

TESINA

presentada para acceder al título de grado de la
carrera de **LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y
FISIATRÍA**

**Título: “Delirium en la Unidad de Cuidados
Intensivos: Percepciones y prácticas no
farmacológicas utilizadas por los
kinesiólogos en hospitales de la ciudad de
Santa Fe”**

Autores:

Gomez, Abril – 43234098

Vacaflor, Esteban - 43286426

Directora: Lic. Yobe, Melisa

Co-directora: Lic. Escobar Cello, Magdalena

Lugar y fecha de presentación:

Santa Fe, Argentina

09/02/2026

Firma de autores:



RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El delirium o síndrome confusional agudo es una alteración neurocognitiva frecuente en pacientes críticos internados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), asociada a un peor pronóstico clínico, mayor morbimortalidad, prolongación de la internación y deterioro cognitivo a largo plazo. Su etiología es multifactorial y numerosos factores que precipitan su aparición se relacionan con el entorno de la UCI, muchos de ellos potencialmente modificables mediante estrategias no farmacológicas. En este contexto, el kinesiólogo cumple un rol relevante dentro del equipo interdisciplinario, participando en la prevención, detección y abordaje del delirium.

OBJETIVO: Indagar las percepciones y prácticas no farmacológicas declaradas por kinesiólogos que trabajan en UCI de hospitales públicos y privados de la ciudad de Santa Fe.

MÉTODOS: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y observacional, precedido por una revisión bibliográfica. La población estuvo conformada por kinesiólogos que se desempeñan en UCI de la ciudad de Santa Fe. La recolección de datos se efectuó mediante encuestas autoadministradas a través de la plataforma Google Forms, con el fin de identificar sus percepciones sobre el delirium y las prácticas no farmacológicas empleadas para su prevención y abordaje.

RESULTADOS: Los kinesiólogos reconocen la relevancia del delirium en la UCI y aplican diversas estrategias no farmacológicas. No obstante, se evidenció un conocimiento heterogéneo, especialmente en relación con la fisiopatología y el uso sistemático de herramientas de evaluación. También se identificaron diferencias entre el ámbito público y privado vinculadas a los tiempos de atención, la disponibilidad de recursos humanos y el trabajo interdisciplinario.

CONCLUSIÓN: Los kinesiólogos perciben al delirium como una patología frecuente asociada a complicaciones en el paciente crítico. Aunque las estrategias utilizadas se alinean con la literatura científica, persiste una brecha entre el conocimiento teórico y la práctica clínica, lo que resalta la necesidad de fortalecer la formación profesional y estandarizar prácticas no farmacológicas basadas en la evidencia.

PALABRAS CLAVE: Delirium - Unidad de Cuidados Intensivos - Tratamiento no farmacológico - Kinesiólogos - Pacientes Críticos.

ÍNDICE:

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	4
II.a. Objetivo general:	4
II.b. Objetivos específicos:	4
III. MARCO TEÓRICO	5
III.a. Unidad de Cuidados Intensivos:	5
III.b. Paciente crítico:	5
III.c. Rol del kinesiólogo dentro del equipo de salud	6
III.c.I. Rol del kinesiólogo en UCI	6
III.c.II. Competencias del kinesiólogo en UCI	7
III.d. Conciencia y atención	8
III.d.I Evaluación de la conciencia:	8
III.d.II Alteraciones de la conciencia:	8
III.d.III Alteraciones del nivel de conciencia:	9
III.d.IV Alteración del contenido de conciencia. Confusión	10
III.i. Delirium:	10
III.i.I. Factores predisponentes y precipitantes del delirium:	11
III.i.II. Clasificación del delirium:	12
III.i.III. Fisiopatología del delirium:	12
III.i.IV. Epidemiología del Delirium:	13
III.i.V. Consecuencias clínicas del delirium:	14
III.i.VI. Herramientas para el diagnóstico del delirium:	15
III.i.VII. Relevancia del delirium en la UCI	19
III.i.VIII. Prevención del delirium:	20
III.i.IX. Tratamiento del delirium:	21
III.i.X. Prácticas no farmacológicas:	23
III.i.XI. Prácticas farmacológicas:	24
IV. JUSTIFICACIÓN	25
V. MATERIALES Y MÉTODOS	26
V.a. Revisión Bibliográfica:	26
V.b. Trabajo de campo	27
VI. RESULTADOS	28
VI.a. Resultados de la búsqueda bibliográfica:	28
VI.b. Diagrama de flujo:	28
VI.c. Cuadros de análisis de estudios:	29
VI.c.I Análisis de resultados de búsqueda bibliográfica:	41
VI.d. Resultados de las encuestas	43
VI.d.I. Análisis de resultados de las encuestas:	55
VII. DISCUSIÓN	58
VIII. CONCLUSIÓN	64
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
X. ANEXOS	72
X.a. Consentimiento informado	72

X.b. Encuesta.....	73
--------------------	----

I. INTRODUCCIÓN:

El delirium o síndrome confusional agudo es un trastorno neuropsiquiátrico de causa orgánica, comienzo agudo y curso fluctuante, caracterizado por producir alteraciones de la función cognitiva, de la conciencia, la conducta motora, las emociones y el ciclo sueño-vigilia. Como consecuencia, se afecta la capacidad del paciente de percibir, procesar, almacenar y recordar información. ^{1,2}

Es importante considerar que se clasifica al delirium teniendo en cuenta su presentación clínica y el nivel de actividad psicomotriz del paciente, se divide en hipoactivo, hiperactivo y mixto. El primero, es la forma de presentación clínica más frecuente, en el cual se observa disminución del estado de alerta, partiendo de somnolencia con poca interacción espontánea con el entorno, hasta un estado de letargo/estupor, con marcada reducción de la actividad motora, lo que dificulta su detección y diagnóstico, teniendo como consecuencia un pronóstico desfavorable; por otro lado, el delirium hiperactivo es caracterizado por un aumento de la actividad psicomotriz, sumado a un estado de agitación, agresividad, hipervigilancia y posibles alucinaciones visuales o auditivas; y por último, el delirium mixto, es una presentación clínica en la que se combinan características de las dos anteriormente mencionadas, oscilando entre estados de hipo e hiperactividad psicomotriz. ³

La etiología del delirium es multifactorial, existen factores predisponentes, no modificables, que condicionan la aparición del síndrome, como la edad del paciente, sexo masculino, antecedentes de enfermedades mentales, antecedentes de delirium, compromiso multisistémico, falla hepática o renal crónica, adicciones, etc. Por otra parte, se asocia también a factores precipitantes, los cuales acentúan el riesgo preexistente de aparición del delirium, tales como desequilibrio electrolítico, uso de ciertos fármacos, cirugías complejas o de emergencia, infecciones latentes y otros relacionados al entorno hospitalario, como por ejemplo inmovilización, intubación, fármacos sedantes como benzodiazepinas, procedimientos médicos o de enfermería, distanciamiento familiar, pérdida de la noción día/noche, entre otros. ⁴

Este síndrome, puede presentarse en pacientes de todos los entornos hospitalarios, pero en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la prevalencia es especialmente elevada, alcanzando entre el 20 y 90% del total de pacientes críticos en América del Norte y entre el 20 y 28% en América del Sur, principalmente en aquellos que están asociados a Ventilación Mecánica Invasiva (VMI), son mayores de 65 años y poseen un deterioro cognitivo previo. ²

El diagnóstico de delirium en las UCI se realiza a través de diferentes escalas

validadas, tales como la Escala Clasificación del Delirio Revisada (DRS-R-98), Método para la Evaluación de la Confusión en la UCI (CAM-ICU) y la prueba de las 4 “A” (4AT).⁵

Se considera una emergencia médica debido a que se asocia con resultados adversos en pacientes hospitalizados, incluyendo un pronóstico desfavorable, necesidad de institucionalización posterior, deterioro cognitivo a largo plazo, y desarrollo de enfermedades neuropsiquiátricas como depresión, ansiedad y trastorno de estrés post traumático, lo que dificulta al paciente volver a las condiciones de vida previas al desarrollo del delirium, aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad, prolongación de la necesidad de estancia en UCI y de la vinculación a la VMI, lo que lleva a un incremento en los costos sanitarios.^{3,6,8}

Frente a estas complicaciones, se desarrollaron medidas preventivas, que incluyen las farmacológicas y las no farmacológicas. La literatura científica evidencia que las medidas farmacológicas son costosas, no eficaces y están ligadas al riesgo de generar efectos adversos; y que las medidas no farmacológicas tales como la orientación temporal y espacial, la estimulación visual y auditiva, el acompañamiento familiar, y movilización temprana son eficaces, de bajo costo, sencilla aplicación y lograron disminuir significativamente la incidencia y la duración del delirium en la UCI.⁹

Aunque en el ámbito de las UCI resulta indispensable el tratamiento farmacológico para abordar diversas alteraciones que predisponen al delirium, es fundamental encontrar un equilibrio entre estas intervenciones y las medidas no farmacológicas, ya que cumplen un papel clave al actuar sobre los factores precipitantes que favorecen la aparición del síndrome.¹⁰

Es importante considerar que los kinesiólogos que trabajan en las UCI deben garantizar a los pacientes de alta complejidad internados en la misma, el máximo nivel de cuidados tanto respiratorios como de rehabilitación, basándose en la mejor evidencia científica disponible, adaptándola a cada individuo particular, a sus características y el contexto en el que se encuentran.¹¹

Dentro de las competencias profesionales de los kinesiólogos que trabajan en la UCI, se encuentran las evaluaciones funcionales, destacando la valoración del dolor, delirium y nivel de sedación de los pacientes críticos, a través de las correspondientes escalas validadas; también deben estar capacitados para la implementación de las medidas no farmacológicas anteriormente mencionadas, para prevenir el desarrollo del delirium y favorecer su tratamiento. Siendo de esta forma profesionales imprescindibles para la prevención y el tratamiento del delirium en las UCI, pudiendo asumir un rol activo en la prevención, evaluación y

abordaje terapéutico del mismo. ¹²

Un aspecto relevante es que la identificación temprana de individuos con riesgo elevado de presentar delirium, permite realizar intervenciones adecuadas, lo que mejora los resultados clínicos, el pronóstico y disminuye la aparición de complicaciones futuras. La utilización de forma estandarizada de las medidas no farmacológicas, respaldadas por la evidencia científica, reduce la incidencia y prevalencia del delirium, lo que lleva a mejores resultados clínicos. ¹³

Si bien en determinadas UCI se cuenta con protocolos para el diagnóstico y prevención del delirium, en otras su monitorización y abordaje aún no se realizan de manera sistemática, lo que aumenta aún más el riesgo de padecer este síndrome en los pacientes ingresados en esta área.

A partir de lo expuesto anteriormente, surge la siguiente pregunta de investigación: en las UCI de hospitales públicos y privados de la ciudad de Santa Fe ¿Cuáles son las percepciones y prácticas no farmacológicas que utilizan los kinesiólogos para el abordaje del delirium?

II. OBJETIVOS:

II.a. Objetivo general:

- Indagar las percepciones y prácticas declaradas por los kinesiólogos que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos de la ciudad de Santa Fe respecto del abordaje no farmacológico del delirium.

II.b. Objetivos específicos:

- Describir las percepciones y prácticas no farmacológicas que los kinesiólogos refieren utilizar para el abordaje del delirium en la UCI.
- Analizar posibles diferencias en las percepciones y prácticas no farmacológicas declaradas por kinesiólogos que se desempeñan en UCI de hospitales públicos y privados.
- Identificar oportunidades de mejora en la formación profesional y en las prácticas actuales, a partir del contraste con la evidencia científica disponible.

III. MARCO TEÓRICO:

III.a. Unidad de Cuidados Intensivos:

La historia de las UCI se remonta a los aportes de Florence Nightingale durante la Guerra de Crimea, cuando organizó a los pacientes según la gravedad de sus lesiones para optimizar la atención. Más tarde, en 1926, el neurocirujano Walter Dandy creó en Boston la primera unidad hospitalaria destinada al cuidado continuo de pacientes críticos, marcando el inicio de un espacio específico dentro del hospital para este tipo de atención.¹⁴

Un avance decisivo ocurrió en la década de 1950, durante la epidemia de poliomielitis, cuando Bjorn Ibsen introdujo técnicas de ventilación con presión positiva, traqueotomías y aspiración manual de secreciones, logrando reducir significativamente la mortalidad. En 1953, Ibsen estableció la primera UCI moderna, consolidando el modelo de cuidados intensivos que se utiliza en la actualidad. La UCI constituye un espacio especialmente organizado para atender a pacientes que se encuentran en estado crítico. En este ámbito se brindan cuidados médicos y de enfermería altamente especializados, con un equipo interdisciplinario, junto con un monitoreo continuo y diversas formas de soporte vital destinadas a sostener las funciones orgánicas durante episodios de insuficiencia aguda. Aunque la UCI se encuentra ubicada en un sector específico del hospital, su labor no se limita únicamente a ese espacio físico. Con frecuencia, su equipo participa en evaluaciones, interconsultas, traslados internos y en la asistencia a otros servicios cuando surge la necesidad de atención crítica. De esta manera, la UCI se integra al funcionamiento global de la institución y contribuye al manejo coordinado de los pacientes más vulnerables.¹⁵

III.b. Paciente crítico:

El paciente crítico es aquel que cursa una enfermedad grave y presenta inestabilidad fisiológica, secundaria a un proceso potencialmente reversible que pone en riesgo su vida. Se caracteriza por la disfunción de uno o varios órganos vitales como el sistema respiratorio, cardiovascular, renal o neurológico, lo que compromete la capacidad del organismo para mantener la homeostasis y las funciones fisiológicas básicas sin la implementación de intervenciones médicas específicas.¹⁶

Esta condición conlleva un alto riesgo de muerte en el corto plazo si no se brinda atención oportuna, riesgo que es inmediato y clínicamente significativo. En consecuencia, el paciente crítico requiere cuidados médicos activos, que incluyen la monitorización continua, la vigilancia estrecha y la aplicación de técnicas de soporte vital

avanzado, así como la intervención de un equipo de salud especializado en el manejo integral del paciente crítico.¹⁷

A pesar de la gravedad del cuadro, el paciente crítico conserva un potencial real de reversibilidad con el tratamiento adecuado, lo que lo distingue de los estados terminales irreversibles en los que no existe una respuesta terapéutica plausible.¹⁷

III.c. Rol del kinesiólogo dentro del equipo de salud:

Dentro de los equipos de salud, el kinesiólogo cumple un rol profesional amplio y multidimensional, especialmente en el ámbito de la atención primaria. Desempeñan funciones que incluyen la evaluación clínica integral de los pacientes, particularmente de las condiciones musculoesqueléticas, identificando signos de alarma y necesidades de derivación, así como la planificación e implementación de intervenciones terapéuticas específicas. Asimismo, participan activamente en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientadas a preservar la funcionalidad y evitar el deterioro físico a lo largo del tiempo. El rol del kinesiólogo también incluye la educación del paciente, fomentando la autogestión de la salud, la adherencia a los tratamientos y la autonomía funcional. La comunicación efectiva con los pacientes y la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales del equipo de salud constituyen aspectos centrales de su práctica, permitiendo una atención integral y centrada en la persona. De este modo, el kinesiólogo aporta una mirada holística que contempla no sólo los aspectos físicos, sino también factores sociales, culturales y contextuales que influyen en el proceso de salud-enfermedad.¹⁷

III.c.I. Rol del kinesiólogo en UCI:

Durante la década de 1990, un grupo de kinesiólogos comenzó a participar activamente en la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), lo que permitió la creación del Capítulo de Kinesiología en el Paciente Crítico, actualmente denominado Capítulo de Kinesiología Intensivista. En 1999 se inició la primera especialidad en Kinesiología Crítica, con el respaldo de la SATI, marcando un avance importante en la jerarquización del rol del kinesiólogo dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y consolidando su integración en el equipo interdisciplinario junto a médicos, enfermeros y otros profesionales.

