una revisión sistemática, metaanálisis o protocolo.
Razón 4: Trata otro tema diferente al de interés**.**

A continuación, en la tabla 14 se exponen los artículos que fueron excluidos tras la realización de la lectura completa.

Tabla 14: Estudios excluidos tras lectura completa

Nombre del estudio	Ref.	Motivo de exclusión
Application of the occupational therapy program based on PEO model in elderly patients with mechanical ventilation in ICU: study protocol for a randomized controlled trial	(51)	Aunque tiene una metodología muy bien estructurada, es un protocolo de estudio en curso.
Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento no farmacológico de la agitación del paciente en la unidad de cuidados intensivos para adultos (ICU CALM)	(52)	Es una guía de práctica clínica que se formó mediante la realización de varias revisiones.
Factores de paciente, practica y organización asociados con el rendimiento de la movilidad temprana en adultos críticamente enfermos	(53)	Trata la movilidad temprana pero no la enfoca solamente hacia el delirio.
Efectos de la movilización temprana de alta intensidad sobre el estado funcional a largo plazo de los pacientes con ventilación mecánica en la UCI.	(54)	Analiza los resultados de la movilización temprana, pero sobre el estado funcional, no sobre el delirio.
Variables asociadas con los niveles de movilidad en pacientes críticos: un estudio de cohorte	(55)	Trata la movilización, pero no la enfoca exclusivamente al delirio.
Resultado de la mejora del paquete de atención en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda	(56)	Aplica el paquete multicomponente, pero los resultados no están centrados sobre el delirio.
Comparación entre la electroencefalografía de un solo canal (EEG) de Deltascan, método de evaluación de la confusión-Puntuación de la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM-UCI) y la Evaluación Clínica en el diagnóstico del delirio en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos	(57)	Utiliza CAM-UCI y habla sobre el delirio, pero su enfoque central es la EEG.

Prevalencia y factores de riesgo para el delirio de la UCI después de una lesión cerebral traumática: un estudio de cohorte retrospectivo	(58)	El estudio era de interés para la revisión, pero la muestra incluía menores de edad.
El impacto del delirio en los resultados clínicos y funcionales en pacientes hospitalizados con síndrome coronario agudo	(59)	El estudio trataba las intervenciones no farmacológicas del delirio, pero también incluía el uso de benzodiazepinas.
Association between EuroSCORE II and postoperative delirium in cardiac surgery patients: a prospective cross-sectional study	(60)	Evalúa el delirio en la UCI, pero se centra en una escala de predicción que no es de interés en la revisión.
Incidencia de Delirio en pacientes críticos con y sin COVID-19	(61)	El estudio se centra en el delirio, y usa la escala ICDSC, pero no aplica intervenciones no farmacológicas, se centra en la incidencia del delirio en pacientes con y sin covid-19.
Identifying neurocognitive outcomes and cerebral oxygenation in critically ill adults on acute kidney replacement therapy in the intensive care unit: the INCOGNITO-AKI study	(62)	Analiza el delirio y lo evalúa mediante CAM-ICU e ICDSC, pero los resultados están enfocados sobre la oxigenación cerebral, por lo que no es un tema de interés para la revisión.

Fuente: elaboración propia

PEO: Person-Environment-Occupation model

ICU: Intensive Care Unit

EEG: Electroencefalograma

CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist

4.2 Características generales de los estudios incluidos:

En la presente revisión se incluyeron un total de 20 estudios que analizaron la relación entre distintas intervenciones no farmacológicas y la prevención, incidencia o evolución del delirio en pacientes ingresados en UCI. En conjunto, los estudios seleccionados son heterogéneos metodológicamente, tanto en el diseño como en la muestra y en el tipo de intervención evaluada. Esta diversidad refleja la amplitud del abordaje científico del delirio en el entorno crítico, aunque también limita la comparación entre resultados.

Las muestras presentaron una amplia variabilidad, contando con estudios de muestras reducidas hasta otros multicéntricos de mayor alcance. La población de estudio estuvo compuesta principalmente por pacientes adultos ingresados en UCI, en muchos casos conectados a VM o con alta complejidad clínica.

En cuanto a las intervenciones analizadas, predominan los protocolos multicomponente y las medidas orientadas a la mejora del sueño, la reducción del ruido y de la luz ambiental, la reorientación cognitiva, la movilización precoz y otras estrategias de cuidado no farmacológico estructurado. Además, algunos estudios evaluaron herramientas de cribado o predicción del delirio, así como asociaciones entre factores de riesgo y la aparición de este.

Los datos relativos a la muestra, el ámbito asistencial, la procedencia geográfica y la intervención aplicada fueron obtenidos directamente de los artículos originales incluidos en la revisión, con el fin de asegurar la precisión y la fidelidad metodológica.

Todo ello se encuentra correctamente estructurado en la tabla 15.

Tabla 15 : *Características generales de los estudios incluidos*

Autor / Año	Ref.	País	Diseño	Muestra (n)	Población	Intervención
Kitisin et al., 2025	(63)	Tailandia	ECA	177	UCI	Protocolo de mejora del sueño multicomponente no farmacológico.
Munro et al. 2025	(64)	EE. UU.	ECA multicéntrico	178	UCI con VM	Reorientación auditiva mediante voz familiar grabada
Khan et al., 2025	(65)	EE. UU.	ECA multicéntrico	158	UCI con VM	Música terapéutica personalizada
Nydahl P. 2022	(66)	Alemania	ECA multicéntrico	46	UCI	Movilización nocturna como prevención y tratamiento del delirio
Lazdāne et al., 2025	(67)	Letonia	ECA	62	UCI	Intervención no farmacológica de reorientación estructurada diaria.
Wang X, 2022	(68)	China	ECA	243	UCI	Aplicación paquete multicomponente sobre la aparición del delirio.
Paul J. T. Rood 2023	(69)	Países Bajos	Cuasi-experimental Ensayo de serie temporal interrumpida de un solo centro	130	UCI neurológica	Intervención multicomponente de enfermería para la prevención del delirium.
van den Boogaard et al., 2024	(70)	Países Bajos	Observacional	86	UCI	Comparación y validación entre dos escalas de medición del delirio.
Sayılan et al., 2022	(71)	Turquía	Observacional. Estudio metodológico de adaptación y validación.	172	UCI	Prevención, evaluación y detección del delirio mediante escalas.

Hana Locihová, 2025	(72)	Republica Checa	Observacional prospectivo	126	UCI	No intervención. Evaluación de la relación sueño-delirio evaluada mediante escalas.
Barani N. Jackson A. 2025	(73)	Irán	Transversal	118	UCI	No intervención (estudio observacional de factores asociados) Relación entre la sed y la incidencia de delirio en pacientes adultos en la UCI.
Alzoubi et al., 2024	(74)	Jordania	Cohorte	111	UCI	No intervención (factores de riesgo de delirio)
Raquer, Alex P., 2024	(75)	EE. UU.	Cohorte retrospectiva	11.322	UCI	No intervención; estudio observacional de diagnóstico y asociaciones.
Yuyen et al., 2025	(76)	Tailandia	Cohorte pre-post	300	UCI	Implementación de protocolo multicomponente de prevención del delirium.
Lai H, Chang W 2025	(77)	Taiwan	Observacional	74	UCI	No aplica intervención; estudio observacional sobre la asociación entre calidad del sueño y delirio.
Tsukakoshi D, 2025	(78)	Japón	Cohorte observacional	391	UCI	Asociación terapia aire libre y reducción del delirio
Hwang & Kim, 2021	(79)	Corea del Sur	Cuasi-experimental Pre - Post	73	UCI	Programa de intervención multicomponentes para la prevención del delirio.
Tonna J, Dalton A 2021	(80)	EE. UU.	Pre - Post	646	UCI	Intervención multicomponente de mejora del sueño-vigilia.
Andrews et al., 2021	(81)	EE. UU.	Pre - Post	76	UCI	Intervención ambiental y protocolo multicomponente para mejorar el sueño.
Topcu N, 2022	(82)	Turquía	Pre - Post	78	UCI	Efecto de un protocolo de intervenciones no farmacológicas sobre la calidad del sueño

Fuente: elaboración propia

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

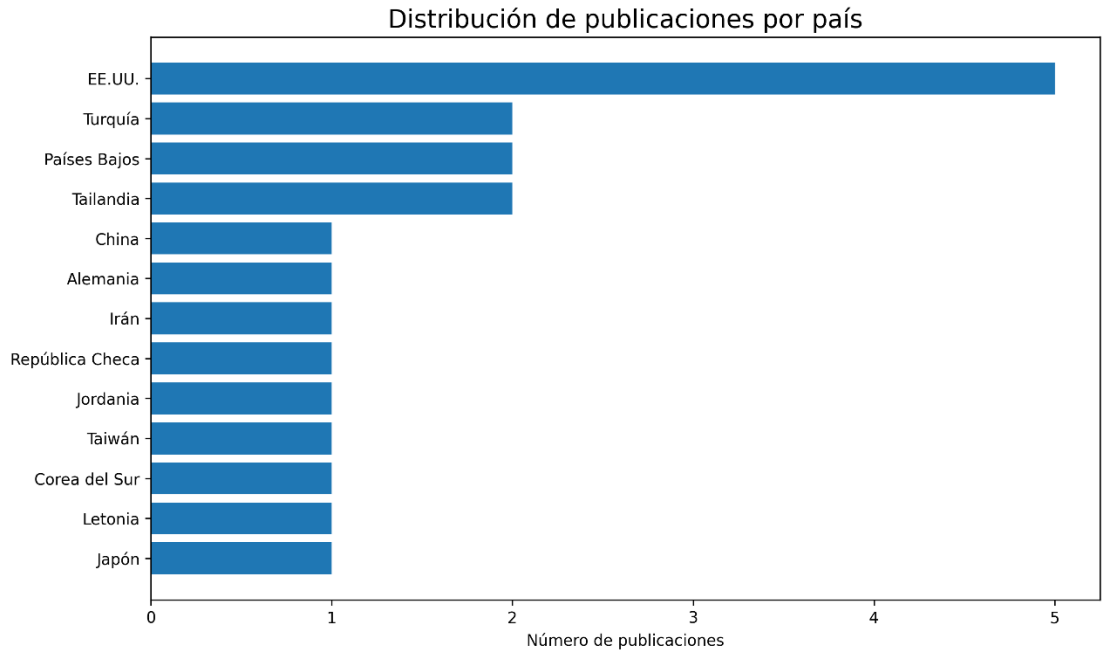
VM: Ventilación mecánica

EE. UU: Estados Unidos

Además, con el fin de sintetizar de manera visual aspectos relevantes como la distribución temporal y geográfica de las publicaciones y el tipo de estudio, se han elaborado diversas gráficas que contextualizan los resultados principales, proporcionando información sobre los estudios incluidos.

Como se observa en la figura 3, la mayoría de las publicaciones provienen de EE. UU., con un total de cinco artículos, seguido de Turquía, Países Bajos y Tailandia con dos publicaciones cada uno. El resto de los países presentan una contribución individual de un artículo, lo que refleja una distribución geográfica heterogénea.

Figura 3: Distribución de publicación por países.

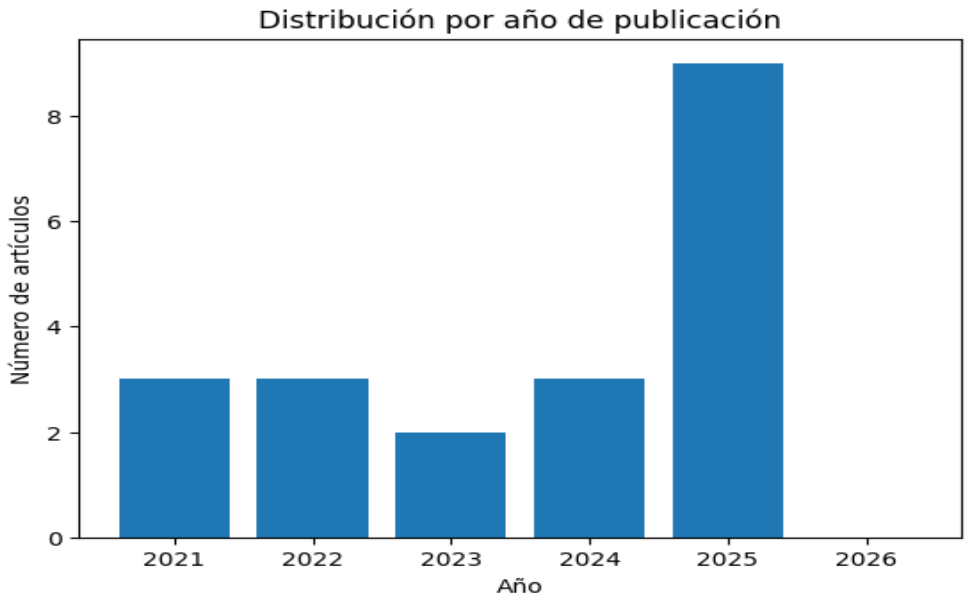


Fuente: elaboración propia

La figura 4 muestra un incremento en el número de publicaciones en los últimos años, lo que indica un interés creciente en el estudio del delirio en pacientes críticos.

Se incluyó el año 2026 en la representación gráfica con el fin de reflejar la actualidad de la revisión, aunque no se identificaron estudios con resultados publicados en dicho periodo, ya que la búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre enero y febrero del 2026.

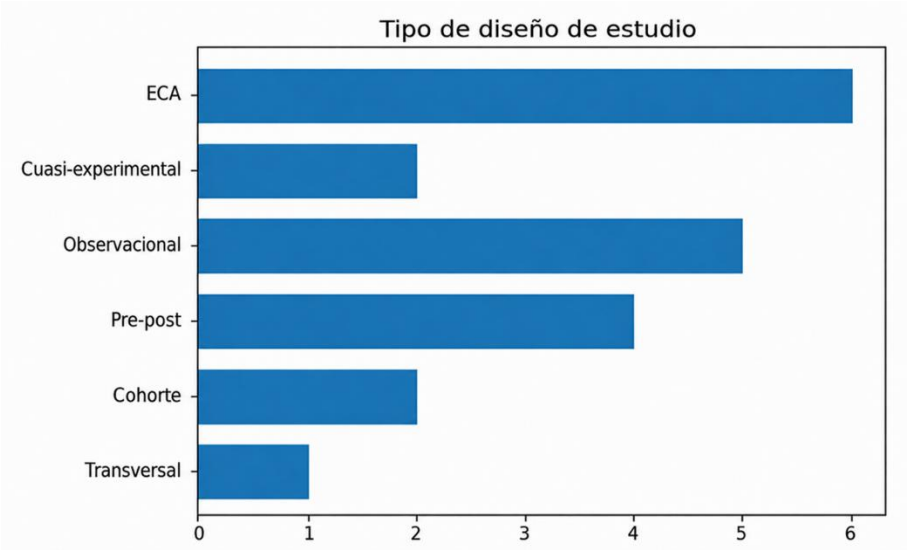
Figura 4: Distribución por año de publicación.



Fuente: elaboración propia

La figura 5 refleja que los ECA fueron el diseño de estudio más frecuente, con un total de seis publicaciones, seguidos de los estudios observacionales y pre-post. En menor proporción se identificaron estudios cuasi-experimentales, de cohorte y transversales, mostrando una diversidad metodológica en los estudios incluidos.