Con el tiempo, el rol del kinesiólogo en la UCI ha evolucionado significativamente, requiriendo mayor formación, nuevas funciones y mayores responsabilidades. Este profesional se desempeña como referente en el manejo de los cuidados respiratorios y

la rehabilitación del paciente crítico, participando en la evaluación y tratamiento, la fisioterapia respiratoria, el manejo de la vía aérea, la administración de oxigenoterapia y aerosoles, y la conducción de la ventilación mecánica invasiva y no invasiva, incluyendo la interpretación de parámetros y la participación en la toma de decisiones clínicas.¹¹

III.c.II. Competencias del kinesiólogo en UCI:

Las competencias del kinesiólogo que trabaja en UCI, comprenden el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para que un profesional de la kinesiología pueda ser reconocido como especialista en cuidados intensivos. Estas competencias son el resultado de un proceso formativo específico que habilita al profesional a “ser capaz de” o “estar capacitado para” desempeñar funciones altamente complejas dentro del ámbito crítico.

Las competencias generales corresponden a los conocimientos, habilidades y aptitudes que habilitan al kinesiólogo para desempeñarse en una UCI. Estas competencias derivan principalmente de la formación de grado; sin embargo, debido a que su abordaje varía según los planes de estudio de cada institución, resulta esencial que sean ampliadas y fortalecidas mediante instancias de capacitación de posgrado.

Las competencias técnicas o específicas corresponden a aquellas capacidades que se desarrollan tras completar una formación especializada y que se vinculan directamente con las funciones propias de un puesto o ámbito laboral determinado; en este caso, las tareas específicas desempeñadas dentro de la UCI.

Las competencias transversales son aquellas que permiten al kinesiólogo desempeñar su labor de manera eficaz como integrante de un equipo multidisciplinario dentro de la UCI. Entre ellas se incluyen, la capacidad de trabajo en equipo, la responsabilidad, la autonomía, la iniciativa personal, la disposición para aprender y enseñar, las habilidades interpersonales, la capacidad evaluativa y el respeto hacia el paciente. Estas competencias no son exclusivas de una profesión determinada y pueden desarrollarse en diversos contextos laborales, sociales o familiares.¹¹

III.d. Conciencia y atención:

La conciencia es el estado en el que una persona tiene conocimiento de sí misma y del entorno, lo que requiere que el individuo esté despierto y posea una actividad mental suficiente para procesar y responder a estímulos internos y externos. Desde el punto de vista clínico, se compone de dos dimensiones: el nivel de conciencia,

relacionado con el estado de alerta y la capacidad de responder a estímulos, y el contenido de la conciencia, que comprende las funciones cognitivas y afectivas que permiten interpretar la información. Dentro del contenido de la conciencia, la atención es una función clave, ya que permite reconocer y seleccionar estímulos del entorno, mientras que la cognición incluye procesos superiores como memoria, lenguaje, aprendizaje, planificación y toma de decisiones. Ambas dimensiones se relacionan jerárquicamente: una persona puede estar alerta pero presentar inatención, aunque no es posible que exista atención sin un nivel mínimo de conciencia.¹⁸

III.d.I Evaluación de la conciencia:

La evaluación de la conciencia se realiza mediante la anamnesis, el examen físico y neurológico, y estudios complementarios, con el objetivo de identificar la causa del trastorno y determinar su gravedad. En la anamnesis se investiga el estado cognitivo previo, la forma de inicio del cuadro, antecedentes clínicos y tratamientos, además de valorar la atención, la orientación y la respuesta del paciente a estímulos. El examen físico incluye la valoración de signos vitales y del estado general, mientras que la evaluación neurológica busca detectar signos de daño cerebral focal o alteraciones neurológicas. Como complemento, se realizan estudios de laboratorio para evaluar parámetros metabólicos y toxicológicos, y estudios de imagen como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), especialmente ante focalidad neurológica o coma de causa desconocida.¹⁹

III.d.II Alteraciones de la conciencia:

Las alteraciones de la conciencia son un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencia, abarcando del 4 al 10% de los pacientes ingresados. Existe una gran variedad de causas responsables del cuadro, muchas de ellas reversibles si se tratan a tiempo, pero se considera una emergencia médica que puede causar la muerte del paciente o secuelas importantes si no se actúa de forma pertinente. Las alteraciones de la conciencia figuran entre los problemas más frecuentes de la medicina general, principalmente en los pacientes internados en la UCI, lugar donde son muy frecuentes, incluyendo además trastornos cognitivos, de la percepción y/o atención.

Las alteraciones del nivel de conciencia son debidas a una disfunción de las estructuras cerebrales responsables de generar y mantener la reacción de despertar, que son la sustancia reticular ascendente del tronco cerebral, sus vías de conexión o la propia corteza. Tanto esta alteración como la de su contenido, se manifiestan como la

incapacidad para pensar de forma coherente, presentando pérdida de la claridad y velocidad del pensamiento acostumbradas.²⁰

III.d.III Alteraciones del nivel de conciencia:

Las alteraciones del nivel de conciencia pueden manifestarse de las siguientes formas:

- **Somnolencia:** Tendencia al sueño con respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas, también a estímulos dolorosos. Se acompaña de disminución de la comprensión, la coherencia y la capacidad de razonamiento. La falta de atención y la desorientación son sus manifestaciones externas. El despertar es fácil y los períodos de alerta son breves.
- **Obnubilación:** Caracterizada por una reducción leve-moderada del estado de alerta, defecto en la atención y somnolencia excesiva, con respuesta a órdenes verbales sencillas o estímulos dolorosos, pero no a órdenes complejas.
- **Estupor:** Ausencia de respuesta a órdenes verbales, pero con preservación de la respuesta a estímulos dolorosos, acompañada de comportamientos motores lentos e incoherentes dirigidos a alejarse de dichos estímulos, con vuelta a un estado de sueño profundo al cesar el mismo.
- **Coma:** Pérdida completa de la conciencia, el paciente no está despierto, ni responde a estímulos externos, con respuestas reflejas conservadas o disminuidas, ausencia de comunicación, hipotonía o posturas anormales y alteraciones autonómicas.

Dichas alteraciones se pueden evaluar con escalas que sirven para la medición de la respuesta del paciente frente a estímulos, la más utilizada es la Escala de Coma de Glasgow (GCS), la cual también nos permite detectar asimetrías corporales en las respuestas y sospechar por tanto focalidad neurológica y daño estructural.¹⁹

III.d.IV Alteración del contenido de conciencia. Confusión:

El término confusión se refiere a una alteración global en los contenidos de la conciencia, de instauración aguda. Se caracteriza por presentar alteración de la comprensión, orientación, percepción de estímulos sensoriales, lenguaje y atención, con alteración del ciclo sueño-vigilia. A menudo coexisten una alteración del contenido de la conciencia (síndrome confusional), con una disminución del nivel de conciencia (somnolencia o estupor). El estado de confusión que se acompaña de agitación, alucinaciones, temblores y percepciones erróneas de imágenes, sonidos y estímulos

táctiles se denomina delirium. La confusión y el delirium indican que existe un trastorno del sistema nervioso.¹⁹

III.i. Delirium:

El delirium o síndrome confusional agudo es un trastorno neurocognitivo de comienzo agudo, de instalación rápida y curso fluctuante, caracterizado principalmente por disfunción cerebral, cuyo núcleo principal es la alteración de la atención y del nivel de conciencia, acompañado de un deterioro cognitivo adicional respecto de la condición basal. Este deterioro puede incluir déficit de memoria, aprendizaje, orientación, lenguaje, capacidad visoespacial o percepción, entre otras funciones.

La alteración de la atención se entiende como la capacidad reducida del paciente de dirigir, centrar, mantener o desviar el foco atencional. Por su parte, la alteración de la conciencia implica disminución de la orientación relativa al entorno y en algunos casos, de sí mismo.²¹

En el delirium pueden presentarse alteraciones perceptivas tales como ilusiones, interpretaciones sensoriales erróneas y alucinaciones, típicamente de carácter visual. Estas experiencias pueden ir desde imágenes simples hasta elaboraciones perceptivas complejas, reflejando la alteración aguda de la integración sensorial.

El cuadro clínico suele acompañarse de alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, entre ellas, somnolencia diurna excesiva, vigilia nocturna, inversión completa del ciclo o incapacidad para consolidar el descanso. También son frecuentes los cambios emocionales abruptos, presentando ansiedad, irritabilidad, miedo, apatía, enfado o euforia, que pueden expresarse mediante gritos, gemidos, murmullos o agitación psicomotriz. El trastorno suele agravarse durante la noche o en las primeras horas de la mañana, situación atribuida a la menor estimulación sensorial.²²

Durante la evaluación, la anamnesis, la exploración física y los estudios complementarios, permiten identificar que el delirium constituye una disfunción global y transitoria de los procesos cognitivos esenciales, producida por las consecuencias fisiológicas de una condición médica subyacente, los efectos de intoxicación o abstinencia de sustancias, exposición a toxinas o la concurrencia de múltiples etiologías.

1,2,22

El delirium puede afectar a personas de cualquier edad, aunque aumenta su prevalencia en adultos mayores, especialmente en quienes presentan una patología neurológica previa, como la demencia.^{18,21}

III.i.I. Factores predisponentes y precipitantes del delirium:

El desarrollo del delirium responde a la interacción entre factores predisponentes, que generan una vulnerabilidad basal, y factores precipitantes, que actúan como desencadenantes del cuadro clínico.

Los factores predisponentes están presentes desde el momento de la admisión hospitalaria y reflejan una vulnerabilidad basal que incrementa la probabilidad de desarrollar delirium. Entre ellos se incluyen la edad avanzada (particularmente mayor de 65 años), el sexo masculino, el deterioro cognitivo previo o la demencia, los antecedentes de delirium o de enfermedades mentales como la depresión, la desnutrición, la hipoacusia, la disminución de la agudeza visual, los antecedentes de eventos vasculares cerebrales o epilepsia, y el consumo habitual de sustancias psicoactivas, alcohol o drogas. Asimismo, determinadas comorbilidades crónicas, como la insuficiencia hepática o renal, la insuficiencia cardíaca congestiva, el hipo- o hipertiroidismo y el SIDA, incrementan significativamente la susceptibilidad. La procedencia de instituciones de larga estadía, como asilos o residencias geriátricas, también constituye un determinante importante de riesgo.⁴

Por otro lado, los factores precipitantes actúan como desencadenantes y precipitan la aparición del síndrome. Entre los más frecuentes se encuentran los trastornos neurológicos primarios, las infecciones, el shock, las alteraciones térmicas (hipo- o hipertermia), la hipoxia, la deshidratación, las alteraciones hidroelectrolíticas y la hipoglucemia. También se consideran precipitantes las cirugías complejas o de urgencia, el dolor moderado a severo, la exposición a agentes farmacológicos como opioides, benzodiacepinas, anticolinérgicos y corticoides en dosis equivalentes a ≥ 40 mg/día de prednisona, la supresión abrupta de sustancias, la VM, la inmovilización prolongada, la intubación, la cateterización vesical o venosa central, el estreñimiento, el globo vesical y la privación del sueño. Factores propios del entorno hospitalario, como el distanciamiento familiar o la alteración del ciclo sueño-vigilia, con pérdida de la noción día-noche, también contribuyen al desarrollo del delirium.

En el contexto de la UCI, los factores de riesgo más relevantes identificados fueron la edad avanzada, la gravedad de la enfermedad crítica y la dosis administrada de benzodiazepinas, lo que pone de manifiesto la importancia del adecuado manejo farmacológico y del monitoreo continuo en pacientes vulnerables.²⁰

III.i.II. Clasificación del delirium:

El delirium puede clasificarse según su presentación clínica temporal o según el patrón de actividad psicomotriz que manifieste el paciente. En relación con su duración, puede distinguirse entre un delirium agudo, cuya evolución se extiende desde horas hasta pocos días, y un delirium persistente, cuando los síntomas se prolongan durante semanas o incluso meses.¹

Otra clasificación ampliamente utilizada se basa en la actividad psicomotriz, diferenciándose tres subtipos: hipoactivo, hiperactivo y mixto. El delirium hipoactivo constituye la presentación clínica más frecuente, principalmente en la UCI y en cuidados paliativos. Se caracteriza por una disminución del estado de alerta que puede ir desde somnolencia con escasa interacción espontánea con el entorno hasta un estado de letargo o estupor. Predomina la marcada reducción de la actividad motora, lo cual dificulta su detección y favorece retrasos en el diagnóstico, con impacto negativo en el pronóstico.³

El delirium hiperactivo se manifiesta por un aumento significativo de la actividad psicomotora. Es habitual la presencia de agitación, agresividad, humor lábil, resistencia o rechazo a la colaboración en los cuidados médicos, conducta desorganizada e hipervigilancia. Pueden presentarse además alucinaciones visuales o auditivas, así como ideas delirantes. Este subtipo implica un riesgo considerable tanto para el paciente como para terceros, por la posibilidad del arrancamiento de sondas o catéteres, lesiones por forcejeo o caídas.

Finalmente, el delirium mixto se caracteriza por la alternancia fluctuante entre períodos de hipoactividad y episodios de hiperactividad psicomotriz, combinando signos de ambos subtipos a lo largo de la evolución clínica.²¹

III.i.III. Fisiopatología del delirium:

La fisiopatología del delirium es compleja y multifactorial. Se reconoce como mecanismo central un déficit de neurotransmisión colinérgica asociado a una hiperactividad dopaminérgica, especialmente en cerebros vulnerables como los de adultos mayores o pacientes con menor reserva cognitiva. Frente a diferentes agresiones sistémicas, como infecciones, hipoxia o enfermedad grave, se

desencadenan procesos metabólicos, inflamatorios y celulares que alteran el funcionamiento cerebral y favorecen la aparición del delirium.¹⁰

Entre las principales hipótesis explicativas se destacan tres. La hipótesis del estrés oxidativo, que vincula el delirium con hipoxia, hipoperfusión y aumento de radicales libres que alteran el metabolismo cerebral y la función neuronal; la hipótesis de los neurotransmisores, que plantea un desequilibrio neuroquímico con déficit colinérgico y aumento relativo de dopamina, además de alteraciones en serotonina, GABA, glutamato y otros mediadores; y la hipótesis inflamatoria, que relaciona el delirium con la liberación de citoquinas y mediadores inflamatorios que afectan la barrera hematoencefálica y la comunicación neuronal.²⁰

Además, se han propuesto otras hipótesis complementarias, como el estrés psicofisiológico, las alteraciones en la señalización celular, la disrupción del ciclo sueño-vigilia, la predisposición genética y la reducción del flujo sanguíneo cerebral. Aunque ninguna explica por sí sola el cuadro clínico, en conjunto permiten comprender el delirium como el resultado de múltiples mecanismos que interactúan en un cerebro vulnerable ante situaciones de estrés fisiológico agudo.²¹

III.i.IV. Epidemiología del Delirium:

La incidencia del delirium presenta una amplia variabilidad, en función del contexto asistencial y de la carga y tipo de factores de riesgo presentes en la población. Existe una incidencia del 15 al 30% en adultos mayores hospitalizados por patología médica. En el ámbito quirúrgico, refiriéndonos al delirium postoperatorio la incidencia es cercana al 10%, aunque esta puede superar el 50% en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. En adultos mayores que consultan en servicios de urgencias, la incidencia estimada es de aproximadamente un 8%. En pacientes críticos bajo VM, se reportaron incidencias entre el 50 y el 80%.¹⁰

En cuanto a la prevalencia, el delirium es relativamente infrecuente en la población general, con valores que oscilan entre el 1 y el 2%, aunque su frecuencia aumenta de manera significativa con la edad, alcanzando aproximadamente el 14% en personas mayores de 85 años. Entre los adultos mayores que consultan en servicios de urgencias, la prevalencia se sitúa entre el 10 y el 30%, donde su aparición suele constituir un marcador de enfermedad médica subyacente. En pacientes hospitalizados, la prevalencia global oscila entre el 14 y el 24%. En adultos mayores internados en hospitales generales, las tasas estimadas varían entre el 10 y el 25%, alcanzando cifras del 70 al 80% en UCI, con una prevalencia aún mayor en aquellos pacientes que requieren VM.¹⁸

En relación con contextos específicos, los procedimientos quirúrgicos mayores, como las cirugías cardiovasculares o las intervenciones traumatológicas por fractura de cadera, se asocian a una prevalencia de delirium que puede alcanzar hasta el 90%. Asimismo, el cuadro puede presentarse en hasta el 60% de los residentes de hogares de ancianos o centros de cuidados prolongados, y en hasta el 83% de las personas en el final de la vida, lo que evidencia la elevada carga de esta condición en poblaciones especialmente vulnerables.^{19,21}

III.i.V. Consecuencias clínicas del delirium:

El delirium puede ser reversible en hasta un 50% de los casos; sin embargo, su pronóstico suele ser desfavorable y constituye un predictor de deterioro cognitivo posterior. Se trata de un cuadro potencialmente grave que genera un importante sufrimiento tanto en el paciente como en su entorno, y que se asocia de manera independiente con deterioro funcional, prolongación de la estancia hospitalaria, institucionalización posterior, incremento de la morbilidad tanto a corto como a largo plazo y, en consecuencia, un aumento significativo de los costos familiares y sanitarios.²¹

El delirium también permite evidenciar la reserva cognitiva, entendida como la capacidad del cerebro para tolerar una agresión externa. En este sentido, su aparición puede actuar como un marcador de vulnerabilidad en individuos con reserva disminuida. Asimismo, el episodio delirante puede contribuir directamente al deterioro cognitivo y, en algunos casos, favorecer la progresión hacia una demencia permanente.¹⁸

La expresión clínica del delirium puede variar según el subtipo motor predominante, lo cual se ha vinculado a diferentes perfiles de complicaciones durante la internación. En particular, el subtipo hipoactivo se asocia a un mayor riesgo de complicaciones respiratorias y desarrollo de úlceras por presión, mientras que la forma hiperactiva se vincula con mayor frecuencia a conductas de auto-extracción de dispositivos invasivos y caídas.¹⁰

En relación con el estado cognitivo, se reconoce que los pacientes con demencia presentan un mayor riesgo de desarrollar delirium; de forma recíproca, la evidencia sugiere que la aparición de delirium se asocia a un mayor riesgo de declinación cognitiva en el seguimiento a largo plazo. De este modo, la presencia de delirium en el adulto mayor hospitalizado constituye un factor de riesgo significativo para el deterioro funcional, cognitivo y de la calidad de vida a largo plazo.¹⁰

Desde el punto de vista pronóstico, se ha reportado que la mortalidad en pacientes con delirium es entre un 39% y un 44% mayor en comparación con aquellos sin esta

condición, con un incremento adicional del 11% por cada 48 horas de persistencia del cuadro. Asimismo, aproximadamente el 27% de los pacientes que presentan delirium intrahospitalario requiere una nueva hospitalización dentro de los treinta días posteriores al alta y presentan hasta doce veces más probabilidad de desarrollar demencia en los siguientes tres a cinco años.²³

III.i.VI. Herramientas para el diagnóstico del delirium:

El patrón de referencia para el diagnóstico de delirium continúa siendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente en su quinta versión revisada (DSM-5-TR). Su aplicación requiere experiencia clínica para evaluar los dominios nucleares del cuadro en pacientes con diversas condiciones de salud.²⁴

El delirium es un síndrome ampliamente subdiagnosticado; puede no identificarse o confundirse con otros trastornos en más del 84% de los casos. En la UCI, esta problemática se intensifica debido a las características del paciente crítico, quien suele encontrarse sedado, con escasa capacidad de colaboración o bajo VM, condiciones que dificultan la evaluación de las funciones cognitivas. Además, los signos clínicos del delirium pueden ser sutiles, fluctuantes y fácilmente atribuibles a otras patologías o a efectos farmacológicos. Todo ello refuerza la necesidad de emplear herramientas diagnósticas validadas y de aplicación sistemática para mejorar la detección temprana y el abordaje adecuado del síndrome.

En la práctica clínica, las escalas generales permiten determinar si un paciente es apto para ser evaluado con instrumentos específicos para delirium, aunque por sí mismas presentan baja especificidad. Entre ellas, la Escala de Sedación y Agitación de Richmond (RASS) es una herramienta fundamental para valorar el nivel de vigilia en pacientes en UCI. El rango de puntuación va desde +4 (agitación extrema) hasta -5 (sedación profunda), siendo 0 el estado considerado normal (alerta y tranquilo). Los pacientes con puntuaciones entre +4 y -3 pueden ser evaluados para delirium, mientras que valores de -4 o -5 indican sedación profunda incompatible con la presencia de actividad mental evaluable, y por tanto, imposibilitan el diagnóstico de delirium.²¹

A pesar de la amplia disponibilidad de instrumentos, la herramienta más empleada a nivel internacional es el Confusion Assessment Method (CAM), debido a su elevada precisión diagnóstica. Este método presenta una sensibilidad del 93% y una especificidad del 89%, lo que lo posiciona como el estándar más difundido para la detección del delirium en distintos contextos asistenciales.

Existen, además, otras escalas validadas, entre ellas se destacan el Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-

98), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), y Rapid Assessment Test for Delirium (4AT), todas herramientas diseñadas para facilitar una detección sistemática y eficiente del síndrome. ²¹

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

El Confusion Assessment Method (CAM), desarrollado por Inouye et al. en 1990, es una de las herramientas más utilizadas a nivel mundial para la detección del delirium debido a su practicidad, rapidez de aplicación y la posibilidad de ser administrado por personal no especializado. Su eficacia llevó al desarrollo de una versión adaptada para la UCI, el CAM-ICU.

En pacientes críticos, la detección del delirium presenta desafíos específicos vinculados al uso de sedación, la presencia de ventilación mecánica y la limitada respuesta verbal. El CAM-ICU, incorpora estos factores al integrar una evaluación previa del nivel de conciencia mediante la escala RASS y permitir respuestas no verbales durante el examen. Incluye además pruebas estandarizadas de atención y pautas claras de aplicación, lo que aumenta su fiabilidad diagnóstica. ²⁵

El CAM-ICU se consolidó como el instrumento de referencia en UCI, incluso para pacientes sometidos a VM, debido a su rapidez, su elevada precisión diagnóstica y la posibilidad de ser utilizado por profesionales con entrenamiento mínimo. Evalúa cuatro criterios fundamentales, de los cuales deben cumplirse tres para establecer el diagnóstico:

1. Nivel de conciencia alterado: Se determina por cualquier puntaje distinto de 0 en la escala RASS. Los pacientes con RASS -4 o -5 (estupor o coma) no pueden ser evaluados y deben valorarse cuando mejore su nivel de conciencia.
2. Cambio agudo o fluctuante en el estado mental: Corresponde a modificaciones recientes (habitualmente dentro de las últimas 24 horas) o fluctuaciones evidentes del nivel de conciencia. Por ejemplo, un paciente previamente somnoliento (-1) que pasa a estar agitado (+3) cumple este criterio.
3. Déficit de atención: Se evalúa mediante el Attention Screening Examination (ASE), que puede aplicarse en modalidad auditiva o visual. El método auditivo consiste en leer una secuencia de letras y solicitar al paciente que identifique la letra “A”; en el método visual, el paciente debe reconocer figuras repetidas dentro de una secuencia. Un desempeño menor de 8 (tres o más errores) indica inatención. Puede aplicarse en pacientes intubados mediante respuestas gestuales.
4. Pensamiento desorganizado: Se identifica por la presencia de dos o más respuestas incorrectas ante cuatro preguntas simples, por ejemplo: “¿Puede

flotar una hoja en el agua?”, “¿Pesan más dos kilos que un kilo?”. También pueden utilizarse órdenes motoras simples.

El diagnóstico de delirium mediante CAM-ICU se establece cuando se cumple la combinación: (1 o 4) + 2 + 3.

Además de su utilidad diagnóstica, el CAM-ICU permite un monitoreo diario de la evolución del paciente y ha demostrado mantener validez incluso en presencia de demencia previa. Esto resulta especialmente relevante, ya que la demencia, que está caracterizada por un curso insidioso, deterioro progresivo de la memoria y déficits como afasia, apraxia, agnosia o alteración ejecutiva, no excluye el desarrollo de delirium; ambos cuadros pueden coexistir. En estos casos, el CAM-ICU conserva una adecuada sensibilidad para detectar cambios agudos sobre el deterioro cognitivo basal.^{20,26}

- **Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98):**

Entre los instrumentos disponibles para la evaluación del delirium, la DRS-R-98 es una de las herramientas más exhaustivas y detalladas. Permite diferenciar entre las presentaciones hiperactiva e hipoactiva del síndrome y ha demostrado una elevada precisión diagnóstica, con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 95%. No obstante, su uso en pacientes críticos es limitado, debido tanto a la escasa evidencia en población de UCI como a la complejidad que implica su aplicación en contextos donde el tiempo disponible y la colaboración del paciente suelen ser reducidos.

La DRS-R-98, desarrollada por Trzepacz et al. en 2010, constituye la evolución de la DRS original publicada en 1988. Se elaboró a partir de una revisión exhaustiva de la literatura desde principios del siglo XX, lo que permitió incorporar una amplia gama de manifestaciones clínicas sin asumir modelos diagnósticos preestablecidos. Ha sido validada en diversos idiomas, incluido el español, y se emplea tanto para el diagnóstico como para la valoración de la gravedad del delirium.

La escala contiene 16 ítems con un puntaje total que varía entre 0 y 46. De ellos, 13 ítems conforman la subescala de Severidad, con puntaje 0 a 39, útil para monitorizar la evolución clínica. Cada ítem se valora mediante una escala Likert con descripciones semiológicas precisas para garantizar la consistencia en la puntuación. Puede ser aplicada por profesionales de la salud con el entrenamiento adecuado en evaluación psicopatológica de pacientes complejos. Se recomienda aplicarla en períodos que abarquen 24 horas, para acompañar el ciclo circadiano del paciente, aunque pueden utilizarse intervalos más cortos no menores a dos horas.²⁶

- **Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS):**

La Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), desarrollada por Breitbart et al. en 1997, es una herramienta para evaluar la gravedad del delirium, aunque también presenta utilidad diagnóstica. Su aplicación requiere aproximadamente 15 minutos y puede administrarse varias veces al día, lo que permite monitorizar la evolución del paciente en períodos cortos.