Figura 5: distribución por tipo de diseño de estudio.



Fuente: elaboración propia

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

4.3. Resultados principales de los estudios

Los resultados de los estudios incluidos muestran una tendencia general hacia el efecto beneficioso de las intervenciones no farmacológicas en la prevención y manejo del delirio en pacientes críticos.

Los ECA, como el estudio de Munro (64), evidenciaron un aumento significativo en los días libres de delirio, así como una relación dosis-respuesta entre la intensidad de la intervención y la mejoría clínica. Otros ensayos lograron reducir la incidencia del delirio significativamente en los grupos de intervención en comparación con los cuidados habituales.

En relación con las intervenciones centradas en el sueño, varios estudios, tanto experimentales como cuasi-experimentales, mostraron una mejora en la calidad y duración del sueño, medida objetiva y subjetivamente. Sin embargo, en algunos casos la reducción del delirio no alcanzó significación estadística, pudiendo estar relacionado con una muestra limitada o la variabilidad en la aplicación de las intervenciones.

Por otro lado, los estudios observacionales afirmaron que la presencia de delirio está asociada a peores resultados clínicos, incluyendo aumento de la mortalidad, mayor estancia hospitalaria y peor pronóstico global.

La mayoría de los estudios emplearon la escala CAM-ICU como herramienta de evaluación y detección del delirio, lo que aporta homogeneidad en la medición de resultados.

En la tabla 16 se ha detallado la intervención aplicada en cada estudio y la escala de evaluación utilizada, además de los resultados principales obtenidos, acompañados de su correspondiente significación estadística si procede.

La información ampliada respecto al efecto y la significación estadística de los resultados, incluso de los artículos no medidos mediante *p-value*, se encuentra presente en las tablas individuales de cada artículo en el Anexo 3.

Tabla 16 : *Resultados principales de los estudios*

Autor / Año	Ref.	Intervención	Resultados principales	Evaluación del delirio	p
Kitisin N. et al., 2025	(63)	Protocolo de mejora del sueño multicomponente no farmacológico.	Reducción del delirio en el grupo de intervención y mayor probabilidad posterior de beneficio.	CAM-ICU	-
Munro CL. et al., 2025	(64)	Voz familiar grabada	Aumentaron los días libres de delirio; relación dosis-respuesta	CAM-ICU	p < .001
Khan BA. et al., 2025	(65)	Música terapéutica a ritmo lento.	No hubo diferencias significativas sobre los días libres de delirio, ni en la severidad de este.	CAM-ICU	p = 0.66
Nydahl P. et al 2022	(66)	Movilización nocturna como prevención y tratamiento del delirio	Menor incidencia de delirio en el grupo intervención, pero sin significación estadística.	CAM-ICU	p = .133
Lazdāne A. et al., 2025	(67)	Intervención no farmacológica de reorientación	Duración del delirio y resolución en menor tiempo en grupo de intervención, pero no redujo de forma significativa la incidencia global	CAM-ICU	Duración delirio: p = 0.006 Incidencia: p = 0.82
Wang X. et al 2022	(68)	Aplicación paquete multicomponente sobre la aparición del delirio.	Menor incidencia de delirio en intervención y mejores resultados clínicos.	CAM-ICU	p = .028
Rood PJT. et al 2023	(69)	Intervención multicomponente de enfermería para la prevención del delirio.	No hubo diferencia significativa en días libres de delirium/coma.	CAM-ICU	p = 0.87
Van den Boogaard M. et al., 2024	(70)	Comparación y validación entre dos escalas de medición del delirio.	Ambas escalas son válidas en práctica clínica diaria y pueden usarse también para estimar la severidad del delirio.	CAM-ICU/ICDSC	p < 0.001
Sayılan S. et al., 2022	(71)	Prevención, evaluación y detección del delirio mediante escalas.	Las escalas de medición del delirio parecen herramientas útiles, sencillas y aplicables en UCI.	CAM-ICU	-
Locihová H. et al 2025	(72)	Evaluación de la relación sueño-delirio evaluada mediante escalas.	Relación significativa entre mala calidad del sueño y mayor incidencia de delirio.	CAM-ICU/ ICDSC	p < 0.001
Barani N. et al. 2025	(73)	Relación entre la sed y la incidencia de delirio en pacientes adultos en la UCI.	La sed y la deshidratación se asociaron de forma significativa con delirio, y la monitorización enfermera puede ayudar a su prevención.	CAM-ICU	p < 0.001.
Alzoubi E. et al., 2024	(74)	No intervención (factores de riesgo asociados al delirio)	El delirio se asocia a mayor estancia y mortalidad; los enfermeros pueden usar los predictores para estratificar el riesgo.	CAM-ICU	Predictor: p < 0.001 Mortalidad: p = 0.003.

Raquer AP. et al 2024	(75)	No intervención; estudio observacional de diagnóstico y asociaciones.	Delirio asociado a mayor uso de recursos, complicaciones y peor pronóstico al alta.	CAM-ICU	-
Yuyen T., Narksut A., 2025	(76)	Implementación de protocolo multicomponente de prevención del delirio.	No redujo la incidencia de delirio, pero redujo la estancia hospitalaria.	CAM-ICU	Incidencia: p = 0.723 Hospitalización: p= 0.034.
Lai H, Chang W 2025	(77)	Intervención en la calidad del sueño y su relación con el delirio.	El delirio medido mediante escalas fue predictor de mortalidad. La monitorización del sueño y la estabilidad circadiana es fundamental para detectar delirio y predecir mortalidad en UCI.	CAM-ICU	p< 0.05
Tsukakoshi D. et al 2025	(78)	Asociación terapia aire libre y reducción del delirio	Mejoría en la puntuación de la escala ICDSC en grupo de intervención. Mejora paciente el día de la primera sesión	ICDSC	Puntuación: p = 0.013 Paciente: p < 0.001
Hwang JH, Kim MY., 2021	(79)	Programa de intervención multicomponentes para la prevención del delirio.	Redujo la incidencia de delirio. Auto extubación y estancia en UCI resultados no significativos.	CAM-ICU	Incidencia delirio: p = .047 Auto extubación: p= .365 Estancia: p = .282
Tonna JE. et al 2021	(80)	Intervención multicomponente día/noche.	Reducción significativa de días con delirio.	CAM-ICU	p = 0.03.
Andrews JL et al., 2021	(81)	Intervención ambiental y protocolo multicomponente para la mejora del sueño	Mejora en la calidad y duración del sueño	CAM-ICU	p = 0.003 y p = 0.004.
Topcu N, Tosun Z., 2022	(82)	Efecto de un protocolo de intervenciones no farmacológicas sobre la calidad del sueño	El protocolo mejoro la calidad del sueño y redujo el ruido. El delirio disminuyo, pero no significativamente.	CAM-ICU	Ruido: p < 0.001 Sueño: p < 0.001 Delirio: p = 0.131

Fuente: elaboración propia

CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist

4.4. Calidad metodológica de los estudios

4.4.1 Escala SIGN

Con el fin de valorar la calidad metodológica y el nivel de evidencia de los estudios incluidos en la revisión, se aplicó la escala SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (48).

Los resultados de dicha evaluación se muestran en la Tabla 17, donde se detallan el diseño metodológico, el tamaño muestral, los principales hallazgos, así como el nivel y la calidad de la evidencia asignados a cada estudio.

Tabla 17 : *Escala SIGN*

Autor / Año	Referencia	Diseño	Muestra (n)	Resultados principales	Nivel SIGN	Calidad
Kitisin N. et al., 2025	(63)	ECA	177	Reducción del delirio en el grupo de intervención y mayor probabilidad posterior de beneficio.	1+	Alta
Munro CL. et al., 2025	(64)	ECA multicéntrico	178	Aumentaron los días libres de delirio; relación dosis-respuesta.	1+	Alta
Khan BA. et al., 2025	(65)	ECA multicéntrico	158	La música a ritmo lento no redujo significativamente el delirio ni sus síntomas.	1+	Alta
Nydahl P. et al 2022	(66)	ECA multicéntrico	46	Menor incidencia de delirio en el grupo intervención, pero sin significación estadística.	1+	Alta
Lazdāne A. et al., 2025	(67)	ECA	62	La reorientación redujo la duración del delirio, pero no la incidencia global.	1+	Alta
Wang X. et al 2022	(68)	ECA aleatorizado con seguimiento a 6 meses.	243	Menos delirio y mejores resultados clínicos.	1+	Alta
Rood PJT. et al 2023	(69)	Cuasi-experimental Ensayo de series temporales interrumpidas	130	No hubo diferencia significativa en días libres de delirio/coma, aunque hubo una diferencia mediana de 5 días a favor del grupo intervención.	2+	Moderada
Van den Boogaard M. et al., 2024	(70)	Observacional	86	CAM-ICU e ICDSC son válidos en práctica clínica diaria y para estimar la severidad del delirio.	2+	Moderada
Sayılan S. et al., 2022	(71)	Observacional. Estudio metodológico de adaptación y validación.	172	Las escalas de medición del delirio parecen herramientas útiles, sencillas y aplicables en UCI.	2+	Moderada
Locihová H. et al 2025	(72)	Observacional prospectivo	126	Relación significativa entre mala calidad de sueño y mayor incidencia de delirio.	2+	Moderada
Barani N. et al. 2025	(73)	Transversal	118	La sed y la deshidratación se asociaron de forma significativa con delirio, y la monitorización enfermera puede ayudar a su prevención.	2+	Moderada
Alzoubi E. et al., 2024	(74)	Cohorte prospectiva	111	El delirio se asocia a mayor estancia y mortalidad; los enfermeros pueden usar los predictores para estratificar el riesgo.	2+	Moderada

Raquer AP. et al 2024	(75)	Cohorte retrospectiva	11,322	El delirio se asoció con mayor uso de recursos, complicaciones y peor pronóstico al alta.	2+	Moderada
Yuyen T., Narksut A., 2025	(76)	Pre-post	300	No redujo la incidencia de delirio, pero redujo la estancia hospitalaria.	2+	Moderada
Lai H, Chang W 2025	(77)	Observacional prospectivo	74	El delirio medido mediante escalas fue predictor de mortalidad.	2+	Moderada
Tsukakoshi D. et al 2025	(78)	Observacional	391	Mejoría en la puntuación de la escala ICDSC en grupo de intervención.	2-	Baja-moderada
Hwang JH, Kim MY., 2021	(79)	Cuasi-experimental	73	El programa multicomponente redujo la incidencia de delirio.	2-	Baja-moderada
Tonna JE. et al 2021	(80)	Pre-post	646	Reducción significativa de días con delirio.	3	Baja
Andrews JL et al., 2021	(81)	Pre-post	76	Mejora en la calidad y duración del sueño.	3	Baja
Topcu N, Tosun Z., 2022	(82)	Pre-post	78	El protocolo mejoro la calidad del sueño y redujo el ruido. El delirio disminuyo, pero no significativamente.	3	Baja

Fuente: elaboración propia

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist

La mayoría de los estudios incluidos presentan un nivel de evidencia situado entre 1+ y 2+, dependiendo de su diseño metodológico. Los ECA obtuvieron una mayor clasificación, al aportar más control sobre los posibles sesgos y una mayor capacidad para establecer causalidad. En cambio, los estudios observacionales, transversales y de validación mostraron una calidad metodológica inferior, aunque aportaron información útil para complementar la comprensión del delirio, identificar factores de riesgo y valorar la eficacia de las herramientas diagnósticas.

Por último, la heterogeneidad entre diseños, tamaños muestrales y medidas de resultado limita la posibilidad de obtener conclusiones homogéneas. Por ello, aunque los estudios apoyan la utilidad clínica de las intervenciones no farmacológicas, su interpretación debe realizarse atendiendo al nivel de calidad asignado a cada uno de ellos.

4.4.2 Escala CASPe

Para valorar la calidad metodológica de los estudios incluidos, se utilizó la herramienta CASPe (49), que permite realizar una lectura crítica estructurada de la evidencia científica. Los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 18.

Tabla 18 : *Escala CASPe*

Autor / Año	Ref.	Tipo de estudio	Pregunta clara	Metodología adecuada	Sesgos (selección, medición, confusión)	Resultados válidos	Beneficios > riesgos/costes	Calidad global CASPe
Kitisin N. et al., 2025	(63)	ECA	Sí	Sí	Bajos	Sí	Si	Alta
Munro CL. et al., 2025	(64)	ECA multicéntrico	Sí	Sí	Bajos	Sí	Si	Alta
Khan BA. et al., 2025	(65)	ECA	Sí	Sí	Bajos	Sí	Si	Alta
Nydahl P. et al 2022	(66)	ECA	Sí	Sí	Bajos-moderados	Sí	Si	Moderada-Alta
Lazdāne A. et al., 2025	(67)	ECA	Sí	Parcial	Moderados	Parcial	Si	Moderada
Wang X. et al 2022	(68)	ECA	Si	Si	Moderados	Si	Si	Alta
Rood PJT. et al 2023	(69)	Cuasi-experimental Ensayo de series temporales interrumpidas	Si	Parcial	Moderados	Parcial	Si	Moderada
Van den Boogaard M. et al., 2024	(70)	Observacional	Sí	Sí	Moderados	Sí	Si	Alta
Sayılan S. et al., 2022	(71)	Observacional.	Sí	Sí	Moderados	Parcial	Si	Moderada

		Estudio metodológico de adaptación y validación.						
Locihová H. et al 2025	(72)	Observacional prospectivo	Si	Parcial	Moderados	Parcial	Si	Moderada
Barani N. et al. 2025	(73)	Transversal	Si	Parcial	Altos	Parcial	Si	Baja
Alzoubi E. et al., 2024	(74)	Cohorte prospectiva	Sí	Sí	Moderados	Sí	Si	Alta
Raquer AP. et al 2024	(75)	Cohorte retrospectiva	Sí	Sí	Moderados	Sí	Si	Alta
Yuyen T., Narksut A., 2025	(76)	Pre-post	Sí	Parcial	Moderados	Parcial	Si	Moderada
Lai H, Chang W 2025	(77)	Observacional prospectivo	Si	Si	Moderados	Si	Si	Alta
Tsukakoshi D. et al 2025	(78)	Observacional	Si	Parcial	Moderados	Parcial	Si	Moderada
Hwang JH, Kim MY., 2021	(79)	Cuasi-experimental	Sí	Parcial	Moderados	Parcial	Si	Moderada
Tonna JE. et al 2021	(80)	Pre-post	Si	Parcial	Moderados	Parcial	Si	Moderada
Andrews JL et al., 2021	(81)	Pre-post	Sí	Si	Bajos	Sí	Si	Alta
Topcu N, Tosun Z., 2022	(82)	Pre-post	Sí	Parcial	Moderados	Parcial	Si	Moderada

Fuente: elaboración propia

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

La evaluación CASPe mostró una calidad metodológica variada. En general, los ECA y algunos estudios prospectivos obtuvieron mejores resultados, mientras que los estudios observacionales y transversales presentaron más limitaciones, sobre todo por el riesgo de sesgo y menor control de variables. En conjunto, la evidencia es heterogénea, aunque útil para defender la importancia de las intervenciones no farmacológicas en el delirio.

4.4.3 Escala GRADE

Para valorar la solidez de la evidencia científica revisada, se aplicó la escala GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)(50), un sistema ampliamente utilizado para clasificar la calidad de la evidencia y la confianza en los resultados.