Evalúa tanto el nivel de alerta como diversas funciones cognitivas, incluyendo orientación, memoria a corto plazo, y atención. Además, explora el curso del pensamiento, la actividad motora, el ciclo sueño-vigilia y síntomas accesorios como la psicosis.

La escala se estructura en dos factores principales, el factor neurocomportamental, que incluye alteraciones del ritmo circadiano, y el factor neurocognitivo, vinculado a los déficits cognitivos característicos del delirium. Existe una versión adaptada para hispanohablantes, obtenida mediante la traducción del instrumento original y validada en España en población oncológica, que mostró niveles de confiabilidad y validez comparables a la versión estadounidense.²⁶

- **La Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC):**

La ICDSC evalúa ocho dominios clínicos, que son el nivel de conciencia, inatención, desorientación, alucinaciones, actividad psicomotora, alteraciones del habla o del estado de ánimo, trastornos del sueño y fluctuación de los síntomas. Se considera positivo para delirio cuando cuatro o más de estos ítems presentan alguna alteración, mientras que puntuaciones de 1 a 3 corresponden a delirium subsindrómico. La escala puntúa de 0 a 8 según la cantidad de síntomas presentes.

El ICDSC es uno de los instrumentos más utilizados en cuidados críticos, no obstante, presenta ciertas limitaciones, tales como que su aplicación puede ser compleja en pacientes ventilados, requiere capacitación para la correcta interpretación y exige una valoración basada en las últimas 24 horas, lo que puede incrementar la tasa de falsos positivos.

- **Rapid Assessment Test for Delirium (4AT):**

La escala 4AT es un instrumento validado en 2014 para el cribado de delirium en personas mayores hospitalizadas en distintos niveles asistenciales. Se caracteriza por su breve tiempo de administración, su facilidad de uso y su aplicabilidad en pacientes con déficits sensoriales (visuales y/o auditivos). Además, puede utilizarse en situaciones clínicas inestables, y requiere un bajo nivel de observación conductual.

Evalúa cuatro dominios: nivel de conciencia, fluctuaciones o cambios agudos, atención y una medida breve de cognición. Los primeros dominios se asocian principalmente con la especificidad diagnóstica, mientras que los relacionados con atención y cognición aportan mayor sensibilidad.

La escala 4AT presenta una sensibilidad del 89,7% y una especificidad del 84,1%, con mejor desempeño específico en personas sin demencia previa y mayor sensibilidad en pacientes con demencia. ²⁶

III.i.VII. Relevancia del delirium en la UCI:

La fisiopatología del delirium, vinculada a alteraciones neuroquímicas e inflamatorias, explica su alta prevalencia en las UCI, donde se atienden pacientes críticamente enfermos.

La prevalencia general del delirium en UCI se ha estimado en 32,3%, pudiendo alcanzar hasta el 70 al 80% en pacientes adultos mayores, y también en pacientes quemados bajo VM. Esta mayor incidencia se relaciona con la gravedad del cuadro clínico y con los altos niveles circulantes de biomarcadores inflamatorios, observados en pacientes con VM.

Dado este panorama epidemiológico, el abordaje oportuno y preciso del delirium se vuelve prioritario en la UCI. Sin embargo, la complejidad clínica habitual en los pacientes que desarrollan delirium, exige un enfoque organizado, integral y sistematizado para evitar omisiones en la evaluación diagnóstica y terapéutica.

El diagnóstico del delirium dentro de la UCI es especialmente desafiante. Su subdiagnóstico se explica por múltiples razones, entre ellas la falta de consenso terminológico, con el uso indistinto de términos como síndrome confusional, delirium o delirio; la variabilidad de los criterios diagnósticos según las distintas versiones del DSM, las dificultades de traducción al español y la compleja diferenciación con la demencia. Estas dificultades impactan directamente en la práctica clínica y condicionan una detección tardía o incompleta. ²⁵

A pesar de la magnitud del problema, la evaluación sistemática del delirium en la UCI continúa siendo poco frecuente. Esto resulta preocupante, ya que el delirium se asocia con un aumento de la mortalidad, mayor tiempo de internación y secuelas funcionales a largo plazo. Tanto el personal especializado como no especializado deben conocer las herramientas disponibles en español para su evaluación, dado que, aunque numerosas escalas han sido diseñadas para la detección del síndrome, sólo algunas han sido validadas en población hispanohablante. Las escalas validadas han demostrado sensibilidad y especificidad adecuadas, por lo que es fundamental difundir

su uso, entrenar al personal y establecer su aplicación rutinaria en las diversas áreas de atención. ²⁵

La utilización de escalas diagnósticas por parte de los profesionales que trabajan en la UCI resulta clave para mejorar la detección precoz. Además, su uso promueve una comunicación interdisciplinaria más efectiva, reduce errores diagnósticos y optimiza la calidad del cuidado. La detección temprana y el registro preciso se traducen en beneficios significativos, como favorecer un enfoque centrado en el paciente, permitir intervenciones oportunas y contribuir a disminuir complicaciones asociadas al delirium en pacientes críticamente enfermos. ²⁸

En síntesis, el delirium en la UCI constituye un problema clínico de alta prevalencia, gravedad y complejidad. Su prevención, diagnóstico temprano y seguimiento sistemático resultan esenciales para reducir su impacto en la morbimortalidad y en la funcionalidad de los pacientes. La integración de herramientas validadas y la capacitación continua del personal representan pasos fundamentales para mejorar la atención en las UCI.

III.i.VIII. Prevención del delirium:

La evidencia científica ha demostrado que las intervenciones preventivas de tipo multicomponente resultan altamente efectivas en la reducción tanto de la incidencia como de la duración del delirium. Estas estrategias no solo permiten disminuir la aparición del cuadro entre un 30 y un 40%, sino que además se asocian a una menor tasa de caídas, reducción de la duración de la hospitalización, y mejoras en la funcionalidad y el estado cognitivo al momento del alta.

Considerando el envejecimiento progresivo de la población, resulta fundamental la adopción intencionada de medidas preventivas en pacientes con factores de riesgo. Entre las estrategias recomendadas se incluyen la movilización precoz y la participación activa de los kinesiólogos para evitar la inmovilización prolongada; el mantenimiento de un adecuado estado de hidratación y nutrición; la reducción del uso innecesario de sondas, catéteres, dispositivos invasivos y medicación no esencial; la estimulación cognitiva mediante una adecuada iluminación, caminatas, lectura y orientación temporal en relación con el ritmo circadiano; el cuidado de la higiene del sueño, promoviendo la actividad durante el día y el descanso nocturno; y la participación de los familiares en el acompañamiento del paciente durante la hospitalización. ²³

III.i.IX. Tratamiento del delirium:

El tratamiento del delirium requiere un abordaje clínico integral e interdisciplinario, que involucre de manera coordinada al equipo médico, de enfermería, kinesiología, otros profesionales de la salud y a los familiares. Esta organización resulta fundamental no sólo para el manejo del cuadro instaurado, sino también para la prevención de complicaciones, la optimización del pronóstico funcional y la reducción de la duración de la internación.^{10,23}

El pilar central del tratamiento lo constituyen las intervenciones no farmacológicas, las cuales deben ser implementadas de manera sistemática y precoz. La primera medida terapéutica consiste en la identificación y corrección de las causas precipitantes del delirium, entre las que se incluyen con mayor frecuencia los trastornos hidroelectrolíticos, las infecciones respiratorias, urinarias o de partes blandas, la retención urinaria, la impactación fecal y las complicaciones asociadas al uso de dispositivos invasivos.¹⁰

La movilización temprana, el reposicionamiento frecuente y la vigilancia de los puntos de presión adquieren un rol central en el tratamiento del delirium, ya que contribuyen a prevenir el desacondicionamiento físico, las úlceras por presión, las caídas y el deterioro funcional. Asimismo, la movilización precoz favorece la regulación del ciclo sueño-vigilia y contribuye a la reorientación temporoespacial del paciente, aspectos clave en la evolución del delirium.²³

Las guías clínicas actuales recomiendan mantener e intensificar las estrategias no farmacológicas, aun cuando su eficacia una vez desarrollado el delirium no sea completamente concluyente. Estas medidas incluyen el establecimiento de una comunicación clara y efectiva mediante frases breves y simples, la orientación temporoespacial frecuente, la presentación del equipo de salud y la explicación de sus funciones, así como la creación de un entorno tranquilo y la regulación de los estímulos ambientales.¹⁰

En pacientes con manifestaciones hiperactivas, se recomienda la aplicación de técnicas de desescalada, que implican la identificación precoz de signos de agitación o agresividad, la comprensión de sus posibles causas y el uso de estrategias destinadas a distraer y calmar al paciente. La respuesta del equipo de salud debe ser adecuada, proporcional y no provocativa, priorizando la seguridad del paciente y del personal asistencial. La contención mecánica se reserva exclusivamente para situaciones excepcionales y debe emplearse durante el menor tiempo posible.¹⁰

Durante la fase de recuperación del delirium, se incorporan intervenciones orientadas a la restauración funcional, mediante programas de kinesiología y terapia

ocupacional, con el objetivo de promover la movilidad, el reacondicionamiento físico y la recuperación de la autonomía. Al momento del alta, resulta fundamental planificar la reintegración progresiva del paciente a su rutina cotidiana, acorde a su estado cognitivo y funcional previo, junto con la educación de cuidadores y familiares respecto a las características del delirium, sus factores de riesgo y las estrategias adecuadas de acompañamiento.²³

De manera complementaria, puede considerarse el tratamiento farmacológico en situaciones seleccionadas, particularmente en pacientes con delirium hiperactivo o mixto en los que la agitación psicomotora compromete la seguridad del propio paciente o del equipo de salud. En estos casos, el uso de neurolépticos se reserva como medida coadyuvante al abordaje no farmacológico, empleando dosis bajas y durante el menor tiempo posible, con monitoreo clínico estrecho. No obstante, la evidencia disponible no ha demostrado un impacto consistente del tratamiento farmacológico sobre la duración, severidad del delirium ni sobre otros desenlaces relevantes, como la estancia hospitalaria, la institucionalización o la calidad de vida, por lo que su indicación debe ser prudente y cuidadosamente evaluada en cada caso.¹⁰

III.i.X. Prácticas no farmacológicas:

Las prácticas no farmacológicas comprenden un conjunto de intervenciones dirigidas a prevenir o mitigar complicaciones frecuentes en la UCI, sin recurrir a medicación adicional. Estas estrategias actúan sobre factores ambientales, sensoriales, cognitivos y psicosociales, con el objetivo de optimizar el bienestar, favorecer la orientación y mantener la funcionalidad del paciente críticamente enfermo. Diversas revisiones sistemáticas y consensos internacionales respaldan su eficacia en la reducción del delirium y en la mejora de la evolución clínica.²⁹⁻³¹

Dentro de las prácticas no farmacológicas se encuentran:

- **Optimización del ambiente:** La modificación del entorno es una de las intervenciones más efectivas. Implica regular la iluminación, manteniendo la luz natural durante el día y minimizando estímulos luminosos nocturnos; reducir el ruido innecesario, especialmente por la noche; adaptar la temperatura y garantizar un ambiente confortable y seguro. El uso de tapones para los oídos y antifaces puede ayudar a consolidar el descanso nocturno y favorecer el ritmo circadiano.
- **Orientación y estimulación sensorial y cognitiva:** La corrección de déficits sensoriales es esencial para evitar desorientación. Debe garantizarse la disponibilidad y el uso adecuado de anteojos, audífonos y prótesis dentales, así

como reforzar la orientación regular sobre tiempo, espacio y situación, lo que contribuye a disminuir la confusión. Esto incluye recordar al paciente la fecha, el lugar y el motivo de internación, así como promover actividades de estimulación cognitiva acordes a su nivel de alerta. La comunicación debe ser clara, calmada y repetida en función de la fluctuación del estado mental.

- **Movilización temprana:** La movilización precoz, cuando la condición clínica lo permite, favorece la preservación de la funcionalidad, reduce la inmovilización prolongada y contribuye a disminuir la incidencia de delirium. Puede incluir ejercicios pasivos, sedestación, bipedestación y deambulacion progresiva.
- **Participación familiar:** La participación activa de la familia, mediante visitas, interacción verbal y contacto afectivo, actúa como un modulador emocional importante. Favorece la reorientación, reduce la ansiedad y mejora la percepción de seguridad del paciente.
- **Promoción del sueño:** La higiene del sueño es un componente central. Se deben evitar interrupciones nocturnas innecesarias, adecuar los horarios de las prácticas de enfermería, minimizar el uso de alarmas audibles y mantener un ambiente silencioso y oscuro. La promoción del sueño fisiológico evita la necesidad de hipnóticos, que suelen asociarse a mayor riesgo de delirium.
- **Revisión del ambiente clínico inmediato:** Además del control de ruido y luz, se debe crear un espacio que transmita seguridad. Esto incluye reducir estímulos innecesarios, evitar sobrecargas sensoriales y organizar la habitación de manera coherente para facilitar el reconocimiento del entorno. ³⁰⁻³²

III.i.XI. Prácticas farmacológicas:

El manejo farmacológico del delirium se considera un recurso complementario y se indica únicamente cuando los síntomas generan riesgo para el paciente o terceros, cuando existe agitación severa, o cuando las intervenciones no farmacológicas no han logrado el control esperado. Las guías clínicas coinciden en que el tratamiento debe ser individualizado, priorizando siempre la evaluación etiológica y la corrección de los factores precipitantes antes de iniciar cualquier medicación. Los antipsicóticos constituyen el grupo farmacológico más utilizado en el contexto del delirium. Su empleo se basa en la capacidad de modular la neurotransmisión dopaminérgica, cuya hiperactividad se asocia al desarrollo de los síntomas. Entre ellos, el haloperidol continúa siendo uno de los más empleados por su eficacia y disponibilidad, mientras que los antipsicóticos atípicos son alternativas utilizadas especialmente cuando se busca un mejor perfil de efectos adversos. No obstante, las guías enfatizan que ninguno de estos

fármacos ha demostrado prevenir el delirium ni acelerar de manera significativa su resolución, por lo que su indicación debe ser cautelosa.

El uso de benzodiazepinas se reserva para situaciones específicas, como el delirium por abstinencia alcohólica o sedación en contextos de UCI cuando no existen otras alternativas. Su administración fuera de estas situaciones puede empeorar el cuadro, ya que favorecen la sedación excesiva y pueden alterar el sueño, por lo que su utilización debe ser estrictamente controlada.

En síntesis, las intervenciones farmacológicas deben entenderse como un soporte puntual dentro de un enfoque integral. La piedra angular del manejo sigue siendo la identificación temprana del delirium, el tratamiento de la causa subyacente y la aplicación sistemática de intervenciones no farmacológicas, que continúan siendo las que han demostrado mayor eficacia y seguridad en la práctica clínica.²¹

IV. JUSTIFICACIÓN:

El delirium se define como un trastorno neuropsiquiátrico agudo de alta prevalencia en pacientes ingresados en UCI. Este síndrome compromete funciones cognitivas superiores, afectando la atención, la orientación, el nivel de conciencia, el lenguaje, la conducta motora y los ciclos de sueño-vigilia. Como consecuencia, la capacidad del paciente para percibir, procesar, almacenar y recordar información se ve gravemente afectada. Se reconoce como un síndrome de etiología multifactorial, resultado de la interacción entre factores predisponentes no modificables del paciente y factores precipitantes propios de la UCI, que acentúan el riesgo preexistente de desarrollar esta condición.

La manifestación del delirium es considerada una emergencia médica, dada su asociación directa con un incremento significativo en los índices de morbimortalidad, la prolongación de la estancia en la UCI y el subsecuente aumento de los costos sanitarios. Además, representa un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones a largo plazo, como el deterioro cognitivo luego del alta. La evidencia científica actual respalda de forma contundente que el diagnóstico oportuno y, fundamentalmente, el abordaje mediante prácticas no farmacológicas son pilares esenciales para mejorar la evolución y el pronóstico de los pacientes críticos.

En este contexto, el rol del kinesiólogo dentro del equipo interdisciplinario de la UCI adquiere una relevancia estratégica. Las intervenciones kinésicas, particularmente la movilización temprana y el manejo del entorno, pueden contribuir tanto en la prevención como en el tratamiento no farmacológico del delirium.

A pesar de esta potencial contribución, es preciso indagar en qué medida estas prácticas están integradas en el quehacer diario del profesional. Por consiguiente, este trabajo se torna relevante al proponer un estudio sobre las percepciones que poseen los kinesiólogos de las UCI públicas y privadas de la ciudad de Santa Fe, las prácticas no farmacológicas que implementan y la correspondencia de estas con la evidencia científica actualizada, con el fin de identificar posibles brechas entre la teoría y la práctica clínica. Los hallazgos permitirán contribuir al desarrollo profesional, a la optimización de la calidad de atención y a la promoción de un abordaje integral y basado en la evidencia para el manejo del delirium en el paciente crítico.

V. MATERIALES Y MÉTODOS:

V.a. Revisión Bibliográfica:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: PubMed, Google académico y Biblioteca Virtual en Salud, para la recopilación de evidencia científica actual sobre el abordaje y prevención del delirium en pacientes hospitalizados en UCI, con el fin de contextualizar la información obtenida mediante las encuestas estructuradas. La recopilación de artículos se realizó en un período de publicación entre los años 2015 y 2025.

Términos	DeCS	MeSH	Término libre
UCI	“Unidad de cuidados intensivos”	“Intensive unit care”	
Kinesiólogos			“Kinesiólogos” “Fisioterapeutas”
Delirium	“Delirio”	“Delirium”	“Síndrome confusional agudo”
Prácticas no farmacológicas			“Prácticas no farmacológicas”

- **Combinaciones utilizadas:**

- “Intensive Care Units” AND “Delirium”
- (“Unidades de Cuidados Intensivos” OR “Intensive Care Units”) AND (“Delirio” OR “Delirium” OR “Síndrome confusional agudo”)
- (“Kinesiólogos” OR “Fisioterapeutas”) AND (“Delirio” OR “Delirium” OR “Síndrome confusional agudo”)
- “Prácticas no farmacológicas” AND (“Delirium” OR “Delirio” OR “Síndrome confusional agudo”) AND (“Unidad de cuidados intensivos” OR “Intensive Care Units”)
- “Prácticas no farmacológicas” AND (“Delirium” OR “Delirio” OR “Síndrome confusional agudo”)

- **Criterios de inclusión:**

- Artículos que incluyan adultos (≥ 18 años) ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos.
 - Artículos que abordan el delirium en Unidades de Cuidados Intensivos.
 - Artículos en español, inglés o portugués que hayan sido publicados entre 2015 y 2025.
- **Criterios de exclusión:**
 - Artículos exclusivamente centrados en el tratamiento farmacológico del delirium.

V.b. Trabajo de campo:

Con el propósito de dar respuesta al interrogante planteado, se realizó un trabajo de campo con enfoque cuantitativo, de tipo exploratorio, y descriptivo, orientado a indagar las percepciones y prácticas no farmacológicas respecto al abordaje del Delirium declaradas por los kinesiólogos que trabajan en UCI de hospitales públicos y privados de la ciudad de Santa Fe. La encuesta estuvo conformada por 23 preguntas, de las cuales 20 corresponden a preguntas cerradas y 3 a preguntas abiertas. Asimismo, algunas de las preguntas cerradas contemplaban sub preguntas abiertas destinadas a permitir a los participantes ampliar o justificar sus respuestas (ver anexo X.II), entregada el 23 de diciembre de 2025, y cuyo período de recolección de datos se extendió hasta el 10 de enero.

- **Criterios de selección de los participantes:**

La selección de la muestra fue de una forma no aleatoria, de tipo accidental o por conveniencia, compuesta por kinesiólogos accesibles que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales públicos y privados de la ciudad de Santa Fe. Los participantes ingresaron al estudio una vez aceptado el consentimiento informado (Ver anexo X.I).

VI. RESULTADOS:

VI.a. Resultados de la búsqueda bibliográfica:

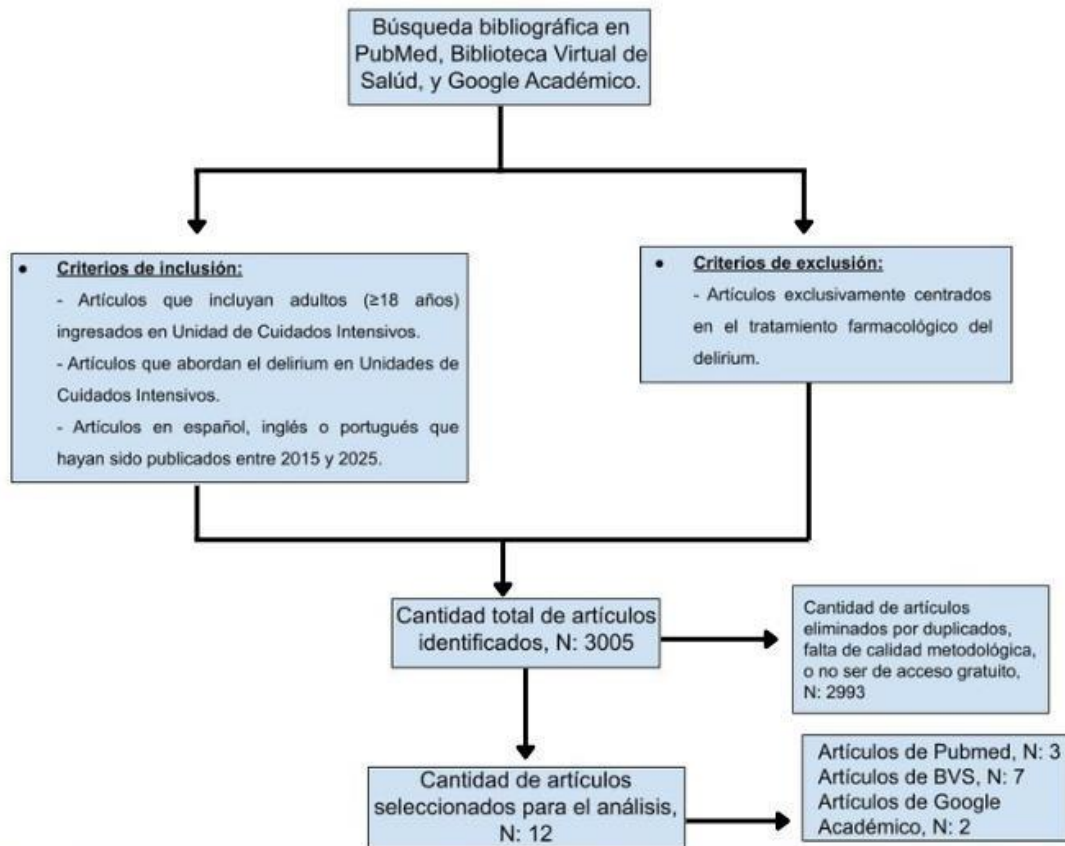
A través de la búsqueda realizada en las bases de datos, la combinación “Intensive Care Units” AND “Delirium” arrojó 261 artículos en la BVS y 2475 en PubMed. Por su parte, la combinación (“Unidades de Cuidados Intensivos” OR “Intensive Care Units”) AND (“Delirio” OR “Delirium” OR “Síndrome confusional agudo”) permitió identificar 218 artículos en la BVS y 12 en PubMed.

Asimismo, al incorporar términos vinculados a los profesionales con la combinación (“Kinesiólogos” OR “Fisioterapeutas”) AND (“Delirio” OR “Delirium” OR “Síndrome confusional agudo”), se obtuvieron 2 artículos en la BVS y 37 en PubMed. Finalmente, las combinaciones que incluyeron el término “prácticas no farmacológicas” no arrojaron resultados en ninguna de las bases de datos consultadas.

En total, se recuperaron 3005 artículos en total, de los cuales fueron seleccionados 12 que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados anteriormente, los cuales fueron posteriormente sometidos a un análisis.

Con el objetivo de organizar la información, se elaboró una tabla que incluye para cada estudio el título, año de publicación, autores, diseño, población, intervención, variables y principales resultados.

VI.b. Diagrama de flujo:



“Imagen n°1: diagrama de flujo para la búsqueda y selección de artículos”

VI.c. Cuadros de análisis de estudios:

Tabla N°1

Título y año	“Exercise therapy for the treatment of delirium in the intensive care unit” - 2024 ³⁵		
Autor	Garegnani L. et al		
Diseño	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados en la base de datos Cochrane.		
Población	Intervención	Variables	Resultados:
Pacientes adultos (>18 años) hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos con diagnóstico de delirium, con o sin ventilación mecánica.	Terapia con ejercicios o movilización temprana (ejercicios pasivos, asistidos o activos, movilización en cama, sedestación, bipedestación o marcha), comparada con atención habitual o sin intervención.	<p>Duración del delirium</p> <p>Duración de la estancia en UCI</p> <p>Mortalidad</p> <p>Eventos adversos</p> <p>Resultados funcionales</p>	<p>La terapia con ejercicios puede reducir la duración del delirio (-1,07 días) y probablemente disminuya la duración de la estancia en la UCI (-2,24 días), sin reportarse eventos adversos asociados.</p> <p>No se encontraron datos sobre calidad de vida relacionada con la salud ni sobre gravedad del delirio. La certeza de la evidencia fue baja a moderada, principalmente debido al riesgo de sesgo y al tamaño muestral limitado. Los autores concluyen que la terapia con ejercicios podría ser una estrategia no farmacológica beneficiosa, aunque se requieren estudios adicionales de mayor calidad metodológica.</p>

Tabla N°2

Título y año	“Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review” - 2021 ²⁹		
Autor	Sahawneh F. et al		
Diseño	Revisión integradora de la literatura		
Población	Intervención	VARIABLES	Resultados:
Pacientes adultos (>18 años) internados en unidades de cuidados intensivos incluidos en los estudios analizados.	<p>Intervenciones no farmacológicas para prevenir delirium:</p> <p>Reorientación del paciente</p> <p>Mejora del sueño (tapones para los oídos, control del ruido)</p> <p>Aumento de luz natural durante el día</p> <p>Participación de la familia y visitas extendidas</p> <p>Movilización o terapia ocupacional.</p>	<p>Incidencia de delirium</p> <p>Duración del delirium</p> <p>Días libres de delirium</p> <p>Duración de la estancia en UCI.</p>	<p>Los resultados indican que las intervenciones no farmacológicas, tanto aisladas como multicomponentes, se asocian de manera consistente con una disminución de la incidencia y de la duración del delirium en pacientes adultos internados en la UCI. Las estrategias más efectivas fueron aquellas orientadas a la reorientación continua del paciente, la optimización del ciclo sueño–vigilia, la movilización temprana, la adecuada estimulación sensorial y la participación activa de la familia. Los estudios cualitativos resaltan que, pese a las barreras existentes como la alta carga laboral y la falta de protocolos estandarizados, el personal de salud reconoce el valor de estas intervenciones y su impacto positivo en la evolución del paciente. En conjunto, la evidencia respalda la incorporación sistemática de intervenciones no farmacológicas dentro de planes de cuidado interdisciplinarios como una estrategia clave para la prevención y el manejo del delirium en la UCI.</p>