Los hallazgos obtenidos se muestran en la tabla 19.

Tabla 19: *Escala GRADE*

Resultado evaluado	Nº estudios	Tipo de estudios	Calidad evidencia GRADE	Razones de degradación	Conclusión
Reducción de incidencia de delirio	4	ECA + observacionales	Moderada-Alta	Heterogeneidad, tamaños variables	Evidencia consistente de efecto beneficioso
Reducción duración y días libres de delirio	2	ECA	Moderada-Alta	Muestras pequeñas en algunos estudios	Evidencia consistente y efecto clínicamente relevante.
Mejora del sueño	5	Cuasi-experimentales + ECA	Moderada	Falta de aleatorización	Beneficio clínico probable
Mortalidad / pronóstico	3	Observacionales	Baja-Moderada	Confusión residual, no causalidad	Asociación consistente
Factores asociados al delirio	4	Observacionales	Moderada	No causalidad	Evidencia útil para riesgo clínico
Validación de herramientas / modelos	2	Observacionales + validación	Baja- moderada	Discriminación limitada	Útil para cribado, no para tratamiento

Fuente: elaboración propia

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

La calidad de la evidencia evaluada mediante el sistema GRADE fue moderada, aunque varía según el tipo de factor analizado. Los ECA aportaron el mayor nivel de certeza respecto a la efectividad de las intervenciones no farmacológicas en la prevención y reducción del delirio en pacientes críticos.

Por su parte, los estudios observacionales, mostraron resultados consistentes en la relación entre el delirio y peores resultados clínicos, además de exponer los principales factores de riesgo para desarrollar el delirio, contribuyendo al estudio de la evolución de los pacientes.

Un factor que refuerza la fiabilidad de los resultados es la utilización generalizada de la escala CAM-ICU como un instrumento estandarizado para la evaluación del delirio, lo que favorece la coherencia entre los estudios y reduce la posibilidad de sesgo.

En resumen, tras evaluar la calidad global de la evidencia y la metodología de la revisión, la evidencia existente indica que las intervenciones no farmacológicas, en particular las que se centran en incorporar estrategias multicomponente, son eficaces para disminuir tanto la incidencia como la duración del delirio en pacientes críticos. A pesar de que los resultados apoyan su utilidad clínica y su integración en el cuidado diario, existe cierta variabilidad metodológica entre los estudios, así como limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra y los diseños no experimentales, lo que dificulta alcanzar un alto grado de certeza en todos los resultados. Por ello, son necesarios estudios futuros con mejores diseños metodológicos y muestras más grandes que contribuyan a fortalecer la evidencia y las sugerencias clínicas.

5. DISCUSIÓN

Efectividad de las intervenciones no farmacológicas

Los resultados de esta revisión sistemática apuntan a que las intervenciones no farmacológicas son relevantes en la prevención y el manejo del delirio en pacientes críticos. En conjunto, la literatura revisada refleja beneficios consistentes, aunque variables sobre los hallazgos obtenidos, siendo favorables cuando las intervenciones se aplican de forma multicomponente y organizada. Un ejemplo de ello es el estudio de Munro CL. et al., 2025 (64) , cuyo ensayo con la aplicación de grabaciones de voz familiar estructuradas mostró más días libres de delirio con diferencias significativas frente a los cuidados habituales ($p < .001$). En este caso, la intervención fue eficaz y presentó un efecto dosis-respuesta, lo que refuerza la validez de los resultados.

Existen otros ECA que refuerzan la implicación familiar, como el de Adineh M. et al 2023 (83) en el cual se aplicó un programa de estimulación sensorial que incluyó intervenciones de orientación y conciencia (repetición del nombre, tiempo y lugar), además de estimulación auditiva (música o voces familiares), visual (fotos familiares) y olfativa (aromas familiares), demostrando con su aplicación una reducción significativa de la incidencia y la duración del delirio ($p = 0,001$).

Este resultado contrasta con trabajos como el de Sato et al. 2025 (84) donde la restricción de visitas familiares no se asoció de manera significativa con la incidencia ni con la duración del delirio ($p= 0,81$), o estudios ECA como el de Liang S et al 2023 (85) que tras aplicar un protocolo de estimulación sensorial no obtuvieron resultados significativos en la reducción de la incidencia del delirio ($p = 0,53$), pero si redujeron significativamente los días libres de delirio ($p = 0,004$).

La comparación entre estos estudios es especialmente relevante, ya que sugiere que la simple ausencia o presencia de familiares no es concluyente; por lo que parecen necesarias intervenciones estructuradas, activas y protocolizadas para obtener un efecto clínico evidente.

En la misma línea, el estudio de Wang X. et al 2022 (68) reforzó la superioridad de los enfoques multicomponente frente a estrategias aisladas en relación con el control del delirio, reduciendo la incidencia del delirio en su estudio con resultados significativos ($p = .028$). Este resultado puede contrastarse con el estudio de Nydahl P. et al 2022

(66), centrado en una sola intervención, donde el protocolo de movilización mostró una tendencia favorable, pero sin significación estadística (p = 0.133). La comparación entre ambos trabajos sugiere que actuar sobre un único factor puede ser insuficiente si no se acompaña de otras medidas combinadas que actúen simultáneamente frente al delirio.

En este sentido, los resultados de Khan BA. et al., 2025 (65) sobre la música de tempo lento mostraron una tendencia beneficiosa en los días libres de delirio, evidenciando una relación dosis-respuesta, pero el efecto no siempre fue contundente en todos los desenlaces analizados (p = 0.66). Algo similar ocurre con el estudio de Kitisin N. et al. 2025 (63), cuyo protocolo multicomponente de sueño aportó resultados prometedores, aunque afirmaron necesitar confirmación en ensayos multicéntricos más amplios.

Por otro lado, los estudios cuasi-experimentales y observacionales, aunque presentan menor capacidad para establecer causalidad, son valiosos ya que reproducen contextos asistenciales más próximos a la práctica clínica real. Ejemplos de ello son los estudios de Topcu N, Tosun Z., 2022 (82) que informaron de una mejoría de la calidad del sueño y reducción del ruido tras la instauración de un protocolo no farmacológico. También Rood PJT. et al 2023 (69) observaron beneficios tras la implementación de intervenciones no farmacológicas en pacientes críticos, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos (p = 0.87). De forma similar, el trabajo de Lazdāne A. et al., 2025 (67), donde aplicaron un protocolo de reorientación y redujeron significativamente los días con delirio (p = 0.006), refuerza la importancia de las estrategias de promoción del sueño y el control ambiental, especialmente cuando se integran en protocolos estructurados de enfermería. En conjunto, la evidencia sugiere que los programas multicomponente, cuando se implementan de forma sistemática, son los que ofrecen resultados más consistentes.

Métodos de diagnóstico y evaluación del delirio

En relación con el objetivo específico centrado en los métodos diagnósticos y de evaluación del delirio, se confirmó que las escalas más empleadas en la UCI son CAM-ICU e ICDSC. Su amplio uso se justifica por su validez en pacientes críticos, su sencilla aplicación y su integración en el trabajo diario de enfermería. En este contexto, el estudio de den Boogaard M. et al., 2024 (70) adquiere especial relevancia al analizar herramientas de detección y evaluación de la gravedad del delirio, manifestando la

importancia de disponer de herramientas fiables que permitan un cribado bien estructurado.

Por otra parte, Sayılan S. et al., 2022 (71) desarrollaron el modelo PRE-DELIRIC, centrado en predecir el riesgo de desarrollar delirio en lugar de identificarlo cuando ya existe. Este enfoque diferencia dos formas para el abordaje clínico: por un lado, la detección precoz y, por otro, la estimación del riesgo como estrategia preventiva. Aunque ambos autores aportan información útil para la valoración del delirio, coinciden en que estos instrumentos no pueden sustituir la observación clínica continua ni el juicio de los profesionales.

Los estudios de cohorte tuvieron limitaciones en este aspecto, como los de Raquer A. et al 2024 (75) y Alzoubi E. et al., 2024 (74) donde se describe una asociación entre la presencia de delirio y peores desenlaces clínicos, pero no permitieron demostrar que intervenir sobre el riesgo modificara por sí solo el curso del delirio. Por ello, aunque la identificación de factores de riesgo y la capacidad predictiva permiten anticipar la aparición del cuadro, ello no elimina la necesidad de evaluar mediante escalas validadas.

Esta distinción también se observa en los trabajos observacionales incluidos en la revisión. Barani N. et al. 2025 (73) y Lai H, Chang W 2025 (77) emplean herramientas de valoración que permiten correlacionar delirio con variables como el sueño, la sed o la estabilidad circadiana, reforzando la utilidad de instrumentos validados para explorar asociaciones clínicas. Además, los estudios de Hwang JH, Kim MY., 2021 (79) y de Locihová H. et al 2025 (72) subrayan la importancia de detectar precozmente el delirio mediante escalas estructuradas, dado que su presencia se asocia con mayor complejidad asistencial y peor evolución. Otros estudios ajenos a la revisión como el de Weiss B. et al 2022 (86) confirman la eficacia de ambas escalas y además añaden que son válidas y funcionan bien incluso en pacientes neurocríticos, independientemente de la presencia de accidente cerebrovascular agudo o intervenciones neuroquirúrgicas

En consecuencia, la literatura revisada no solo respalda el uso de CAM-ICU e ICDSC como instrumentos centrales, sino que también sugiere que la elección de la

herramienta debe adaptarse al contexto clínico, a la formación del equipo y a la finalidad de la valoración.

Otra de las escalas que se presentó en el apartado de introducción fue la escala NU-DESC, y aunque mediante la búsqueda bibliográfica de la presente revisión no se obtuvieron estudios que la aplicaran, existen diversos trabajos externos como el de Henao-Castaño Á et al 2023 (87) que afirman que la Nu-DESC es válida y confiable para detectar sospechas de delirio en pacientes adultos de la UCI. Reforzando esta idea con estudios de actualidad, como el de Flores-Galicia C. et al 2026 (88), la NU-DESC resultó útil para el cribado inicial por su rapidez, mientras que la CAM-ICU mostró mayor precisión en fases más avanzadas. La combinación de ambas escalas mejora la detección y el manejo del delirium en pacientes críticos al adaptarse a la evolución clínica.

Principales intervenciones no farmacológicas

En cuanto a las estrategias no farmacológicas, la evidencia analizada fue variada. La alteración del sueño aparece de forma reiterada como factor asociado al delirio, y su abordaje se considera una estrategia prioritaria. En este sentido, el trabajo de Andrews JL et al., 2021 (81) mediante su protocolo multicomponente centrado en el sueño, mejoró de forma significativa la duración y la calidad del sueño en UCI ($p = 0.003$).

Del mismo modo, Topcu N, Tosun Z., 2022 (82) destacaron que los paquetes de promoción del sueño tienden a mostrar efectos más consistentes cuando incluyen varias medidas simultáneas, como control del ruido, reducción de luz nocturna, agrupación de cuidados y protección de los ritmos de descanso, aunque sus resultados muestran que el efecto depende en gran medida del tipo de intervención y de la calidad de implementación.

La movilización precoz y las intervenciones de activación también desempeñan un papel relevante en la prevención del delirio. En este sentido, el estudio de Nydahl P. et al 2022 (66) aporta una idea novedosa al implementar la movilización en horario vespertino, planteando que no solo la actividad física, sino también el momento en que se realiza, podría influir en el cuidado de los ritmos circadianos. Aunque los autores demostraron que esta estrategia es factible, los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p = 0.133$) debido al tamaño muestral limitado. Estos

hallazgos sugieren que, aunque la movilización constituye una intervención importante sobre la prevención del delirio, su aplicación aislada todavía requiere mayor estudio.

A estas intervenciones se añaden las estrategias de orientación y estimulación cognitiva, dirigidas a reducir la desorientación y favorecer el contacto del paciente con su entorno. En este ámbito, el estudio de de Munro CL. et al., 2025 (64) destaca por transformar una medida tradicional, como la orientación al paciente, en una intervención estructurada y estandarizada basada en grabaciones de voz de familiares. Los resultados sugieren que este tipo de estímulos familiares, de bajo coste y fácil uso, pueden contribuir a reducir el delirio en pacientes críticos. En este caso, aunque también se trate de una intervención aislada, adquiere ventaja y es más fácil de evaluar por su correcta protocolización.

En una línea similar, Yuyen T., Narksut A., 2025 (76) aportan evidencia sobre intervenciones no farmacológicas con la aplicación de un protocolo multicomponente basado en la orientación, cognición, movilización, evaluación y manejo del dolor, cuidado de ojos/oídos, promoción del sueño y revisión de medicación, reforzando la idea de que la prevención del delirio no depende únicamente de una medida concreta, sino del conjunto de estímulos que recibe el paciente durante su estancia en UCI. Del mismo modo, Tsukakoshi D. et al 2025 (78) exploraron el papel de terapias alternativas como la terapia al aire libre, consiguiendo mejora en el paciente desde la primera sesión ($p < 0.001$), lo que refleja el interés creciente por aproximaciones innovadoras orientadas a reducir la desorientación y el malestar cognitivo.

Sumando a este tipo de intervenciones innovadoras hay otros estudios como el de Chlan L. et al 2025 (89) en el que han creado una aplicación móvil diseñada para pacientes críticos llamada “Soundese” con el fin de implementar una intervención de escucha musical estructurada y evaluar su efecto sobre el delirio.

Papel de enfermería

El papel del personal de enfermería está presente de una manera o de otra en todos los estudios revisados. La enfermería mantiene una vigilancia continua del paciente crítico y, por tanto, adquiere una posición privilegiada para identificar cambios en su estado. Además, es quien suele aplicar de forma rutinaria las escalas CAM-ICU e ICDSC, lo que la convierte en un factor esencial tanto en la detección precoz como en

el curso del delirio. Los estudios de Hwang JH, Kim MY., 2021 (79) y Locihová H. et al 2025 (72) subrayan que la implementación de medidas preventivas depende en gran medida de la formación y del compromiso del equipo de enfermería, especialmente cuando se trata de estrategias no farmacológicas que requieren continuidad y adaptación diaria. En ambos estudios el protagonismo enfermero se vincula más a la vigilancia, al control ambiental y a la implementación rutinaria de cuidados preventivos, sin embargo, en los estudios de Munro CL. et al. 2025 (64), Wang X. et al 2022 (68) y Andrews JL et al., 2021 (81) enfermería no solo detecta, sino que ejecuta y controla la intervención. Este factor es importante porque demuestra que la efectividad de las medidas no farmacológicas depende de la capacidad del equipo de enfermería para integrarlas en la práctica real. Por todo esto, la participación del equipo de enfermería es decisiva para que estas medidas no queden solo en recomendaciones teóricas.

En este sentido, estudios como los de Andrews JL et al., 2021(81) , Topcu N, Tosun Z., 2022 (82) y Kitisin N. et al., 2025 (63) muestran que las intervenciones aplicadas solo alcanzan su potencial cuando enfermería lidera su aplicación de forma sistemática. La reorientación, la higiene ambiental, la agrupación de cuidados, la vigilancia del descanso, la movilización y la participación familiar son medidas que recaen en gran medida sobre el trabajo de enfermería. Por ello, además de ejecutar, las enfermeras desempeñan una función coordinadora y preventiva. Esta perspectiva es reforzada por trabajos más recientes como los de Lazdāne A. et al., 2025 (67) y Tsukakoshi D. et al 2025 (78), que destacan la necesidad de integrar la prevención del delirio en la rutina asistencial mediante intervenciones viables, sostenibles y centradas en el paciente.