Tabla N°3

Título y año	“Prevention of delirium in the intensive care unit using non-pharmacological interventions: An overview” - 2025 ³¹		
Autor	Moirangthem S. et al		
Diseño	Revisión general de la literatura		
Población	Intervención	Variables	Resultados:
Pacientes mayores de 18 años internados en unidades de cuidados intensivos (UCI) incluidos en los estudios analizados.	<p>Intervenciones no farmacológicas para prevenir delirium:</p> <p>Terapia de luz</p> <p>Reducción del ruido</p> <p>Musicoterapia</p> <p>Antifaz o intervenciones para mejorar el sueño</p> <p>Terapia cognitiva</p> <p>Movilización temprana</p> <p>Participación familiar.</p>	<p>Incidencia de delirium</p> <p>Duración del delirium</p>	<p>Los resultados muestran que las intervenciones no farmacológicas multicomponentes son las más eficaces para reducir la incidencia y la duración del delirium en pacientes críticos internados en UCI, especialmente en aquellos con VM. Estrategias como la movilización temprana, la promoción del sueño, el control ambiental, la orientación cognitiva y la participación familiar demostraron efectos beneficiosos cuando se aplican de manera combinada. La revisión concluye que la prevención del delirium requiere un abordaje multidisciplinario y protocolos estandarizados basados en la evidencia, destacando que estas intervenciones son seguras, factibles y superiores a las estrategias farmacológicas aisladas.</p>

Tabla N°4

Título y año	“Effect of earplugs and eye mask on sleep and delirium in intensive care patients” - 2022 ³⁶		
Autor	Aksoy M. et al		
Diseño	Ensayo clínico experimental controlado aleatorizado.		
Población	Intervención	Variables	Resultados:
84 pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos coronarios, divididos en dos grupos: 42 en el grupo experimental y 42 en el grupo control.	El grupo experimental utilizó tapones para los oídos y antifaz durante la noche) durante la internación, mientras que el grupo control recibió cuidados habituales sin estos dispositivos.	Calidad del sueño (escala RCSQ) Nivel o presencia de delirium (ICDSC) Percepción del ruido nocturno	El uso nocturno de tapones para los oídos y antifaz mejoró significativamente la calidad del sueño en el grupo experimental en comparación con el grupo control y se asoció con una disminución significativa de las puntuaciones de delirium medidas por la ICDSC. Los autores concluyen que estas intervenciones no farmacológicas, simples y de bajo costo, son eficaces para mejorar el sueño y contribuir a la prevención del delirio en pacientes de UCI. Se recomienda su implementación como parte del cuidado rutinario en unidades de cuidados intensivos.

Tabla N°5

Título y año	“Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial” - 2022 ³⁶		
Autor	Faustino TN. et al		
Diseño	Ensayo clínico controlado aleatorizado.		
Población	Intervención	Variables	Resultados:
160 pacientes adultos internados en UCI; 72 asignados al grupo de intervención y 72 al grupo control, con una estancia prevista mayor a 48 horas.	Aplicación de un paquete de intervenciones no farmacológicas combinadas que incluía reorientación periódica, estimulación cognitiva, corrección de déficits sensoriales (uso de gafas o audífonos) y medidas ambientales para mejorar el sueño, iniciadas dentro de las primeras 24 horas de ingreso a UCI.	<p>Incidencia de delirium</p> <p>Densidad de incidencia del delirium</p> <p>Duración del delirium</p> <p>Días de ventilación mecánica</p> <p>Días de estancia en UCI</p> <p>Mortalidad</p>	La aplicación de intervenciones no farmacológicas combinadas redujo significativamente la incidencia de delirio en comparación con la atención habitual. Asimismo, se observó una menor duración del delirio y una reducción en los días de estadía en UCI en el grupo intervención. Los autores concluyen que las estrategias no farmacológicas multimodales son efectivas para la prevención del delirio en pacientes críticos y deben considerarse como parte del manejo integral en la UCI.

Tabla N°6

Título y año	“Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial” - 2021 ⁴³		
Autor	Contreras CCT. et al		
Diseño	Ensayo clínico controlado aleatorizado en paralelo con doble enmascaramiento		
Población	Intervención	Variables	Resultados:
81 pacientes críticamente enfermos internados en UCI del Hospital Universitario Los Comuneros (Bucaramanga, Colombia), 41 en grupo control y 40 en grupo intervención.	<p>Programa de enfermería multicomponente no farmacológico que incluyó:</p> <p>Orientación espacial y temporal</p> <p>Estimulación cognitiva</p> <p>Estímulo visual y auditivo</p> <p>Uso de objetos personales (fotos, audífonos, lentes)</p> <p>Apoyo e implicación de la familia.</p>	<p>Incidencia de delirium (evaluado con CAM-ICU)</p>	<p>La incidencia de delirium fue significativamente menor en el grupo intervenido (5%) en comparación con el grupo control (24,4%). El programa multicomponente redujo el riesgo de delirium (RR 0,20; IC95% 0,05–0,88), con una reducción absoluta del riesgo del 19,39% y un número necesario para tratar de 5 pacientes. Se concluye que el programa de enfermería multicomponente es eficaz para la prevención del delirium en pacientes críticamente enfermos en UCI.</p>

Tabla N°7:

Título y año	“Incidence of delirium in critically ill patients on mechanical ventilation receiving nonpharmacological measures” - 2020 ³⁸		
Autor	Martinez-Cabrera LA. et al		
Diseño	Estudio comparativo, longitudinal y ambispectivo con grupo de intervención y grupo control.		
Población	Intervención	Variables	Resultados:
84 pacientes críticos internados en una UCI de adultos en un hospital de Ciudad de México, sometidos a ventilación mecánica. 42 en el grupo intervención, y 42 en el grupo control.	Aplicación de un paquete de medidas no farmacológicas para la prevención del delirium en pacientes críticos con ventilación mecánica.	<p>Incidencia de delirium</p> <p>Tiempo en ventilación mecánica</p> <p>Presencia de delirium evaluada mediante CAM-ICU</p>	<p>La incidencia de delirium fue significativamente menor en el grupo intervenido (57,1%) en comparación con el grupo de control histórico (71,4%), lo que representó una reducción del 14,3% ($p = 0,027$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los tipos de delirium entre ambos grupos. Los autores concluyen que la implementación de medidas no farmacológicas integradas en el paquete ABCDEF constituye una estrategia efectiva para reducir la incidencia de delirium en pacientes críticos bajo VM, destacando la importancia de un abordaje interdisciplinario.</p>

Tabla N°8:

Título y año	“Prácticas nacionales de analgesia, sedación y delirium en las UCI de adultos en Chile” - 2021 ³⁹		
Autor	Rojas V. et al		
Diseño	Estudio observacional descriptivo de tipo transversal realizado mediante encuesta electrónica.		
Población	Intervención	VARIABLES	Resultados:
278 profesionales de la salud que trabajan en unidades de cuidados intensivos de adultos en Chile, incluyendo médicos, enfermeros, kinesiólogos y otros integrantes del equipo de salud.	Aplicación de una encuesta nacional destinada a evaluar las prácticas clínicas relacionadas con la evaluación y manejo del dolor, la sedación, el bloqueo neuromuscular y el delirium en pacientes críticos.	Evaluación del dolor, uso de escalas de sedación, existencia de protocolos institucionales, monitorización del delirium, utilización de escalas diagnósticas (como CAM-ICU) y estrategias de prevención.	Los resultados muestran una adherencia heterogénea a las prácticas recomendadas para el manejo de la analgesia, sedación y delirium. Aunque existe una alta percepción de que el delirium es frecuente, prevenible y subdiagnosticado, solo el 48% de los profesionales refiere evaluarlo de manera rutinaria, y el uso de escalas validadas como la CAM-ICU es limitado. Las estrategias de prevención no farmacológica se implementan de forma parcial, priorizando la orientación temporoespacial y la movilización precoz, mientras que el manejo farmacológico continúa siendo frecuente. El estudio concluye que persisten brechas importantes en la detección y prevención del delirium, asociadas a falta de conocimiento específico, ausencia de protocolos estandarizados y dificultades en el trabajo interdisciplinario.

Tabla N°9:

Título y año	“Challenges in the assessment and non-pharmacological management of delirium by nurses in Intensive Care Units” - 2025 ⁴⁰		
Autor	Scherer JH. et al		
Diseño	Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio basado en entrevistas semiestructuradas		
Población	Intervención	Variables	Resultados:
25 enfermeros de unidades de cuidados intensivos de las cinco regiones de Brasil.	Análisis de la implementación de estrategias no farmacológicas para la prevención del delirium en pacientes críticos.	<p>Desafíos para implementar intervenciones no farmacológicas</p> <p>Existencia de protocolos y herramientas de evaluación del delirium</p> <p>Factores estructurales y organizacionales de la UCI</p> <p>Participación familiar en el cuidado.</p>	Se identificaron tres grandes desafíos para la implementación de estrategias no farmacológicas: la ausencia de protocolos y herramientas estandarizadas para la identificación del delirio, las limitaciones del entorno físico e infraestructura de las UCI (iluminación, ruido, falta de estímulos de orientación) y las restricciones institucionales para la participación familiar. Los autores concluyen que los obstáculos estructurales, organizacionales e institucionales comprometen la eficacia de las intervenciones no farmacológicas y destacan la necesidad de capacitación profesional, estandarización de protocolos y adopción de políticas de atención centradas en el paciente.

Tabla N°10

Título y año	“Estrategias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de delirium em pacientes críticos” - 2020 ⁴¹		
Autor	Oliveira KP. et al		
Diseño	Estudio cualitativo descriptivo, basado en entrevistas semiestructuradas con enfermeras de UCI.		
Población	Intervención	VARIABLES	Resultados:
Enfermeras que trabajaban en la UCI adulta de un hospital público de Salvador, Bahía (Brasil)	<p>Identificación de estrategias de enfermería para prevenir o minimizar el delirium en pacientes críticos, tales como:</p> <p>Participación de la familia</p> <p>Reorientación del paciente en tiempo y espacio</p> <p>Control del ambiente (ruido y luz)</p> <p>Promoción del sueño</p> <p>Movilización temprana.</p>	<p>Estrategias utilizadas por enfermeras para prevenir delirium</p> <p>Conocimiento de instrumentos de evaluación del delirium</p> <p>Factores ambientales y organizacionales relacionados con el delirium.</p>	<p>A partir del análisis emergieron dos categorías temáticas, que fueron la falta de conocimiento del personal de enfermería sobre la monitorización del delirium en la UCI y las estrategias utilizadas para minimizar su aparición. A pesar de las limitaciones en el conocimiento teórico, las enfermeras aplican intervenciones coherentes, principalmente no farmacológicas, orientadas al control ambiental, la orientación del paciente y la prevención de factores desencadenantes. Se destaca la necesidad de protocolos institucionales y de instancias de capacitación para fortalecer la prevención del delirium en pacientes críticos.</p>

Tabla N°11

Título y año	“Care for patients with delirium in the intensive care unit: the nurse's view” - 2021 ⁴²		
Autor	Rocha CCM. et al		
Diseño	Estudio cualitativo descriptivo basado en la perspectiva de enfermeras sobre el cuidado de pacientes con delirium en UCI.		
Población	Intervención	Variables	Resultados:
Enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos, involucradas en la atención directa de pacientes con delirium.	Análisis de estrategias de cuidado implementadas por enfermeras para el manejo del delirium, incluyendo intervenciones farmacológicas y especialmente intervenciones no farmacológicas como parte del cuidado de enfermería.	<p>Estrategias de cuidado utilizadas por enfermeras</p> <p>Conocimiento sobre delirium</p> <p>Uso de herramientas o escalas para su identificación</p> <p>Medidas farmacológicas y no farmacológicas de manejo.</p>	Los resultados se organizaron en categorías que evidencian que el cuidado del paciente con delirio incluye medidas preventivas, el uso (a veces limitado) de instrumentos de identificación como la CAM-ICU, e intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Entre las estrategias no farmacológicas se destacan la orientación al paciente, la presencia familiar, el control del ambiente, la vigilancia de signos vitales y el equilibrio hidroelectrolítico. Las enfermeras identificaron dificultades como la falta de protocolos específicos, el escaso apoyo institucional y limitaciones de tiempo, mientras que el conocimiento y la experiencia profesional actuaron tanto como facilitadores como obstáculos para el manejo adecuado del delirio.

Tabla N°12

Título y año	“O Manejo Não Farmacológico do Delirium Sob a Ótica de Enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto” - 2019 ⁴⁴		
Autor	Chitolina Eberle C. et al		
Diseño	Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo, utilizando entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido temático		
Población	Intervención	Variables	Resultados:
12 enfermeras que trabajaban en la UCI de un hospital público de Rio Grande do Sul (Brasil), con experiencia en el cuidado de pacientes críticos	Identificación de medidas no farmacológicas utilizadas por enfermeras para el manejo y prevención del delirium en UCI, mediante encuestas semiestructuradas	<p>Conocimiento de las enfermeras sobre delirium</p> <p>Medidas no farmacológicas utilizadas en la práctica</p> <p>Factores que facilitan el manejo del delirium</p> <p>Barreras para la implementación de estas medidas.</p>	Los profesionales identificaron y aplicaron diversas estrategias no farmacológicas para el manejo del delirium, entre ellas la reorientación del paciente, el control de estímulos ambientales, la comunicación terapéutica, el apoyo familiar y la estimulación cognitiva y sensorial. Sin embargo, se evidenciaron limitaciones relacionadas con la sobrecarga laboral, la falta de protocolos específicos y la escasa capacitación formal. El estudio concluye que la enfermería cumple un rol central en la prevención y manejo no farmacológico del delirium en la UCI, destacando la necesidad de formación continua y estandarización de las intervenciones.

VI.c.I Análisis de resultados de búsqueda bibliográfica:

Los estudios seleccionados a partir de la búsqueda bibliográfica muestran resultados consistentes en relación con la efectividad de las intervenciones no farmacológicas para la prevención y el manejo del delirium en pacientes adultos internados en UCI. Estos abarcan distintos enfoques metodológicos, entre ellos ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales, revisiones sistemáticas, revisiones integradoras y estudios cualitativos.

Los artículos de diseño experimental y observacional evidenciaron una disminución en la incidencia del delirium en los grupos que recibieron intervenciones no farmacológicas en comparación con los grupos control. En particular, los estudios que aplicaron intervenciones multicomponentes mostraron reducciones significativas del riesgo de desarrollar delirium. El estudio de Álvarez et al. informó una reducción aproximada del 60% del riesgo, mientras que el estudio de Contreras et al. evidenció una incidencia del 5% en el grupo intervenido frente al 24,4% en el grupo control.^{39,43}

En pacientes sometidos a VM, el estudio de Martínez-Cabrera et al. mostró una menor proporción de delirium en el grupo que recibió un paquete de medidas no farmacológicas (57,1%) en comparación con el grupo control (71,4%), resultados que indican una reducción estadísticamente significativa de la incidencia del delirium en una población considerada de alto riesgo.³⁸

En relación con la duración del delirium, la revisión sistemática de Garegnani et al. y las revisiones de Sahawneh et al. y Moirangthem et al. reportaron que la aplicación de intervenciones no farmacológicas, particularmente aquellas relacionadas con la movilización temprana y el manejo del entorno, se asociaron con una reducción en el tiempo de duración del delirium y, en algunos casos, con una disminución de la estancia en la UCI.^{29,31,35}

El estudio de Aksoy et al. que evaluó una intervención focalizada en la promoción del sueño mediante el uso nocturno de tapones para los oídos y antifaz, evidenció una mejora significativa en la calidad del sueño medida por el RCSQ, acompañada de una disminución en la incidencia de delirium respecto al grupo control. No obstante, los estudios que implementaron paquetes de intervenciones multicomponente reportaron reducciones más marcadas en la incidencia del delirium. Estas intervenciones incluyeron estrategias de reorientación cognitiva, espacial y temporal, estimulación sensorial, corrección de déficits sensoriales, control ambiental, movilización temprana, promoción del sueño y participación familiar, aplicadas de manera sistemática desde las primeras 24 horas de internación en UCI.³⁶

Las intervenciones no farmacológicas que mostraron resultados favorables de

manera consistente incluyeron la movilización temprana y la terapia con ejercicios, la reorientación cognitiva en tiempo, espacio y persona, la optimización del entorno de la UCI mediante el control del ruido y la iluminación, la promoción y protección del ciclo sueño-vigilia, incluyendo el uso nocturno de tapones para los oídos y antifaces; la estimulación sensorial adecuada con corrección de déficits sensoriales y la participación y acompañamiento familiar como parte del cuidado integral.

En relación con la evaluación del delirium, la mayoría de los estudios cuantitativos utilizaron instrumentos validados como CAM-ICU e ICDSC. Sin embargo, los estudios descriptivos y cualitativos evidenciaron que la utilización sistemática de estas herramientas en la práctica clínica fue limitada. Menos de la mitad de los profesionales encuestados en el estudio de Rojas et al. refirieron evaluar rutinariamente el delirium mediante escalas validadas, persistiendo evaluaciones basadas en el juicio clínico no estructurado.³⁹

Los estudios cualitativos identificaron factores que influyen en la implementación de las prácticas no farmacológicas. Entre los principales factores que facilitan la aplicación de las prácticas no farmacológicas se destacaron la experiencia clínica del personal, el contacto continuo con el paciente, el trabajo interdisciplinario, la existencia de protocolos claros, el conocimiento previo sobre el delirium y la participación de la familia en el cuidado. Además se señaló que la capacitación continua y la sensibilización del equipo de salud respecto a la relevancia del delirium contribuyen a mejorar su detección precoz y la aplicación de medidas preventivas de manera sistemática.

Por otro lado, se identificaron barreras recurrentes de tipo organizacional, estructural y formativo, tales como la ausencia de protocolos institucionales, la falta de capacitación específica de los profesionales, el escaso tiempo disponible para la atención de los pacientes, la sobrecarga asistencial y las limitaciones del entorno físico de la UCI, incluyendo ruido excesivo, iluminación inadecuada, escasez de elementos de orientación y restricciones para la presencia familiar. Estas barreras fueron reportadas de manera consistente en los estudios de Scherer et al.⁴⁰, Rocha et al.⁴² y Chitolina Eberle et al.⁴⁴

Por último, Rojas et al. evidenció una heterogeneidad en las prácticas clínicas relacionadas con el manejo del delirium en las UCI, con mayor estandarización en el manejo de la sedación que en la evaluación y prevención del delirium. A pesar del reconocimiento generalizado del delirium como una condición frecuente y prevenible, se observó una baja implementación de estrategias no farmacológicas y un predominio del abordaje farmacológico, principalmente mediante el uso de antipsicóticos y dexmedetomidina.³⁹

VI.d. Resultados de las encuestas:

Se realizaron un total de 21 encuestas (n= 21), de los cuales 11 (52,4%) correspondieron a profesionales de sexo femenino, y 10 (47,6%), de sexo masculino.

En cuanto a la distribución etaria de los encuestados, la mayoría se concentra en el grupo de 30 a 39 años (47,6%), constituyendo el rango etario predominante. Luego se encuentra el grupo de menores de 30 años (28,6%), seguido por el grupo de 40 a 49 años (14,3%). El grupo de mayores de 50 años (9,5%) es el rango con menor predominancia. En conjunto, estos datos indican que la población encuestada está compuesta principalmente por adultos jóvenes.

En relación a la formación de posgrado, la mayoría de los encuestados refirió haber realizado la especialidad en Terapia Intensiva (52,4%), seguida por la especialidad en Rehabilitación Cardiorrespiratoria (28,6%) y un porcentaje reducido (4,8%), indicó no poseer ninguna especialidad al momento de la encuesta. Asimismo, uno de los participantes manifestó haber realizado cursos de formación sobre el trabajo en la UCI, en lugar de una especialización.

Refiriéndose al lugar de trabajo, se establecieron las categorías de hospital privado, hospital público y ambos, siendo el primero el que tiene un mayor porcentaje (ver gráfico N°1).

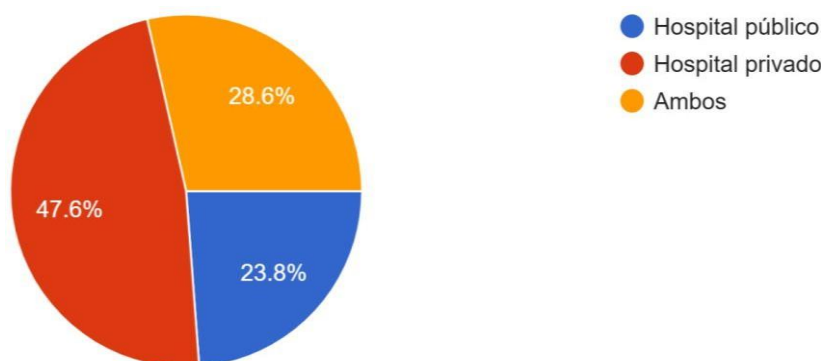


Gráfico N°1: Lugar de trabajo

En relación con la experiencia laboral en la UCI, la mayoría de los encuestados (66,7%) refirió contar con entre 1 y 5 años de experiencia. En segundo lugar, el 28,6% manifestó desempeñarse en UCI desde hace más de 10

años. Por el contrario, sólo un porcentaje reducido (4,8%) indicó tener entre 6 y 10 años de experiencia, mientras que no se registraron profesionales con menos de un año de trabajo en UCI.

En relación con el trabajo interdisciplinario en la UCI, la mayoría de encuestados consideran que existe trabajo en equipo (Ver gráfico N°2). Además al indagar sobre el grado de integración, el 50% lo considera bastante integrado (Ver gráfico N°3).

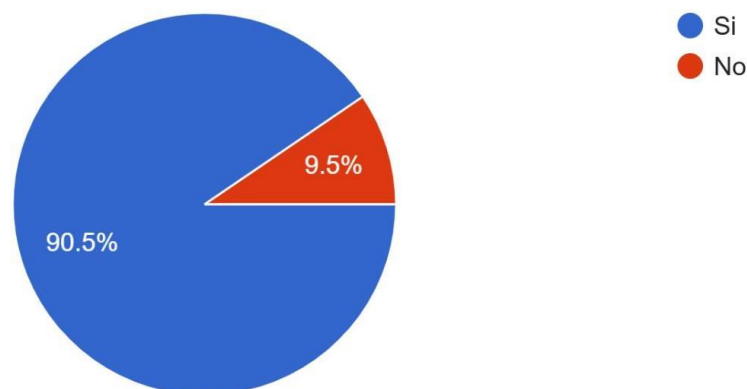


Gráfico N°2: Trabajo interdisciplinario

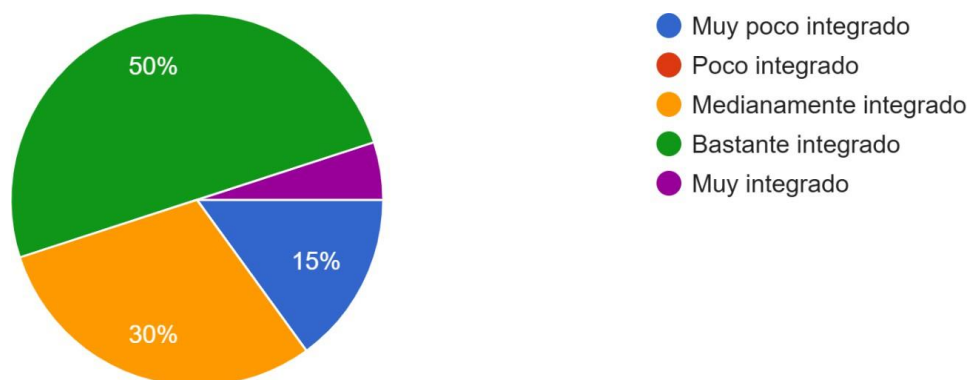


Gráfico N°3: Integración del trabajo interdisciplinario

Al preguntar sobre el rol del kinesiólogo dentro del equipo de la UCI, las respuestas de los profesionales destacan que el rol del kinesiólogo se centra principalmente en el manejo respiratorio (vía aérea, VMI y no invasiva, higiene bronquial, weaning y extubación) y en la rehabilitación motora, especialmente a través de la movilización precoz para prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad. Asimismo, varios participantes mencionan un rol creciente en aspectos emocionales y de acompañamiento del paciente, así como en la

rehabilitación de la deglución y el monitoreo funcional continuo, favorecido por el contacto diario y prolongado con el paciente crítico.

En relación con la pregunta “¿Cree que el rol del kinesiólogo difiere entre hospitales públicos y privados?”, el 42,9% de los encuestados considera que existen diferencias en el desempeño de su rol según el ámbito de trabajo, mientras que solo el 19% manifiesta que no percibe diferencias entre ambos contextos.

Respecto a las diferencias entre el ámbito público y privado, los resultados muestran una percepción heterogénea, influida en muchos casos por la experiencia laboral previa de los encuestados. De manera general, se identifica que en el sector público el kinesiólogo suele cumplir guardias de 24 horas, lo que facilita una mayor integración al equipo de salud y una participación más activa en la toma de decisiones. No obstante, también se señala una mayor carga asistencial y un número elevado de pacientes, lo que dificulta la rehabilitación individualizada. En contraste, en el ámbito privado se describe una menor cantidad de pacientes y un trabajo más personalizado, aunque con menor presencia horaria del kinesiólogo, lo que puede limitar el seguimiento continuo y la participación en decisiones clínicas. Estas diferencias estructurales y organizativas impactan directamente en la continuidad del cuidado y en las estrategias de prevención y tratamiento del delirium.

En cuanto al conocimiento sobre el delirium, los resultados reflejan que la mayoría de los kinesiólogos posee una definición adecuada del síndrome, reconociéndolo como un trastorno neuropsiquiátrico agudo caracterizado por alteraciones fluctuantes del nivel de conciencia, la atención y la cognición, frecuente en pacientes críticos.

El 71,4% de los encuestados manifestó que el delirium fue abordado dentro de su plan de estudios, mientras que el 28,6% restante indicó no haber recibido formación sobre esta temática durante su formación académica.

El 85,7% de los kinesiólogos encuestados refirió haber adquirido conocimientos sobre el delirium a partir de su experiencia laboral en la UCI, mientras que el 14,3% restante manifestó no haberlo hecho.

Mediante una pregunta de opción múltiple, en la que los encuestados podían seleccionar más de una respuesta, se indagó cuáles signos y síntomas del delirium conocen. (Ver gráfico N°4).

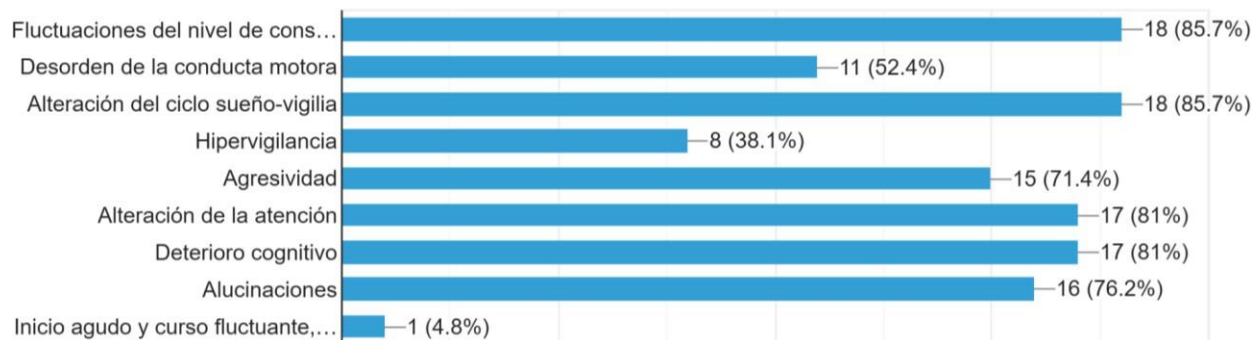


Gráfico N°4: Signos y síntomas de Delirium

Del total de kinesiólogos encuestados, solo dos participantes (9,5%) manifestaron no conocer los factores de riesgo asociados al desarrollo del delirium, mientras que el resto refirió conocerlos (90,5%).