Ante la necesidad de integrar a la enfermería en el tratamiento del delirio existen estudios piloto como el “MID-Nurse” de Avendaño-Céspedes A. et al (90), el cual concluyó que una intervención multicomponente dirigida por enfermería en pacientes con delirio puede reducir la prevalencia, la incidencia y la gravedad del delirio, animando asi a realizar ECAs que analicen una intervención pura dirigida por enfermeras.

Factores de riesgo relacionados con la aparición del delirio.

Los estudios incluidos en la revisión identifican diversos factores asociados al desarrollo de delirio en UCI, entre los que destacan la edad avanzada, la VM, la sedación, la gravedad clínica, la inmovilidad, el dolor y la carga fisiológica derivada de la estancia hospitalaria. En este sentido, los trabajos de Raquer AP. et al 2024 (75), Barani N. et al. 2025 (73) y Lai H, Chang W 2025 (77) muestran una relación consistente entre la aparición de delirio y peores desenlaces clínicos. Alzoubi E. et al., 2024 (74) añade a estos factores de riesgo el género, siendo mayor el porcentaje de mujeres que desarrollaron delirio.

Otros autores como Corona Meléndez J. et al 2022 (91) , en cambio hablan de mayor incidencia de delirio en el sexo masculino. Además, añaden otros factores de riesgo como demencia preexistente, sedación, abuso de alcohol, pobre visión y audición, sonda nasogástrica y urinaria, uso de más de tres bombas de infusión, ingesta alimentaria deficiente, anemia, fiebre e infección.

Locihová H. et al 2025 (72) también habla sobre una relación significativa entre mala calidad del sueño y mayor incidencia de delirio.

Otros autores como Jovanovic V. et al 2025 (92) especifican factores de riesgo del delirio en pacientes sometidos a intervención quirúrgica, añadiendo a la lista la fibrilación auricular, la EPOC, vivir en zonas rurales, hipotensión intraoperatoria y transfusión de sangre.

Por otro lado, investigaciones de intervención como las de Topcu N, Tosun Z., 2022 (82), Andrews JL et al., 2021 (81) o Munro CL. et al., 2025 (64) han intentado trasladar estas asociaciones a estrategias aplicables, con resultados variables y no siempre concluyentes que reflejan una realidad frecuente en la evidencia disponible sobre el delirio, ya que existe un conocimiento amplio sobre los factores relacionados con su aparición, pero su abordaje específico todavía presenta resultados variados.

La evidencia analizada sugiere que el delirio debe interpretarse como un síndrome multifactorial, más que como un factor aislado. Existen estudios que enfrentan cada uno de los factores de riesgo comentados mediante estrategias específicas. Wang X. et al 2022 (68) apoyan la idea de que factores como el sueño, la movilización y el dolor son componentes modificables que pueden intervenir en la cadena causal. Por su

parte, los estudios de Tonna JE. et al 2021 (80) refuerzan esta idea, aplicando un paquete multicomponente día/noche: reducción de ruido y luz, tapones y antifaz, apertura de persianas, fomento de actividad física, agrupación de cuidados, consiguiendo una reducción significativa de la incidencia del delirio (p = 0.03).

En definitiva, el delirio parece surgir de la interacción entre factores basales del paciente y exposición a factores precipitantes durante la estancia en UCI, que deben enfrentarse mediante estrategias multicomponente correctamente estructuradas.

Integración crítica de la evidencia

A nivel global, la evidencia relativa al sueño, paquetes multicomponente y medidas de orientación parece más consistente que la relativa a intervenciones aisladas.

En esta línea, estudios como los Munro CL. et al., 2025 (64), Wang X. et al 2022 (68), Andrews JL et al., 2021 (81) y Kitisin N. et al., 2025 (63) sugieren que el delirio responde mejor a intervenciones combinadas sobre sueño, orientación, ambiente, movilidad y carga cognitiva que a medidas individuales, aunque todavía requieren mayor robustez metodológica. Nydahl P. et al 2022 (66). muestran que una intervención concreta, como la movilización vespertina, puede ser factible pero no necesariamente suficiente. Autores como Yuyen T., Narksut A., 2025 (76), amplían el abanico de posibles intervenciones con su protocolo multicomponente compuesto por orientación, cognición, movilización según nivel, evaluación y manejo del dolor, cuidado de ojos/oídos, promoción del sueño y revisión de medicación, o Tsukakoshi D. et al 2025 (78) con la terapia supervisada al aire libre, con la que logró reducir la incidencia y gravedad del delirio.

Los resultados sugieren que no todas las intervenciones presentan la misma efectividad en la prevención del delirio. Mientras Sato et al 2025 (84) no encontraron una asociación significativa entre las políticas de visitas y la incidencia o duración del delirio (p= 0,81), Munro CL. et al., 2025 (64) obtuvo resultados positivos incorporando la participación familiar como una estrategia estructurada de reorientación. En conjunto, la evidencia sugiere que el beneficio de determinadas intervenciones depende de su integración dentro de protocolos organizados y objetivos específicos, más que de la aplicación aislada de medidas individuales. Esto refuerza la necesidad

de un abordaje multifactorial, protocolizado y adaptado al contexto clínico del paciente crítico.

Síntesis final

En síntesis, la revisión realizada permite concluir que el delirio en UCI sigue siendo una complicación compleja, frecuente y clínicamente relevante, cuyo abordaje exige una estrategia preventiva y multimodal. Las intervenciones no farmacológicas muestran beneficios prometedores, especialmente cuando se aplican en forma de protocolos estructurados centrados en el sueño, la orientación, la movilización y la reducción de estímulos. La detección sistemática mediante escalas validadas, el reconocimiento de factores de riesgo y la implicación activa de enfermería son elementos fundamentales para mejorar el manejo del delirio. No obstante, la heterogeneidad de la evidencia y las limitaciones metodológicas observadas justifican la necesidad de futuras investigaciones de mayor calidad.

5.1 Limitaciones del estudio

La presente revisión presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, los estudios analizados son heterogéneos en cuanto al diseño, incluyendo ECAs, estudios observacionales, estudios transversales, series temporales interrumpidas y trabajos de validación de herramientas. Esta diversidad metodológica dificulta la comparación entre estudios y reduce la posibilidad de extraer conclusiones homogéneas sobre la efectividad de las intervenciones no farmacológicas.

En segundo lugar, varios de los estudios incluidos presentan muestras reducidas, lo que limita la precisión de los resultados y aumenta el riesgo de sesgo. Además, varios trabajos son unicéntricos, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otros contextos con características diferentes. Esta circunstancia es especialmente relevante en la UCI, donde la diversidad entre unidades puede influir en la aplicación de las intervenciones.

Otra limitación importante es la heterogeneidad en las intervenciones evaluadas. Bajo el concepto de intervenciones no farmacológicas están agrupadas estrategias muy distintas, y esta variedad impide establecer con claridad que intervenciones resultan

más eficaces de forma aislada, dificultando así la comparación entre estudios, ya que las intervenciones y como se aplican no siempre son iguales.

Del mismo modo, los instrumentos utilizados para la valoración del delirio también presentan diferencias entre estudios. Aunque escalas como CAM-ICU e ICDSC son las más utilizadas, no las aplican con la misma frecuencia o bajo las mismas condiciones. Esta falta de igualdad puede influir en la detección del delirio y en la interpretación de los resultados.

Por otra parte, varios de los estudios incluidos son observacionales, lo que limita la capacidad para establecer relaciones causales entre las intervenciones. Aunque aportan información valiosa sobre asociaciones clínicas y factores de riesgo, este tipo de diseños tiene mayor riesgo de sesgo que puede condicionar los resultados.

Finalmente, debe considerarse que la mayoría de los estudios evaluaron desenlaces a corto plazo, centrados en el curso del delirio durante la estancia en UCI. Esto limita el conocimiento sobre el impacto real de las intervenciones no farmacológicas a medio y largo plazo. Por ello, sería necesario desarrollar estudios con seguimiento más prolongado, muestras más amplias y protocolos más homogéneos, para así aumentar la evidencia con la que poder establecer con mayor precisión la eficacia de estas intervenciones.

6. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Tras realizar esta revisión, los resultados obtenidos muestran la necesidad de consolidar la evidencia actualmente disponible sobre el manejo del delirio en pacientes críticos. Por este motivo, es importante progresar en las siguientes direcciones:

Diseño metodológico y estandarización

La heterogeneidad entre los diseños de estudio y la aplicación de las intervenciones no farmacológicas limita hoy en día la comparación entre ellos. Futuros estudios deben priorizar la realización de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) con una muestra adecuada, que afiance la capacidad estadística necesaria para identificar diferencias clínicamente relevantes. Por otra parte, es crucial establecer una estandarización más amplia en la duración, intensidad y componentes específicos de las intervenciones. Igualmente, el diseño debe incluir modelos de análisis adecuados que manejen variables de confusión esenciales, como el nivel de sedación y la gravedad clínica (por ejemplo, APACHE II), lo que fortalecerá la validez interna de los resultados.

Enfoque multicomponente y evaluación clínica

Es recomendable apartarse del manejo aislado del delirio, y optar por las intervenciones multicomponente. Paralelamente, es esencial garantizar la utilización general de herramientas validadas, como la CAM-ICU o ICDSC, estableciendo protocolos homogéneos en cuanto a la evaluación del delirio. Esto no solo disminuirá los sesgos de medición, sino que facilitará la detección precoz del delirio. En este sentido, estudios en curso en 2026, como el protocolo de Tang et al 2026. (93) sobre terapia ocupacional, orientan hacia la dirección necesaria para la obtención de evidencia de alta calidad mediante el uso de diseños bien estructurados.

Otro ejemplo de desarrollo de guías clínicas e innovación asistencial es el proyecto multicéntrico impulsado por el grupo de trabajo de enfermería SAMIUC y la Facultad de Enfermería de Sevilla (94), centrado en integrar la participación familiar en los cuidados del paciente crítico. Los hallazgos de este estudio podrían aportar evidencia para desarrollar protocolos y modelos asistenciales que favorezcan una UCI más humanizada.

Impacto a largo plazo y traslación a la práctica

Es necesario ampliar el enfoque de investigación hacia los efectos a largo plazo, evaluando el estado y la recuperación del paciente tras el alta hospitalaria. Finalmente, para cerrar la brecha entre la evidencia científica y la práctica asistencial, se requiere investigar la implementación real de estos protocolos en el entorno clínico. Es muy importante evaluar el efecto de las intervenciones llevadas a cabo por enfermería, así como analizar los factores que condicionan su éxito, tales como los obstáculos institucionales, la adherencia y la formación del personal sanitario necesaria para poder ofrecer un manejo eficaz del delirio.

7. CONCLUSIÓN

La revisión sistemática evidencia que el delirio en UCI es una complicación frecuente con importantes consecuencias clínicas, funcionales y sobre el uso de recursos sanitarios. Su manejo requiere un enfoque multidisciplinar, destacando el papel central de las intervenciones no farmacológicas en su prevención y tratamiento.

En relación con el objetivo principal de la revisión, los resultados sugieren que este tipo de intervenciones puede contribuir a disminuir la incidencia del delirio, favorecer su evolución y, en ocasiones, mejorar variables asociadas como la duración del episodio o los días libres de delirio. No obstante, la significación de los resultados varía según el tipo de intervención aplicada, la muestra y el diseño metodológico de cada estudio.

Siguiendo con los objetivos específicos, las escalas más utilizadas para la valoración del delirio en UCI fueron CAM-ICU e ICDSC, debido a su validez, facilidad de aplicación y adaptación al paciente crítico. Su correcto uso permite una detección temprana y objetiva, lo que facilita la implantación de medidas preventivas y terapéuticas precozmente. Del mismo modo, los modelos predictivos y las herramientas de cribado resultan útiles como apoyo a la valoración clínica, aunque no sustituyen la monitorización continua del paciente.

En cuanto a las intervenciones no farmacológicas más estudiadas, destacan la promoción del sueño, el control ambiental, la reorientación cognitiva, la movilización y otras medidas orientadas a favorecer la estabilidad sensorial y el bienestar fisiológico. La evidencia revisada sugiere que las intervenciones multicomponente ofrecen mejores resultados que las aplicadas de forma aislada, por lo que es importante desarrollar protocolos estructurados y adaptados a la realidad de cada unidad.

En cuanto al papel de enfermería, adquiere gran relevancia en la identificación, prevención y manejo del delirio. El contacto continuo con el paciente permite detectar de manera precoz cambios en el estado cognitivo, aplicar escalas de valoración, llevar a cabo intervenciones no farmacológicas y favorecer la adherencia a los protocolos establecidos. Por ello, la formación y la implicación del personal de enfermería resulta esencial para mejorar la calidad asistencial y los resultados clínicos.

Finalmente, la evidencia disponible confirma que existen múltiples factores de riesgo asociados al delirio, entre los que destacan la edad avanzada, la ventilación mecánica, la sedación, la gravedad de la enfermedad, la inmovilidad, la alteración del sueño y el dolor. La identificación temprana de estos factores resulta clave para establecer estrategias preventivas más eficaces y adaptadas a cada paciente.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Delirium en unidad de cuidados intensivos: una aproximación desde la terapia ocupacional. [Internet]. [cited 2026 Apr 29]. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/delirium-en-unidad-de-cuidados-intensivos-una-aproximacion-desde-la-terapia-ocupacional/

2. Ali M, Cascella M. ICU delirium. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan– [updated 2024 Mar 13; cited 2026 Mar 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559280/

3. Esbec Rodríguez E. Una panorámica de los cambios efectuados en el DSM-IV. Revisión del texto (DSM-IV-TR). Psicopatología Clínica Legal y Forense. 2001;1(2):103-112. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2518115.pdf

4. Palencia Herrejón E. Delirio en el enfermo crítico: nuevas herramientas, nuevas oportunidades. Rev Electrónica Med Intensiva (REMI). 2004;4(4). Disponible en: https://www.uninet.edu/remi/2004/04/REMIED51.htm

5. Herrera Herrera JL, Oyola López E, Llorente Pérez YJ. Delirium en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de una institución de salud en Montería, Colombia. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2020 Jan 1;51:7–12. doi:10.1016/J.SEDENE.2019.04.003

6. Renzi S, Gitti N, Piva S. Delirium in the intensive care unit: a narrative review. JOURNAL OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS. 2023 Mar 14;71(SPECIAL ISSUE 1):22–9. doi:10.36150/2499-6564-N600

7. Janjua MS, Spurling BC, Arthur ME. Postoperative delirium. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Dec 7– [updated 2022 May 15; cited 2026 Mar 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534831/

8. Ramírez Echeverría MDL, Schoo C. Delirium. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan– [updated 2026 Jan 10; cited 2026 Mar 5]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261982/

9. Rosen JH, Bieber E, Matta SE, Sayde GE, Fedotova NO, Devries J, et al. Hypoactive Delirium: Differential Diagnosis, Evaluation, and Treatment. Prim Care Companion CNS Disord. 2024;26(1). doi:10.4088/PCC.23F03602.

10. Flores-Oñate, Gabriela, Paula Ceballos-Vásquez, and Rocio Mejías-Parada. "Cuidados para el manejo de delirio en Unidades de Paciente Crítico: una revisión integrativa." (2021). Available from: https://rua.ua.es/entities/publication/46a55c8a-99ea-40be-a4a9-cae7691be01e

11. Jiménez MP. El delirio en la UCI, una revisión narrativa de la evidencia existente. Conocimiento Enfermero. 2021 Oct 29;4(14):5–21. doi:10.60108/CE.165

12. Casabona I, Santos R, Lillo M. Historia y evolución de la ventilación mecánica [Internet]. 2017 [citado 2026 May 28]. Disponible en: https://fcsalud.ua.es/es/portal-de-investigacion/documentos/monografias-libros-y-capitulos-2016/historia-y-evolucion-de-la-ventilacion-mecanica.pdf

13. Frutos, F., et al. "Utilización de la ventilación mecánica en 72 unidades de cuidados intensivos en España." *Medicina intensiva* 27.1 (2003): 1-12. Available from: https://medintensiva.org/es-utilizacion-ventilacion-mecanica-72-unidades-articulo-13043088

14. Garriga Álvarez J. El rol de la enfermera en la prevención y el manejo del delirio en UCI [trabajo de fin de grado en Internet]. Mataró (Barcelona): TecnoCampus; 2025 [cited 2025 Dec 4]. Available from: https://repositori.tecnocampus.cat/handle/20.500.12367/2970

15. Juárez Sandoval I, Hernández Pérez A, Vázquez Mellado Larracoechea JF, Martínez Camacho MÁ, Juárez Sandoval I, Hernández Pérez A, et al. Factores de riesgo de delirium. Acta médica Grupo Ángeles. 2022;20(3):258–65. doi:10.35366/105730

16. Ormseth CH, Lahue SC, Oldham MA, Josephson SA, Whitaker E, Douglas VC. Predisposing and Precipitating Factors Associated With Delirium: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2023 Jan 3;6(1):e2249950–e2249950. doi:10.1001/JAMANETWORKOPEN.2022.49950.

17. Campaña Guamaní DC. Factores de riesgo para el desarrollo del delirio en pacientes en una unidad de cuidados intensivos [tesis de maestría en Internet]. Ambato (Ecuador): Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2023 [cited 2025 Dec 4]. Available from: https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15638

18. Rojas-Gambasica JA, Valencia-Moreno A, Nieto-Estrada VH, Méndez-Osorio P, Molano-Franco D, Jiménez-Quimbaya ÁT, et al. Validación transcultural y lingüística de la escala de sedación y agitación Richmond al español. Revista Colombiana de Anestesiología. 2016 Jul 1;44(3):218–23. doi:10.1016/J.RCA.2016.04.003

19. Jain S, Iverson LM. Glasgow coma scale. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jul 19– [updated 2023 Jun 12; cited 2026 Mar 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/

20. Sosnowski K, Lin F, Chaboyer W, Ranse K, Heffernan A, Mitchell M. The effect of the ABCDE/ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes, and quality of

life in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2023 Feb 1;138:104410. doi:10.1016/J.IJNURSTU.2022.104410.

21. Moraes FDS, Marengo LL, Moura MDG, Bergamaschi CDC, De Sá Del Fiol F, Lopes LC, et al. ABCDE and ABCDEF care bundles: A systematic review of the implementation process in intensive care units. Medicine. 2022 Jun 24;101(25):E29499. doi:10.1097/MD.0000000000029499.

22. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmermann JE. APACHE-II: a severity of disease classification system. Crit Care Med 1985; 13(10):819-29.

23. Draper EA, Wagner DP: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE-II) and Medicare Reinbursement. Health Care Financ Rev 1984; Suppl. 91-105

24. Rollo E, Della Marca G, Scala I, Buccarella C, Rozera T, Vollono C, et al. Validation Study of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire in Patients with Acute Stroke. J Pers Med. 2022 Sep 1;12(9):1473. doi:10.3390/JPM12091473.

25. Sirera-Pérez PI, Martín-Sanjoaquín A, Juandeaburre-Pedroarena B, Luquin-Iturmendi I, Goñi-Viguria R. Calidad del sueño en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intermedios. Enferm Clin. 2025;35(3):102157. doi:10.1016/j.enfcli.2024.10.009.

26. Gusmao-Flores D, Figueira Salluh JI, Chalhub RT, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. Crit Care. 2012 Jul 3;16(4):R115-. doi:10.1186/CC11407/FIGURES/6.

27. Luis Diaz J, Juan MD, Muñoz F, Cruz-Gervis RA, Ely EW, Truman B. El Método para la Evaluación de la Confusión en la UCI (CAM-ICU) Manual de Entrenamiento Puede enviar sus preguntas a.

28. Abdelbaky AM, Eldelpshany MS, Abdelbaky AM, Eldelpshany MS. Patient Outcomes and Management Strategies for Intensive Care Unit (ICU)-Associated Delirium: A Literature Review. Cureus. 2024 Jun 2;16(6). doi:10.7759/CUREUS.61527

29. Carolina Ferrer Gómez MIR D, Alonso Andrés M. INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN Y MANEJO ACTUALIZADO.

30. Flores-Galicia C, Ponce-Gómez G, Valencia-Cruz A. Escalas de valoración del delirio: un desafío en enfermería [Internet]. Rev Enferm Neurol. 2024;23(2):44-51. Disponible en: https://doi.org/10.24875/REN.M24000002

31. Hägi-Pedersen D, Thybo KH, Holgersen TH, Jensen JJ, Gaudreau JD, Radtke FM. Nu-DESC DK: the Danish version of the nursing delirium screening scale (Nu-DESC). BMC Nurs. 2017;16:75. doi:10.1186/s12912-017-0271-x

32. Proyecto HUCI – Humanizando los cuidados intensivos [Internet]. [cited 2026 May 10]. Available from: https://proyectohuci.com/en/home/

33. Gómez Tovar LO, Henao-Castaño M, Troche-Gutiérrez IY. Prevenir y tratar delirium en cuidados intensivos: hermenéutica de las vivencias del equipo de enfermería. Enferm Intensiva. 2022 Jul 1;33(3):113–25. doi:10.1016/J.ENFI.2021.05.001.

34. Algarra C, Julia A, Serrano G, Orjuela C, Marcela C, Sánchez D, et al. Enfermería Global Nº 32 Octubre 2013 Página 346 La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica Review of Patricia Benner's philosophy in clinical practice.

35. Pérez-Solís OM, Ramírez-Sánchez SC, Lozano-Rangel O, Pérez-Solís OM, Ramírez-Sánchez SC, Lozano-Rangel O. Competencias de enfermería en el tratamiento no farmacológico del delirium en el adulto mayor. Ene [Internet]. 2019 [cited 2026 Mar 9];13(1). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=en

36. Kundakci B, Jones KL, Booth A, Falzon L, Pufulete M, Gibbison B; OPTIC consortium. A systematic meta-review of interventions to prevent and manage delirium in the Intensive Care Unit: Part 2 - Non-pharmacological and multicomponent interventions. Crit Care. 2025;29(1):501. doi:10.1186/s13054-025-05726-8

37. Patiño JR, Miño J, Patiño CS. Efectividad de la aplicación de medidas no farmacológicas para la prevención de delirium en pacientes no ventilados ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos nivel ii. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2021 Apr 1;21(2):127–34. doi:10.1016/J.ACCI.2020.08.002

38. Liang S, Chau JPC, Lo SHS, Zhao J, Liu W. Non-pharmacological delirium prevention practices among critical care nurses: a qualitative study. BMC Nurs. 2022 Dec 1;21(1):235-. doi:10.1186/S12912-022-01019-5/TABLES/3

39. Deng LX, Cao L, Zhang LN, Peng XB, Zhang L. Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis. J Crit Care. 2020 Dec 1;60:241–8. doi:10.1016/J.JCRC.2020.08.019.

40. Gómez Tovar LO, Henao Castaño ÁM. Intervenciones y efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance. Avances en Enfermería. 2021 Sep 1;39(3). doi:10.15446/AV.ENFERM.V39N3.85828

41. Pun BT, 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(1):3-14. doi:10.1097/CCM.0000000000003482.

42. Gómez Tovar LO, Henao-Castaño ÁM, Gómez Tovar LO, Henao-Castaño ÁM. Intervenciones y efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance. Avances en Enfermería. 2021 Sep 1;39(3):395–414. doi:10.15446/AV.ENFERM.V39N3.85828

43. Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades [Internet]. [cited 2026 May 27]. Available from: https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/objetivo.htm?id=4846

44. Kundakci B, Jones K, Booth A, Falzon L, Pufulete M, Gibbison B, et al. A systematic meta-review of interventions to prevent and manage delirium in the Intensive Care Unit: Part 2 – Non-pharmacological and multicomponent interventions. Crit Care. 2025 Dec 1;29(1):501. doi:10.1186/S13054-025-05726-8.

45. Catalán Navarro I, Joven Simón L, Hurtado Rubio V, Marcos Blasco L, Duarte Alvero MB, Delgado Deza S. Revisión sistemática: prevención y tratamiento no farmacológico del delirio en unidad de cuidados intensivos (UCI). Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol 2, Nº 4, 2021 [Internet]. 2021 [cited 2025 Dec 4];2(4):14. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055555&info=resumen&idioma=ENG

46. Yepes-Nuñez JJ, Urrútia G, Romero-García M, Alonso-Fernández S. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol. 2021 Sep 1;74(9):790–9. doi:10.1016/J.RECESP.2021.06.016.

47. National Library of Medicine (US). Medical Subject Headings (MeSH) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; [cited 2026 May 20]. Available from: https://meshb.nlm.nih.gov/

48. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN [Internet]. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland; [cited 2026 May 20]. Available from: https://www.sign.ac.uk/49. PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica.

50. GRADE Working Group. GRADE Working Group [Internet]: GRADE Working Group; [cited 2026 May 20]. Available from: https://www.gradeworkinggroup.org/

51. Tang J, Yu P, Luo L, Bian H, Dong C, Zhang T. Application of the occupational therapy program based on PEO model in elderly patients with mechanical ventilation in ICU: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2026 Dec 1;27(1). doi:10.1186/S13063-025-09335-2.

52. Adams AMN, Chamberlain D, Maiden MJ, Thorup CB, Nørgaard MW, Laugesen B, et al. Clinical practice guideline for nonpharmacological prevention and management of patient agitation in the adult intensive care unit (CALM ICU). Australian Critical Care. 2026 Feb 1;39(1). doi:10.1016/J.AUCC.2025.101466

53. Krupp AE, Tan A, Vasilevskis EE, Mion LC, Pun BT, Brockman A, et al. Patient, Practice, and Organizational Factors Associated With Early Mobility Performance in Critically Ill Adults. American Journal of Critical Care. 2024 Sep 1;33(5):324–33. doi:10.4037/AJCC2024939.

54. Zhang C, Wang X, Mi J, Zhang Z, Luo X, Gan R, et al. Effects of the High-Intensity Early Mobilization on Long-Term Functional Status of Patients with Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. Crit Care Res Pract. 2024;2024. doi:10.1155/2024/4118896.

55. Raurell-Torredà M, Arias-Rivera S, Martí JD, Frade-Mera MJ, Zaragoza-García I, Gallart E, et al. Variables associated with mobility levels in critically ill patients: A cohort study. Nurs Crit Care. 2022 Jul 1;27(4):546–57. doi:10.1111/NICC.12639.

56. Chen CM, Cheng AC, Chou W, Selvam P, Cheng CM. Outcome of improved care bundle in acute respiratory failure patients. Nurs Crit Care. 2021 Sep 1;26(5):380–5. doi:10.1111/NICC.12530.

57. Aben J, Pouwels S, Oldenbeuving A. Comparison Between Deltascan Single Channel Electroencephalography (EEG), Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) Score and Clinical Assessment in Diagnosing Delirium in Intubated Patients in the Intensive Care Unit. Cureus. 2022 Jun 30. doi:10.7759/CUREUS.26449

58. Wilson LD, Maiga AW, Lombardo S, Nordness MF, Haddad DN, Rakhit S, et al. Prevalence and Risk Factors for Intensive Care Unit Delirium After Traumatic Brain Injury: A Retrospective Cohort Study. Neurocrit Care. 2023 Jun 1;38(3):752–60. doi:10.1007/S12028-022-01666-1.

59. Dimitriadou I, Fradelos EC, Skoularigis J, Toska A, Vogiatzis I, Papagiannis D, et al. The impact of delirium on clinical and functional outcomes in hospitalized patients with acute coronary syndrome. Nurs Crit Care. 2024 Nov 1;29(6):1236–44. doi:10.1111/NICC.13079.

60. Siddiqui KM, Andrabi B, Yousuf MS. Association between EuroSCORE II and postoperative delirium in cardiac surgery patients: a prospective cross-

sectional study. Annals of Medicine & Surgery. 2025 Dec;87(12):8092–8. doi:10.1097/MS9.0000000000004028

61. Westphal GA, Fernandes RP, Pereira AB, Moerschberger MS, Pereira MR, Gonçalves ARR. Incidence of Delirium in Critically Ill Patients With and Without COVID-19. J Intensive Care Med. 2023 Aug 1;38(8):751–9. doi:10.1177/08850666231162805.

62. Jawa NA, Holden RM, Silver SA, Scott SH, Day AG, Norman PA, et al. Identifying neurocognitive outcomes and cerebral oxygenation in critically ill adults on acute kidney replacement therapy in the intensive care unit: The INCOGNITO-AKI study protocol. BMJ Open. 2021 Aug 17;11(8). doi:10.1136/BMJOPEN-2021-049250.

63. Kitisin N, Lao-amornphunkul S, Hemtanon N, Thikom N, Phochan N, Thanakiattiwibun C, et al. Effects of a multicomponent sleep enhancement protocol on delirium incidence in elderly critically ill surgical patients: a randomized controlled trial. J Intensive Care. 2025 Dec 1;13(1):60-. doi:10.1186/S40560-025-00827-6/FIGURES/3

64. Munro CL, Liang Z, Elias MN, Ji M, Chen X, Kip PL, et al. Delirium Reduction via Scripted Family Voice Recordings in Critically Ill Patients Receiving Mechanical Ventilation. Am J Crit Care. 2025 Nov 1;34(6):429–37. doi:10.4037/AJCC2025486.

65. Khan BA, Khan SH, Perkins AJ, Heiderscheit A, Unverzagt FW, Wang S, et al. Slow-Tempo Music and Delirium/Coma-Free Days Among Older Adults Undergoing Mechanical Ventilation: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2025 Dec 1;185(12):1442–53. doi:10.1001/JAMAINTERNMED.2025.5263.

66. Nydahl P, McWilliams D, Weiler N, Borzikowsky C, Howroyd F, Brobeil A, et al. Mobilization in the evening to prevent delirium: A pilot randomized trial. Nurs Crit Care. 2022 Jul 1;27(4):519–27. doi:10.1111/NICC.12638.

67. Lazdāne A, Vaitkuse KE, Homenko A, Šķuburs GK, Kazūne S. Preventing Postoperative Delirium in Older Adults with Hip Fracture: A Randomised Controlled Trial of a Reorientation Intervention. Proceedings of the Latvian Academy of Sciences, Section B: Natural, Exact, and Applied Sciences. 2025 Apr 1;79(1–2):13–8. doi:10.2478/PROLAS-2025-0003

68. Wang XP, Lv D, Chen YF, Chen N, Li XD, Xu CF, et al. Impact of Pain, Agitation, and Delirium Bundle on Delirium and Cognitive Function. Journal of Nursing Research. 2022 Aug 22;30(4):E222. doi:10.1097/JNR.0000000000000497.

69. Rood PJT, Ramnarain D, Oldenbeuving AW, den Oudsten BL, Pouwels S, van Loon LM, et al. The Impact of Non-Pharmacological Interventions on Delirium

in Neurological Intensive Care Unit Patients: A Single-Center Interrupted Time Series Trial. J Clin Med. 2023 Sep 1;12(18). doi:10.3390/JCM12185820/S1

70. den Boogaard M van, Leenders M, Pop-Purceleanu M, Tilburgs B. Performance and validation of two ICU delirium assessment and severity tools; a prospective observational study. Intensive Crit Care Nurs. 2024 Aug 1;83. doi:10.1016/J.ICCN.2024.103627.

71. Sayılan S, Özen V, Tosun B, Sayılan AA, Özen N. An Evaluation of the PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu Patients) Delirium Prediction Model in Intensive Care Units in Türkiye. Turkish Journal of Intensive Care. 2023 Sep 26;21(3):162–70. doi:10.4274/TYBD.GALENOS.2022.48243

72. Locihová H, Matouch P, Axmann K. Sleep Disturbances Associated with Delirium in Conscious Patients in the Intensive Care Unit. Turkish Journal of Intensive Care. 2025 Feb 26;23(1):20–9. doi:10.4274/TYBD.GALENOS.2024.59480

73. Barani N, Jackson AC, Sharifi F, Bahramnezhad F. The Relationship Between Thirst and the Incidence of Delirium in Patients Admitted to Intensive Care Units: A Cross Sectional Study. Health Sci Rep. 2025 Dec 1;8(12). doi:10.1002/HSR2.71485

74. Alzoubi E, Shaheen F, Yousef K. Delirium incidence, predictors and outcomes in the intensive care unit: A prospective cohort study. Int J Nurs Pract. 2024 Feb 1;30(1). doi:10.1111/IJN.13154 PubMed PMID: 37044382.

75. Raquer AP, Fong CT, Walters AM, Souter MJ, Lele A V. Delirium and Its Associations with Critical Care Utilizations and Outcomes at the Time of Hospital Discharge in Patients with Acute Brain Injury. Medicina (Kaunas). 2024 Feb 1;60(2). doi:10.3390/MEDICINA60020304.

76. Yuyen T, Narksut A, Lao-amornphunkul S, Thanakiattiwibun C, Pansangar C, Thikom N, et al. Effectiveness of non-pharmacological intervention protocol for prevention of postoperative delirium in the surgical intensive care unit. Sci Rep. 2025 Dec 1;15(1). doi:10.1038/S41598-025-86768-4.

77. Lai HJ, Chang WP. Sleep Quality, Circadian Rhythm Stability and Changes in Delirium State in Predicting Mortality Risk in Intensive Care Unit Patients: A Prospective Observational Study. Nurs Crit Care. 2025 Nov 1;30(6). doi:10.1111/NICC.70241.

78. Tsukakoshi D, Mutai H, Yamamoto S, Sato M, Furuhashi K, Nakamura T, et al. Effects of Outdoor Therapy on Delirium in Patients With Prolonged Intensive Care Unit Stays: A Single-Centre Retrospective Study. Nurs Crit Care. 2025 Nov 1;30(6). doi:10.1111/NICC.70263.

79. Hwang JH, Kim MY. Effects of A Multicomponent Intervention Program for Preventing Delirium in Geriatric Patients in the Intensive Care Unit. Korean Journal of Adult Nursing. 2021 Dec 1;33(6):565–75. doi:10.7475/KJAN.2021.33.6.565

80. Tonna JE, Dalton A, Presson AP, Zhang C, Colantuoni E, Lander K, et al. The Effect of a Quality Improvement Intervention on Sleep and Delirium in Critically Ill Patients in a Surgical ICU. Chest. 2021 Sep 1;160(3):899–908. doi:10.1016/J.CHEST.2021.03.030.

81. Andrews JL, Louzon PR, Torres X, Pyles E, Ali MH, Du Y, et al. Impact of a Pharmacist-Led Intensive Care Unit Sleep Improvement Protocol on Sleep Duration and Quality. Annals of Pharmacotherapy. 2021 Jul 1;55(7):863–9. doi:10.1177/1060028020973198/ASSET/EBBAD53C-E261-4F56-8E5D-1A9764524927/ASSETS/IMAGES/LARGE/10.1177_1060028020973198-FIG1.JPG.

82. Topcu N, Tosun Z. Efforts to improve sleep quality in a medical intensive care unit: effect of a protocol of non-pharmacological interventions. Sleep Breath. 2022 Jun 1;26(2):803–10. doi:10.1007/S11325-022-02570-W.

83. Adineh M, Elahi N, Molavynejad S, Jahani S, Savaie M. Investigating the effect of implementing a sensory stimulation program by family members on delirium status of brain injury patients hospitalized in the intensive care unit: A randomized clinical trial. J Educ Health Promot. 2023 Jan 1;12(1):187. doi:10.4103/JEHP.JEHP_921_22.

84. Sato T, Ogushi K, Kitatsuji T, Mitsui K, Kageoka Y, Makino K, et al. Impact of the ICU No-Visitation Policy on Delirium in Long-Term Mechanically Ventilated Patients: A Single-Center Retrospective Observational Study. Cureus. 2025 Aug 11;17(8). doi:10.7759/CUREUS.89771.

85. Liang S, Chau JPC, Lo SHS, Choi KC, Bai L, Cai W. The effects of a sensory stimulation intervention for preventing delirium in a surgical intensive care unit: A randomized controlled trial. Nurs Crit Care. 2023 Sep 1;28(5):709–17. doi:10.1111/NICC.12913.

86. Weiss B, Paul N, Spies CD, Ullrich D, Ansorge I, Salih F, et al. Influence of Patient-Specific Covariates on Test Validity of Two Delirium Screening Instruments in Neurocritical Care Patients (DEMON-ICU). Neurocrit Care. 2022 Apr 1;36(2):452–62. doi:10.1007/S12028-021-01319-9.

87. Henao-Castaño ÁM, González LL, Tovar LOG. Validation to Spanish of nursing assessment scale for early diagnosis of delirium - Nu-DESC. Invest Educ Enferm. 2023;41(2):e03. doi:10.17533/UDEA.IEE.V41N2E03.

88. Flores-Galicia C, Ponce-Gomez G, Valencia-Cruz A. Concordancia entre NU-DESC y CAM-ICU para detectar el delirio en entornos hospitalarios de alta

complejidad. Enferm Intensiva. 2026 Apr 1;37(2):500587. doi:10.1016/J.ENFI.2025.500587

89. Chlan LL, Downs JH, Heiderscheit A, Khan SH, Moiz S, Khan BA. Development and Deployment of a Music Listening Intervention Mobile Application for a Two-Group Blinded Randomized Clinical Trial. Clin Nurs Res. 2025 May 1;34(3–4):186. doi:10.1177/10547738251323007.

90. Avendaño-Céspedes A, García-Cantos N, González-Teruel MDM, Martínez-García M, Villarreal-Bocanegra E, Oliver-Carbonell JL, et al. Pilot study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P. Maturitas. 2016 Apr 1;86:86–94. doi:10.1016/J.MATURITAS.2016.02.002.

91. Corona Meléndez JC, Iñiguez Padilla H, Medina Ruíz E, Corona Meléndez JC, Iñiguez Padilla H, Medina Ruíz E. Prevalencia, factores de riesgo y desenlace de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ángeles del Carmen. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica). 2022;36(4):215–22. doi:10.35366/105792

92. Jovanovic V, Sipetic Grujicic S, Petrovic N, Terzic B, Lazic M, Burgic Vidanovic K, et al. Incidence and Perioperative Risk Factors for Postoperative Delirium After Major Urological Surgery. Diagnostics. 2025 Dec 1;15(24). doi:10.3390/DIAGNOSTICS15243165/S1

93. Tang J, Yu P, Luo L, Bian H, Dong C, Zhang T. Application of the occupational therapy program based on PEO model in elderly patients with mechanical ventilation in ICU: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2026 Dec 1;27(1). doi:10.1186/S13063-025-09335-2.

94. SAMIUC impulsa un innovador estudio para integrar a las familias en los cuidados del paciente crítico en la UCI | SAMIUC [Internet]. [cited 2026 May 27]. Available from: https://www.samiuc.es/samiuc-impulsa-un-innovador-estudio-para-integrar-a-las-familias-en-los-cuidados-del-paciente-critico-en-la-uci/

9. ANEXOS

Anexo 1: Declaración PRISMA

Tabla 1. Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/Tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en el reporte
TÍTULO			
Título	1	Identifique el reporte como una revisión sistemática.	Portada
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).	Tras índice de abreviaturas
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	16-17
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	18-19
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	22-23
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	20-21
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	21-22

Sección/Tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en el reporte
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada reporte recuperado, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	20-21
Proceso de extracción de los datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o reportes, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada reporte, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	21
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	-
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (*missing*) o incierta.	
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	23
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	-
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.º 5).	-
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	-

Sección/Tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en el reporte
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metaanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	-
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregresión).	-
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	-
Evaluación del sesgo en el reporte	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en los reportes).	-
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	23
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (ver Figura 1).	25
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	26-27
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	29-35
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	

Sección/Tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en el reporte
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	Anexo 3
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	34-35
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metaanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	-
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	-
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	-
Sesgos en el reporte	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos del reporte) para cada síntesis evaluada.	-
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	36-44
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	45-54
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	53-54
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	-
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	55-56
OTRA INFORMACIÓN			

Sección/Tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en el reporte
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.	-
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	-
	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	-
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	-
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión.	-
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.	-

Anexo 2: Fórmulas de búsqueda completas

Tabla 20 : *Fórmula de búsqueda completa Scopus*

(TITLE-ABS-KEY (icu delirium) AND TITLE-ABS-KEY (critical care) OR TITLE-ABS-KEY (intensive care unit) OR TITLE-ABS-KEY (icu) OR TITLE-ABS-KEY (critically ill patient) AND TITLE-ABS-KEY (non pharmacological treatment) OR TITLE-ABS-KEY (non pharmacological interventions) OR TITLE-ABS-KEY (non drug treatment) OR TITLE-ABS-KEY (multicomponent intervention) OR TITLE-ABS-KEY (sleep promotion) OR TITLE-ABS-KEY (early mobilization) OR TITLE-ABS-KEY (reorientation techniques)) AND PUBYEAR > 2020 AND PUBYEAR < 2027 AND PUBYEAR > 2020 AND PUBYEAR < 2027 AND (LIMIT-TO (OA , "all")) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE , "final")) AND (EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Placebo") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Hypertensive Factor") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Hyperglycemia") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Drug Use") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Creatinine") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Corticosteroid") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Antipsychotic Agents") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Antibiotic Agent") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Analgesic Agent") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Pneumonia") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Morphine") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Ketamine") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Diabetes Mellitus") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Dexamethasone") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Sepsis") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Hypnotics And Sedatives") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Hypnotic Sedative Agent") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Meta Analysis") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Melatonin") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Lorazepam") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Hypotension") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Drug Therapy") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Drug Effect") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Quetiapine") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Hypertension") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Drug Efficacy") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Neuroleptic Agent") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Fentanyl") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Covid-19") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Coronavirus Disease 2019") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Midazolam") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Analgesia") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Haloperidol") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Propofol") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Dexmedetomidine") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Sedation") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Hospital Admission") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Child") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Intensive Care Units, Pediatric") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "E-learning") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Lung Clearance") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Elective Surgery") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Dysphagia") OR EXCLUDE (EXACTKEYWORD , "Surveys And Questionnaires")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (EXCLUDE (SUBJAREA , "SOCI") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "HEAL") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "PHAR") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "BIOC")

OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ENGI") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "NEUR") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ARTS") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "IMMU") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "PHYS")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))

Tabla 21 : *Fórmula de búsqueda completa Web of Science*

delirium (Title) AND intensive care unit (Title) AND non-pharmacological intervention (Title) OR CAM-ICU (Topic) NOT sistematic review (Topic) NOT pediatric (Topic) and Spanish or English (Languages) and Open Access and 2026 or 2025 or 2024 or 2023 or 2022 or 2021 (Publication Years) and Article (Document Types) and 1.154.1088 Intensive Care or 1.154.1403 Delirium (Citation Topics Micro) and Medicine General Internal or Critical Care Medicine or Nursing (Web of Science Categories) and Enriched Cited References and Pediatrics (Exclude – Research Areas) and Social Sciences Other Topics or Oncology or Computer Science or Family Studies or Pharmacology Pharmacy or Hematology or Business Economics or Biomedical Social Sciences or Dermatology or Cardiovascular System Cardiology or Medical Informatics or Anesthesiology (Exclude – Research Areas)

Anexo 3: Tablas individuales de los artículos seleccionados

Campo	Contenido
Referencia	Kitisin N, Lao-amornphunkul S, Hemtanon N, et al. 2025. (63)
País / ámbito	Tailandia, UCI quirúrgica de hospital universitario.
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego.
Muestra	177 pacientes analizados; 89 intervención y 88 control.
Intervención	Protocolo multicomponente de mejora del sueño: reducción de ruido y luz, cierre de puertas, ajuste de alarmas, tapones y antifaz.
Comparador	Cuidados habituales.
Instrumentos	CAM-ICU, RCSQ.
Variable principal	Incidencia de delirium durante 7 días.
Resultados principales	Delirium: 10.1% en intervención vs. 17.0% en control; mayor probabilidad posterior de beneficio (90.6%). En subgrupo de alto riesgo: 14.0% vs. 30.0%.
Significación / efecto	OR bayesiano 0.55; IC creíble 0.22–1.31; el efecto fue prometedor, pero no concluyente.
Rol de enfermería	El papel de enfermería fue muy relevante, ya que el protocolo se apoya en medidas ambientales y de cuidado nocturno aplicables por enfermería para favorecer ritmo circadiano y reducir estímulos.
Limitaciones	No hubo mejora significativa en la calidad subjetiva del sueño; estudio unicéntrico; adherencia moderada a tapones/antifaz.
Conclusión	El protocolo multicomponente sugiere potencial para reducir el delirio, pero necesita confirmación en ensayos multicéntricos más amplios.

Campo	Contenido
Referencia	Munro CL, Liang Z, Elias MN, Ji M, Chen X, Kip PL, Greengold J, Ely EW, Calero K. 2025. (64)
País / ámbito	Estados Unidos, 9 UCI en 2 hospitales del sur de Florida.
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado, prospectivo, multicéntrico y ciego.
Muestra	178 adultos con ventilación mecánica; 89 intervención y 89 control.
Intervención	FAVoR: grabaciones de voz de familiares con mensajes de reorientación, reproducidas cada hora durante el día durante 5 días.
Comparador	Cuidados habituales.
Instrumentos	CAM-ICU administrado dos veces al día durante 7 días o hasta el alta de UCI.
Variable principal	Días libres de delirio.
Resultados principales	Más días libres de delirio en grupo intervención que en control, $p < 0.001$. Relación dosis-respuesta: más dosis asociadas con menos delirio, $p < .001$.
Significación / efecto	El modelo Poisson ajustado mostró diferencia significativa, $p < 0.001$; tamaño del efecto estándar = 0.354, IC95% 0.182–0.608. En los análisis imputados, los *p-values* se mantuvieron < 0.001.
Rol de enfermería	La bibliografía del artículo incluye varias autoras enfermeras, y el protocolo fue integrado en el flujo habitual de UCI; sin embargo, la intervención concreta se centró en grabaciones familiares, no en una actuación enfermera exclusiva.
Limitaciones	Alta complejidad logística en UCI; entornos heterogéneos y con alta rotación; dificultad para reclutar y retener pacientes;
Conclusión	FAVoR fue efectiva para aumentar los días libres de delirio y mostró un efecto dependiente de la dosis.

Campo	Contenido
Referencia	Khan BA, Khan SH, Perkins AJ, et al. 2025. (65)
País / ámbito	Estados Unidos, UCI de dos hospitales afiliados a Indiana University y Mayo Clinic.
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico.
Muestra	158 pacientes mayores (>50 años) con ventilación mecánica.
Intervención	Música a ritmo lento (60-80 bpm), dos veces al día, 1 hora, mediante auriculares, durante 7 días.
Comparador	Control activo (auriculares con pista de silencio).
Instrumentos	CAM-ICU, RASS, CPOT (dolor), VAS-A (ansiedad).
Variable principal	Días libres de delirio/coma a los 7 días.
Resultados principales	No hubo diferencias significativas: días libres de delirio/coma 2.5 vs 3, $p = 0.66$. Tampoco hubo diferencias en severidad de delirio, dolor o ansiedad ($p > 0.05$).
Significación / efecto	Resultados negativos; el tratamiento no fue superior al control activo.
Rol de enfermería	El estudio fue dirigido por un equipo multidisciplinar; aunque la intervención fue técnica, la implementación y seguimiento en UCI requiere el soporte del personal de enfermería; la autora principal de la parte de enfermería es Linda L. Chlan.
Limitaciones	Diseño estricto pero resultado negativo; el control activo (silencio) pudo haber tenido un efecto protector; la música pudo no ser suficiente por sí sola para pacientes mecánicamente ventilados; muestra de pacientes con comorbilidades importantes.
Conclusión	La música a ritmo lento no redujo significativamente el delirio ni sus síntomas en adultos mayores ventilados.

Campo	Contenido
Referencia	Nydahl P, McWilliams D, Weiler N, et al. 2022. (66)
País / ámbito	Alemania, UCI mixtas de dos hospitales universitarios; se había planificado un tercer centro en Reino Unido, pero fue excluido.
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado piloto, multicéntrico.
Muestra	46 pacientes analizados; 26 intervención y 20 control.
Intervención	Movilización vespertina entre las 21:00 y 23:00 durante 3 tardes consecutivas, con apoyo de un equipo adicional de enfermería y fisioterapia.
Comparador	Cuidados habituales, con movilización diurna estándar.
Instrumentos	CAM-ICU, RASS, ICU Mobility Scale, NRS/VAS para dolor, SOFA.
Variable principal	Factibilidad: tasa de reclutamiento, tasa de entrega de la intervención y eventos de seguridad.
Resultados principales	Reclutamiento del 24.9% de los pacientes presentes; la intervención se entregó en 75% de las ocasiones posibles; hubo eventos de seguridad en 16.7% sin consecuencias graves.
Significación / efecto	Menor incidencia de delirio en el grupo intervención (26.9% vs 50%), pero sin significación estadística; OR 0.37, p = .133.
Rol de enfermería	Muy alto: el estudio fue impulsado por un equipo de enfermería y fisioterapia, y la intervención dependió de la movilidad, vigilancia y seguridad asistencial del personal.
Limitaciones	Estudio piloto; muestra pequeña; falta de enmascaramiento; solo 3 tardes de intervención; cambios metodológicos durante el estudio; resultados clínicos secundarios interpretables con cautela.
Conclusión	La movilización vespertina fue factible y segura, con señales de beneficio sobre delirio, pero se necesitan ensayos más grandes.

Campo	Contenido
Referencia	Lazdāne A, Vaitkuse KE, Homenko A, Šķuburs GK, Kazūne S. 2025. (67)
País / ámbito	Letonia.
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado.
Muestra	62 pacientes mayores de 75 años; 32 control y 30 intervención.
Intervención	Reorientación estructurada diaria de 30 min y briefing diario de noticias de 5 min.
Comparador	Cuidados habituales + cribado diario con CAM-ICU.
Instrumentos	MoCA / MoCA-Blind preoperatorio y CAM-ICU diario postoperatorio durante 7 días.
Variable principal	Incidencia y duración de delirio postoperatorio.
Resultados principales	Incidencia similar: 20% intervención vs 25% control, $p = 0.82$. Duración menor en intervención: 4 vs 6 días, $p < 0.01$. Resolución del delirio dentro de 7 días: RR = 4.13, $p = 0.03$.
Significación / efecto	La intervención no redujo la incidencia, pero sí acortó significativamente la duración del delirio; en el modelo de Cox, HR = 12.21, IC95% 2.07–72.16, $p = 0.006$. La cognición preoperatoria alterada se asoció con mayor riesgo de delirio, $p = 0.02$.
Rol de enfermería	El artículo no describe una intervención liderada específicamente por enfermería; la aplicación parece más cercana a un protocolo estructurado de reorientación, potencialmente realizable por personal sanitario, pero no detalla una función enfermera concreta.
Limitaciones	CAM-ICU aplicado solo una vez al día, lo que puede infradetectar delirio fluctuante; duración corta del estudio; intervención solo postoperatoria, sin fase preoperatoria; contexto de centro único; posible menor efecto frente a programas multicomponente.
Conclusión	La reorientación redujo la duración del delirio postoperatorio, pero no la incidencia global.

Campo	Contenido
Referencia	Wang XP, Lv D, Cheng YF, Chen N, Li XD, Xu CF, Li Y, Tian L. 2022. (68)
País / ámbito	China, dos UCI de un hospital terciario.
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado con seguimiento a 6 meses.
Muestra	243 pacientes con ventilación mecánica, 123 intervención y 120 control.
Intervención	Protocolo multicomponente: control del dolor, sedación ligera y despertar diario, movilización precoz, promoción del sueño y monitorización del delirium.
Comparador	Cuidados habituales.
Instrumentos	CAM-ICU para delirio, RCSQ para sueño, MoCA para función cognitiva.
Variables principales	Incidencia y duración de delirio, tiempo de ventilación, estancia en UCI, mortalidad a 28 días, función cognitiva a 3 y 6 meses.
Resultados principales	Menor incidencia de delirio en intervención: 23.58% vs 40.00%, p = .004 Menor duración del delirio: 2.83 vs 4.02 días, p = .005 Menor tiempo de ventilación: 153.07 vs 170.90 h, p = .023. Menor estancia en UCI: 7.88 vs 10.13 días, p = .001
Significación / efecto	Tras ajuste, la intervención se mantuvo significativa para delirio: p = .028, OR = 0.46, IC95% 0.23–0.92. La mortalidad a 28 días no fue significativa: p = .314. Menor deterioro cognitivo a 3 meses: 29.07% vs 44.44%, p = .039. A 6 meses: 27.91% vs 41.98%, p = .056, no significativo
Rol de enfermería	La enfermería tuvo un papel central, ya que realizó la monitorización del delirio (CAM-ICU), evaluó y controlo el sueño y la movilización, y participó activamente en la aplicación de las intervenciones.
Limitaciones	Muestra reducida y elevada dependencia de un equipo multidisciplinar entrenado, lo que puede dificultar la aplicación y adherencia en la práctica clínica habitual.
Conclusión	El protocolo se asoció con menos delirio y mejores resultados clínicos; el efecto sobre cognición fue más claro a 3 meses que a 6 meses.

Campo	Contenido
Referencia	Rood PJT, Ramnarain D, Oldenbeuving AW, et al. 2023. (69)
País / ámbito	Países Bajos, UCI neurológica de un centro único.
Diseño	Ensayo de series temporales interrumpidas.
Muestra	130 pacientes incluidos; 73 en periodo intervención y 57 en control.
Intervención	Programa multicomponente de enfermería: visión, audición, orientación, cognición, sueño y movilización.
Comparador	Cuidados estándar sin protocolo local estructurado.
Instrumentos	E-PRE-DELIRIC, evaluaciones de delirio y coma, y medidas de estancia y ventilación mecánica.
Variable principal	Días libres de delirio y coma a 28 días.
Resultados principales	No hubo diferencia significativa en días libres de delirio/coma: mediana 15 vs 10, p = 0.87; cambio de pendiente p = 0.18.
Significación / efecto	La intervención no mostró beneficio estadísticamente significativo, aunque hubo una diferencia mediana de 5 días a favor del grupo intervención.
Rol de enfermería	Muy relevante: se trata de un programa de intervención de enfermería, con actividades concretas aplicadas por el personal, formación, carteles, materiales prácticos y estrategias de implementación organizativa.
Limitaciones	Centro único; pacientes con alto riesgo; durante el periodo control algunas medidas no farmacológicas ya podían aplicarse sin protocolo; necesidad de ensayos más grandes.
Conclusión	El programa no mejoró significativamente los días libres de delirio y coma en 28 días, aunque puede ser una señal positiva que merece confirmación.

Campo	Contenido
Referencia	Van den Boogaard M, Leenders M, Pop-Purceleanu M, Tilburgs B. 2024. (70)
País / ámbito	Países Bajos, UCI y MCU de un hospital universitario.
Diseño	Estudio observacional prospectivo.
Muestra	86 pacientes; 104 evaluaciones CAM-ICU-7 y 105 ICDSC comparadas con DRS-R98.
Intervención	No aplica; estudio de validación de herramientas.
Comparador	DRS-R98, considerado gold standard.
Instrumentos	CAM-ICU-7, ICDSC y DRS-R98.
Variable principal	Sensibilidad, especificidad y validez para severidad del delirio.
Resultados principales	Sensibilidad: 90% CAM-ICU-7 y 95% ICDSC; especificidad: 92.4% y 92.3%. Correlación con DRS-R98: 0.74 y 0.70, respectivamente; ambas $p < 0.001$.
Significación / efecto	Ambos instrumentos mostraron buen rendimiento diagnóstico y buena correlación con severidad del delirio.
Rol de enfermería	Muy claro: CAM-ICU-7 e ICDSC fueron realizados por enfermeras, y el artículo destaca que las enfermeras pueden utilizarlos tanto para detectar delirio como para estimar su severidad.
Limitaciones	Estudio durante la pandemia; exclusión de pacientes COVID-19; alta carga asistencial; más sedación y menos evaluaciones completas; pocos casos de delirio grave; unicéntrico.
Conclusión	CAM-ICU-7 e ICDSC son válidos en práctica clínica diaria y pueden usarse también para estimar la severidad del delirio.

Campo	Contenido
Referencia	Sayılan S, Özen V, Tosun B, Aydın Sayılan A, Özen N. 2023. (71)
País / ámbito	Turquía, UCI de hospital de formación e investigación.
Diseño	Estudio metodológico de adaptación y validación.
Muestra	172 pacientes adultos en UCI.
Intervención	No aplica; validación de modelo predictivo.
Comparador	Pacientes CAM-ICU negativos vs. positivos.
Instrumentos	PRE-DELIRIC y CAM-ICU.
Variable principal	Capacidad del PRE-DELIRIC para predecir delirio.
Resultados principales	Punto de corte útil: ≥7.58%; AUC 64.9%; sensibilidad 88.24%; especificidad 49.68%.
Significación / efecto	PRE-DELIRIC ≥7.58 se asoció con mayor riesgo de CAM-ICU positivo; OR 7.404, IC95% 1.638–33.469.
Rol de enfermería	El modelo puede apoyar a enfermería en el cribado precoz, especialmente porque usa datos objetivos y no requiere que el paciente responda.
Limitaciones	Estudio unicéntrico; tamaño muestral limitado; solo pacientes conscientes y comunicativos; evaluación de delirio no rutinaria en ese centro, lo que puede infraestimar incidencia.
Conclusión	PRE-DELIRIC parece útil como herramienta predictiva sencilla y aplicable en UCI.

Campo	Contenido
Referencia	Locihová H, Matouch P, Axmann K. 2025. (72)
País / ámbito	República Checa, UCI de AGEL Hospital.
Diseño	Estudio observacional prospectivo.
Muestra	126 pacientes no intubados en UCI (>24h).
Intervención	No aplica; observacional.
Comparador	Calidad de sueño buena (NRS >5) vs. mala (NRS ≤5).
Instrumentos	CAM-ICU, ICDSC (para delirio) y NRS (para sueño).
Variable principal	Relación entre calidad subjetiva del sueño y delirio.
Resultados principales	Incidencia de delirio: 29.4% (CAM-ICU) y 31.7% (ICDSC). Relación significativa entre mala calidad de sueño y mayor incidencia de delirio ($p < 0.001$).
Significación / efecto	Kendall's τ fue 0.391 para CAM-ICU y 0.463 para ICDSC (relación moderada).
Rol de enfermería	Subraya la importancia de la valoración enfermera diaria mediante NRS y escalas de delirio, a pesar de las limitaciones de la subjetividad.
Limitaciones	Diseño unicéntrico; muestra compuesta principalmente por pacientes conscientes y no críticos; subjetividad del NRS; falta de datos objetivos (como polisomnografía).
Conclusión	La mala calidad del sueño subjetiva está asociada con el delirio, sugiriendo que las alteraciones del sueño contribuyen a su desarrollo.

Campo	Contenido
Referencia	Barani N, Jackson AC, Sharifi F, Bahramnezhad F. 2025. (73)
País / ámbito	Irán, UCI de hospitales afiliados a Kurdistan University of Medical Sciences.
Diseño	Estudio transversal.
Muestra	118 pacientes adultos; 59% hombres; edad media 46 años.
Intervención	No aplica; estudio observacional de asociación.
Comparador	Pacientes con menor o mayor intensidad de sed / con y sin delirio.
Instrumentos	VAS para sed, RASS para sedación/agitación y CAM-ICU para delirio.
Variable principal	Relación entre sed y aparición de delirio.
Resultados principales	Delirio en 22.43% de pacientes; sed moderada y severa aumentó el riesgo de delirio aprox. 4 y 14 veces, respectivamente. La deshidratación también se asoció con aumento del riesgo >10 veces.
Significación / efecto	Sed moderada: OR 4.31, $p = 0.01$. Sed severa: OR 14.11, $p < 0.001$. BUN/Cr ratio: OR 10.14, $p < 0.001$. Osmolaridad plasmática: OR 5.11, $p < 0.001$.
Rol de enfermería	El estudio recomienda que enfermería evalúe sistemáticamente la sed, documente factores de riesgo y monitorice BUN/Cr, sodio y osmolaridad, además de notificar alteraciones al médico.
Limitaciones	Diseño transversal, por lo que no permite causalidad; muestra relativamente pequeña; medición una sola vez al día; posible falta de representatividad; no incluyó gravedad de enfermedad por APACHE; contexto cultural/lingüístico puede limitar generalización.
Conclusión	La sed y la deshidratación se asociaron de forma significativa con delirio, y la monitorización enfermera puede ayudar a su prevención.

Campo	Contenido
Referencia	Alzoubi E, Shaheen F, Yousef K. 2024. (74)
País / ámbito	Jordania, centro médico universitario, 60 camas de UCI (médica, quirúrgica, neurovascular, cardiaca).
Diseño	Estudio de cohorte prospectivo.
Muestra	111 pacientes mayores de 18 años, conscientes, admitidos al menos 8 horas.
Intervención	No aplica; estudio observacional.
Comparador	No aplica; comparación entre pacientes con y sin delirio.
Instrumentos	CAM-ICU, Katz ADL Index, APACHE II, GCS, RASS.
Variable principal	Incidencia, predictores y resultados del delirio.
Resultados principales	Incidencia del 31.5%. La severidad de la enfermedad (APACHE II) fue el único predictor significativo. El delirio se asoció con mayor estancia en UCI y hospital, y mayor mortalidad intrahospitalaria y a los 4 meses.
Significación / efecto	APACHE II: OR 1.28, $p < 0.001$. Mortalidad intrahospitalaria: OR 12.05, $p = 0.001$. Mortalidad a 4 meses: OR 7.11, $p = 0.003$.
Rol de enfermería	Los autores son profesionales de enfermería y el estudio destaca que los predictores identificados (como el APACHE II) pueden ser utilizados por enfermería para la estratificación del riesgo y una gestión más eficiente de recursos (ej. ratios enfermera-paciente).
Limitaciones	Muestra de conveniencia; estudio unicéntrico; pacientes con sedación profunda fueron excluidos, lo que pudo subestimar la incidencia y el APACHE II; muestra homogénea étnicamente (limita generalización).
Conclusión	El delirio se asocia a mayor estancia y mortalidad; los enfermeros pueden usar los predictores para estratificar el riesgo.

Campo	Contenido
Referencia	Raquer AP, Fong CT, Walters AM, Souter MJ, Lele AV. 2024. (75)
País / ámbito	Estados Unidos, UCI.
Diseño	Cohorte retrospectiva.
Muestra	11,322 pacientes.
Intervención	No aplica; estudio observacional de diagnóstico y asociaciones.
Comparador	No aplica; comparación entre pacientes con y sin delirio.
Instrumentos	CAM / CAM-ICU para cribado de delirio.
Variable principal	Prevalencia de delirio, pruebas realizadas y asociaciones con utilización de recursos y desenlaces al alta.
Resultados principales	Se testó delirio en 72.6% de los pacientes; 27.2% de los testados dieron positivo. El delirio se asoció con mayor uso de recursos, complicaciones y peor pronóstico al alta.
Significación / efecto	Ejemplos: mayor edad redujo la probabilidad de ser testado, con aOR 0.79 y 0.58 según grupo; delirio se asoció con mortalidad al alta OR 7.26, IC95% 6.07–8.70.
Rol de enfermería	Las enfermeras de cabecera aplicaron CAM/CAM-ICU para valorar delirio, pero el estudio no evalúa una intervención enfermera, sino práctica diagnóstica y uso clínico.
Limitaciones	Diseño retrospectivo; dependencia de historia clínica electrónica; posible sesgo de selección y datos faltantes; estudio unicéntrico, por lo que la generalización es limitada.
Conclusión	El delirio se asocia con mayor utilización de recursos, más complicaciones y peor estado al alta.

Campo	Contenido
Referencia	Thassayu Yuyen, Akarawat Narksut. 2025. (76)
País / ámbito	Tailandia, UCI quirúrgica de un hospital universitario terciario.
Diseño	Estudio antes-después de cohorte retrospectiva.
Muestra	300 pacientes en total; 150 preintervención y 150 intervención.
Intervención	Protocolo multicomponente: orientación, cognición, movilización según nivel, evaluación y manejo del dolor, cuidado de ojos/oídos, promoción del sueño y revisión de medicación.
Comparador	Cuidados previos a la implantación del protocolo.
Instrumentos	CAM-ICU dos veces al día para delirio.
Variable principal	Incidencia de delirio postoperatorio.
Resultados principales	Incidencia de POD no significativa: 40.0% vs 38.0%, p = 0.723; OR 0.92, IC95% 0.58–1.46. No hubo efecto en inicio ni duración del delirio. Sí disminuyeron los eventos SICU: 34.0% vs 62.7%, p < 0.001; la estancia hospitalaria fue menor: 16.5 vs 20 días, p = 0.034.
Significación / efecto	En regresión multivariable, el protocolo no se asoció con reducción de POD: OR 0.70, IC95% 0.39–1.25 y OR 0.63, IC95% 0.37–1.08 según el modelo.
Rol de enfermería	El protocolo fue implementado por profesionales entrenados durante los turnos, con participación explícita de enfermeras de UCI en el desarrollo y aplicación del programa; además, la adherencia al protocolo se registró mediante checklist.
Limitaciones	Diseño observacional antes-después, posible confusión residual; parte de las medidas ya formaban parte del cuidado habitual y eso pudo atenuar el efecto; la cohorte intervención era más grave en varias variables al inicio; resultados sujetos a sesgo temporal; no siempre puede atribuirse causalidad.
Conclusión	El protocolo no redujo la incidencia de POD, pero sí mejoró otros desenlaces como eventos en UCI y estancia hospitalaria.

Campo	Contenido
Referencia	Lai H-J, Chang W-P. 2025. (77)
País / ámbito	Taiwán, centro médico con cuatro UCI.
Diseño	Estudio observacional prospectivo.
Muestra	74 pacientes adultos en UCI.
Intervención	No aplica; observacional.
Comparador	No delirio vs. delirio prolongado vs. delirio de nueva aparición.
Instrumentos	Actigrafía (TST, WASO, r24), CAM-ICU, SOFA, APACHE II, MUST, ACCI, Katz Index.
Variable principal	Asociación entre calidad de sueño, estabilidad circadiana y estado de delirio, y su valor predictivo de mortalidad.
Resultados principales	WASO y r24 se asociaron con cambios en el estado de delirio; mayor WASO se relacionó con delirio de nueva aparición; r24 más bajo se relacionó con delirio prolongado y mayor mortalidad.
Significación / efecto	Delirio prolongado (HR=3.92, p=0.049) y SOFA (HR=1.32, p=0.027) fueron predictores independientes de mortalidad.
Rol de enfermería	Recomienda monitorización continua de la continuidad del sueño y ritmos circadianos en UCI; incorporar WASO en valoraciones de riesgo de delirio por parte de enfermeria para facilitar intervenciones precoces.
Limitaciones	Centro único; tamaño muestral limitado; uso de ventana como medio de exposición a luz; los resultados de algunos parámetros no fueron significativos (posiblemente por tamaño muestral).
Conclusión	La monitorización del sueño y la estabilidad circadiana es fundamental para detectar delirio y predecir mortalidad en UCI.

Campo	Contenido
Referencia	Tsukakoshi D, Mutai H, Yamamoto S, Sato M, Furuhashi K, Nakamura T, Ichiyama T, Imamura H, Horiuchi H. 2025. (78)
País / ámbito	Japón, hospital universitario de Shinshu.
Diseño	Cohorte retrospectiva de centro único.
Muestra	391 pacientes con estancia en UCI de 7 días o más; 59 con terapia al aire libre y 332 sin ella.
Intervención	Terapia supervisada al aire libre como extensión de la movilización precoz.
Comparador	Pacientes sin terapia al aire libre.
Instrumento	ICDSC, evaluado dos veces al día por enfermería.
Variable principal	ICDSC al alta de UCI.
Resultados principales	Menor ICDSC al alta en el grupo intervención: 3.0 vs 4.0, $p = 0.013$. Mayor número de sesiones asociado con menor ICDSC al alta: $\beta = -0.113$, $p = 0.025$. Mejora intrapaciente el día de la primera sesión: 4 a 2, $p < 0.001$.
Significación / efecto	El efecto fue significativo en el análisis emparejado y en la regresión ajustada; el tamaño del efecto informado fue Cliff's delta = -0.329 tras emparejamiento.
Rol de enfermería	Las enfermeras evaluaron el delirio dos veces al día con ICDSC, colaboraron en la revisión multidisciplinar de seguridad, participaron en el seguimiento clínico de los pacientes y formaron parte del flujo asistencial de las sesiones supervisadas.
Limitaciones	Diseño observacional con posible confusión residual; no se captaron bien los cambios de medicación tras la exposición; variables tiempo-dependientes pueden haber introducido confusión; el ICDSC es una escala de cribado y no una escala fina de severidad; dosis heterogénea y no protocolizada; no se evaluaron resultados cognitivos o funcionales a largo plazo; posible sesgo por selección y momento de la intervención.
Conclusión	La terapia supervisada al aire libre se asoció con una menor gravedad del delirio en adultos con estancias prolongadas en la UCI, respaldando así su integración en el manejo multimodal del síndrome.

Campo	Contenido
Referencia	Hwang JH, Kim MY. 2021. (79)
País / ámbito	Corea, UCI de un hospital universitario.
Diseño	Cuasi-experimental
Muestra	73 pacientes mayores de 65 años, 35 intervención y 38 control.
Intervención	Programa multicomponente: educación a cuidadores, evaluación de delirio, reorientación, comunicación terapéutica, intervención sensorial, movilidad, apoyo familiar y mantenimiento del sueño.
Comparador	Cuidados habituales.
Instrumentos	CAM-ICU y RASS para delirio/sedación.
Variables principales	Incidencia de delirio, auto extubación o retirada accidental de catéter, estancia en UCI.
Resultados principales	Delirio: 5.7% vs 23.7%, OR = 0.19, IC95% 0.03–0.97, p = .047. Auto extubación/retirada de catéter: OR = 0.34, IC95% 0.03–3.46, p = .365, no significativo. Estancia en UCI: 71.81 vs 93.93 horas, Z = 1.08, p = .282, no significativo.
Significación / efecto	El efecto principal fue significativo para reducir delirio; los otros desenlaces no alcanzaron significación estadística.
Limitaciones	Diseño no aleatorizado, único centro y exclusión de pacientes con sedación continua, factores que limitan la generalización y pueden introducir sesgos.
Conclusión	El programa multicomponente redujo la incidencia de delirio, pero no mostró diferencias significativas en autoextubación ni en estancia en UCI.

Campo	Contenido
Referencia	Tonna JE, Dalton A, Presson AP, Zhang C, Colantuoni E, Lander K, Howard S, Beynon J, Kamdar BB. 2021. (80)
País / ámbito	Estados Unidos, dos UCI quirúrgicas de un centro académico.
Diseño	Estudio de mejora de la calidad, pre-post escalonado.
Muestra	646 ingresos en UCI quirúrgica/cardiovascular; 332 preintervención y 314 intervención.
Intervención	Paquete multicomponente día/noche: reducción de ruido y luz, tapones y antifaz, apertura de persianas, fomento de actividad física, agrupación de cuidados, etc.
Comparador	Periodo basal antes de la intervención.
Instrumentos	CAM-ICU, Riker SAS, RCSQ.
Variable principal	Proporción de días con delirio.
Resultados principales	Reducción significativa de días con delirio: 20% preintervención vs 15% intervención; diferencia ajustada -4.9%, p = 0.03.
Significación / efecto	El protocolo se asoció con menor prevalencia de delirio, pero no mejoró la calidad global del sueño medida por RCSQ.
Rol de enfermería	Muy alto: el paquete fue liderado por enfermería y apoyado por checklist diario, rondas y educación al personal.
Limitaciones	Diseño observacional pre-post; posibles factores de confusión temporal; unicéntrico; no se usó polisomnografía; adherencia desigual a algunas medidas; resultados mayoritariamente en población quirúrgica.
Conclusión	La intervención fue factible y se asoció con reducción del delirio en UCI quirúrgica.

Campo	Contenido
Referencia	Andrews JL, Louzon PR, Torres X, Pyles E, Ali MH, Du Y, Devlin JW. 2021. (81)
País / ámbito	Estados Unidos, UCI mixta médico-cardiaca de 40 camas.
Diseño	Estudio piloto antes-después de mejora de calidad.
Muestra	76 pacientes incluidos; 48 antes y 28 después del protocolo.
Intervención	Protocolo multicomponente de sueño liderado por farmacéuticos: revisión diaria de medicación, intervenciones ambientales diurnas/nocturnas y medidas no farmacológicas como antifaz, tapones y máquina de sonido.
Comparador	Cuidados previos a la implantación del protocolo.
Instrumentos	Fitbit Charge 2 para tiempo total de sueño nocturno, y Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) para percepción subjetiva.
Variable principal	Duración y calidad del sueño.
Resultados principales	TST mayor tras el protocolo: 388.6 ± 123.3 vs 310.1 ± 146.7 min, p = 0.02. RCSQ mejor: 62.9 vs 42.2, p = 0.0003. En análisis secundarios, también hubo significación para TST y RCSQ: p = 0.003 y p = 0.004.
Significación / efecto	El protocolo mostró mejoras estadísticamente significativas en duración y calidad del sueño; no se reportó modelo de OR porque el diseño fue de antes-después con variables continuas.
Rol de enfermería	La enfermera participó en las intervenciones ambientales, en la documentación de checklist por turno y en la implementación del protocolo.
Limitaciones	Muestra pequeña; reclutamiento detenido antes de lo previsto; protocolo aplicado solo en pacientes no ventilados y sin sedación; posible inclusión de pacientes con apnea del sueño no diagnosticada; alta tasa de rechazo; generalización limitada a pacientes despiertos y no intubados; posible fatiga por administración repetida del RCSQ.
Conclusión	El protocolo liderado por farmacéuticos mejoró de forma significativa la duración y la calidad del sueño en UCI.

Campo	Contenido
Referencia	Topcu N, Tosun Z. 2022. (82)
País / ámbito	Turquía, UCI médica de un hospital terciario.
Diseño	Pretest-posttest con grupo control.
Muestra	78 pacientes; 38 intervención y 40 control.
Intervención	Protocolo no farmacológico para mejorar sueño: reducción de luz, ruido y distracciones; uso de antifaz y tapones; finalizar cuidados antes de dormir.
Comparador	Cuidados estándar previos a la implantación del protocolo.
Instrumentos	APACHE II, GCS, RASS, RCSQ, CAM-ICU y dispositivos de medición de ruido.
Variable principal	Calidad del sueño; también ruido ambiental y delirio.
Resultados principales	Ruido global disminuyó: 70.89 ± 3.81 a 62.66 ± 3.45 dB(A), $p < 0.001$. RCSQ total aumentó: 51.5 ± 4.3 a 68.4 ± 6.1, $p < 0.001$. El delirio bajó del 60% al 45%, pero sin significación estadística: $p = 0.131$.
Significación / efecto	El efecto fue significativo para ruido y sueño; para delirio hubo reducción del 15%, pero no significativa.
Rol de enfermería	Muy claro: las enfermeras recibieron formación previa y aplicaron medidas de reducción de ruido, control de luces, organización de cuidados nocturnos y uso de antifaz/tapones.
Limitaciones	Estudio unicéntrico; limitado a pacientes capaces de auto informar; camas juntas en la UCI, lo que dificulta aislar el efecto ambiental; fuerte dependencia de una evaluación subjetiva del sueño.
Conclusión	El protocolo mejoró la calidad del sueño y redujo el ruido; el delirio disminuyó, pero sin alcanzar significación.