Al analizar el reconocimiento de los factores de riesgo para el desarrollo de delirium, los encuestados identifican de manera consistente variables ampliamente descritas en la literatura, tales como la edad avanzada, la ventilación mecánica, la sedación prolongada (especialmente con benzodiazepinas), la estadía prolongada en UCI, las infecciones, el dolor, la alteración del ciclo sueño-vigilia, el aislamiento, la falta de estímulos sensoriales y la ausencia de contacto familiar. Este hallazgo sugiere que los kinesiólogos poseen un conocimiento adecuado de los factores predisponentes y desencadenantes, lo que constituye una base importante para la implementación de estrategias preventivas.

Al indagar sobre la relevancia del delirium en la UCI, la mayoría de los encuestados consideran que el delirium es muy relevante en el ámbito de la UCI. Además, no se registraron respuestas que consideren al delirium como una problemática irrelevante dentro de la UCI (Ver gráfico N°5).

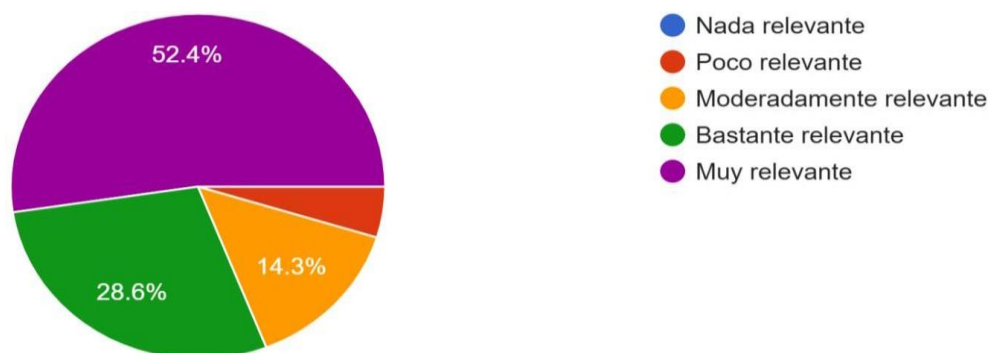


Gráfico N°5: Relevancia de Delirium en UCI

A pesar de que el 100% de los encuestados indicó haber atendido a pacientes con delirium, un gran porcentaje de kinesiólogos refirió no conocer los mecanismos involucrados en el desarrollo de esta entidad clínica (Ver gráfico N°6).

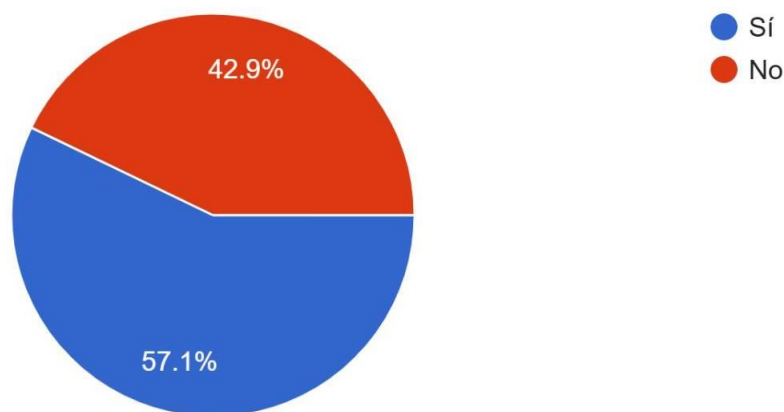


Gráfico N°6: Fisiopatología del Delirium

En relación con el uso de escalas para el diagnóstico del delirium, el 76,2% de los encuestados indicó utilizar la CAM-ICU, mientras que el 19% refirió no emplear ninguna escala diagnóstica. Por su parte, el 4,8% manifestó utilizar la Intensive Care Delirium Screening. Cabe destacar que ningún kinesiólogo seleccionó las restantes escalas incluidas como opciones en el cuestionario.

Algunos de los encuestados refieren no utilizar escalas específicas, principalmente por desconocimiento, falta de capacitación o ausencia de estandarización institucional. También se menciona que la evaluación del delirium suele quedar relegada al equipo médico, lo que limita la participación activa del kinesiólogo en la detección sistemática, a pesar de su contacto continuo con el paciente.

En términos generales, los encuestados consideran que el kinesiólogo cumple un rol relevante en la prevención y el tratamiento del delirium (Ver gráfico N°7 y 8).

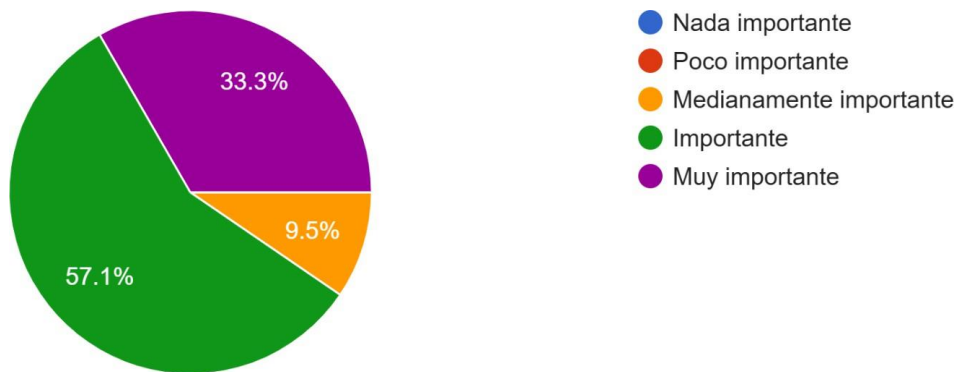


Gráfico N°7: Importancia del kinesiólogo en la prevención del Delirium

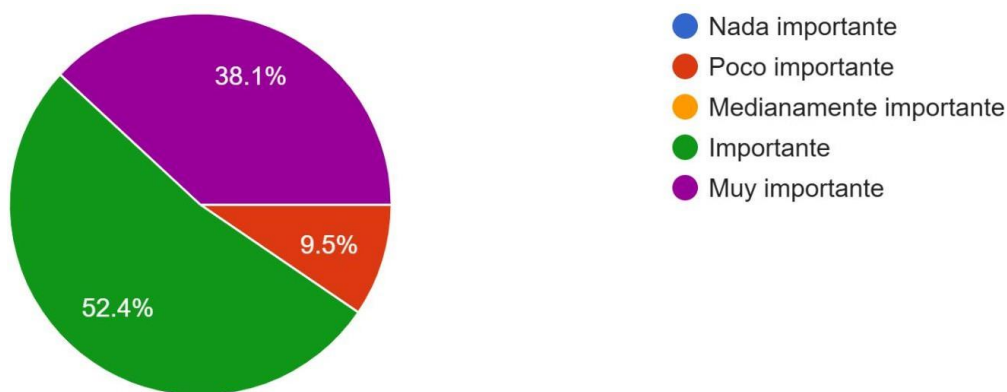


Gráfico N°8: Importancia del kinesiólogo en el tratamiento del Delirium

El 71,4% de los kinesiólogos encuestados indicó implementar prácticas no farmacológicas para la prevención del delirium, mientras que el 28,6% restante manifestó no utilizar este tipo de estrategias preventivas.

Por otra parte, el 64,7% manifestó utilizar prácticas no farmacológicas para el tratamiento del delirium, mientras que el 35,3% restante indicó no emplearlas.

En relación con las prácticas no farmacológicas para la prevención y el tratamiento del delirium, los resultados evidencian que los kinesiólogos implementan múltiples estrategias, aun cuando no siempre estén formalizadas dentro de protocolos institucionales. Entre las prácticas más mencionadas se destacan la movilización precoz, la orientación temporoespacial, la estimulación cognitiva indirecta, el respeto por el ciclo sueño-vigilia, la reducción de estímulos nocivos (ruidos y luces), la comunicación constante con el paciente, la participación familiar, la musicoterapia y las “vacaciones de sedación”. Para el tratamiento del delirium, además, se describen intervenciones adaptadas al subtipo clínico (hipoactivo o hiperactivo), técnicas de regulación respiratoria,

estimulación propioceptiva y estructuración del entorno, lo que pone de manifiesto un abordaje integral desde la kinesiología.

El 100% de los encuestados indicó que existe una relación entre el exceso de sedación y el desarrollo del delirium y coincidieron en que el delirium conlleva complicaciones significativas para el paciente.

Los encuestados coinciden en que el delirium genera complicaciones significativas para el paciente crítico, tales como prolongación de la estadía en UCI, retraso en el destete ventilatorio, aumento de la morbimortalidad, deterioro cognitivo y funcional, debilidad adquirida en UCI y desarrollo del síndrome post-cuidados intensivos. En este sentido, las oportunidades de mejora identificadas se centran en la necesidad de mayor participación del kinesiólogo en la toma de decisiones, la implementación de protocolos específicos, la capacitación continua, el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario y la inclusión activa de la familia en el cuidado del paciente.

La mayoría de los kinesiólogos encuestados consideró que tal vez existen diferencias en el tratamiento y prevención del delirium en el ámbito público con el privado, y otra gran parte consideró que sí existen diferencias (ver gráfico N°9). Un pequeño porcentaje considera que no existen diferencias entre ambos contextos.

Las diferencias señaladas por los profesionales que reconocieron su existencia (n=12) pueden observarse en el gráfico N°10.

Las principales diferencias señaladas se relacionaron con los tiempos de atención al paciente y la disponibilidad de recursos humanos. Asimismo, el trabajo interdisciplinario fue identificado como un factor diferencial por el 50% de los participantes, seguido de la existencia de protocolos específicos para la prevención y el tratamiento del delirium y la organización interna de la UCI. En menor medida, se mencionaron diferencias vinculadas a las condiciones laborales y a la disponibilidad de recursos materiales y equipamiento.

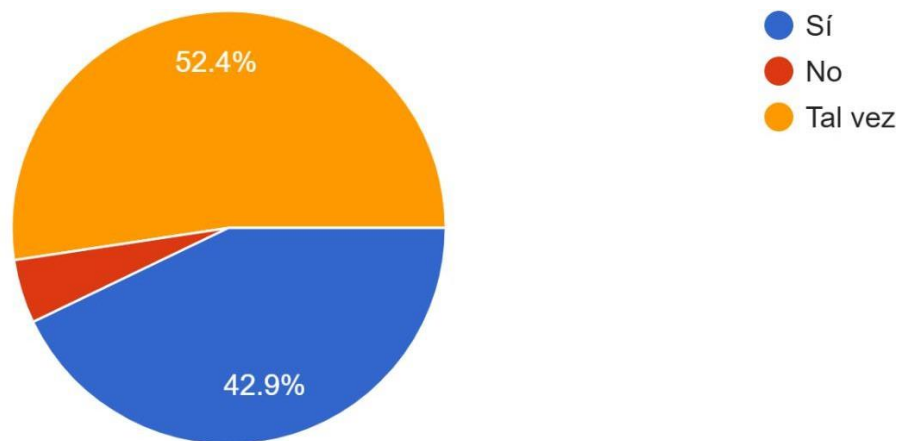


Gráfico N°9: Existencia de diferencias en la prevención y tratamiento del Delirium en hospitales públicos y privados

En caso de haber respondido afirmativamente, ¿En que difiere? (Indique hasta 3 opciones)
12 respuestas

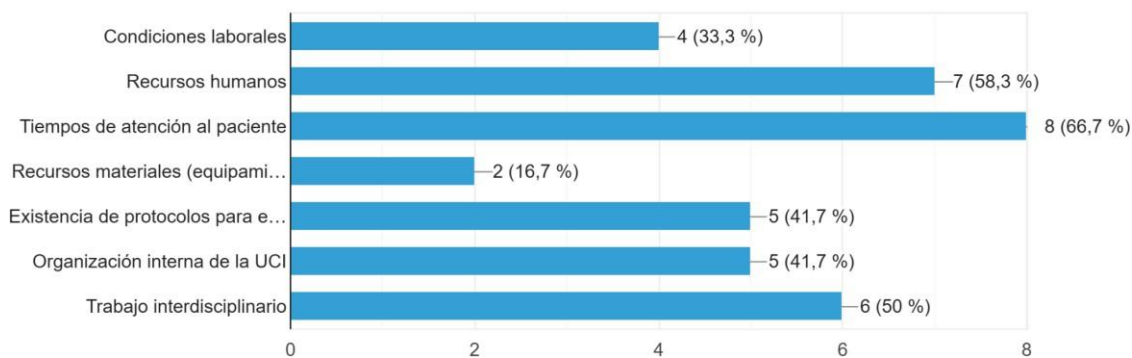


Gráfico N°10: Diferencias en la prevención y tratamiento del delirium en hospitales públicos y privados

VI.d.I. Análisis de resultados de las encuestas:

Fueron invitados a participar en el estudio un total de 30 kinesiólogos que se desempeñan en las UCI de la ciudad de Santa Fe. De ellos, 21 profesionales completaron la encuesta, constituyendo los sujetos realmente incluidos en el estudio (n=21). El contacto se realizó mediante mensajes directos, a través de los cuales se envió una breve explicación del estudio junto con un enlace que redirige al formulario elaborado en la plataforma Google Forms. En dicho formulario se presentaba, en primera instancia, el consentimiento informado; únicamente luego de su aceptación los participantes podían acceder y responder las preguntas que conformaban la encuesta.

Al analizar las respuestas según el ámbito de desempeño laboral, no se observaron diferencias relevantes entre los kinesiólogos que trabajan en el sector público y aquellos que se desempeñan en instituciones privadas en relación con los conceptos sobre delirium, la identificación de factores de riesgo y la implementación de medidas no farmacológicas, evidenciándose respuestas relativamente homogéneas en ambos grupos. Esto sugiere que, independientemente del ámbito institucional, los profesionales comparten niveles de conocimiento y prácticas similares en relación con la prevención y el abordaje del delirium en UCI.

No obstante, se identificaron diferencias vinculadas a los tiempos de atención, la disponibilidad de recursos humanos y la dinámica de trabajo interdisciplinario. Estas particularidades se ven reflejadas en la forma en que se implementan las prácticas no farmacológicas, evidenciando variabilidad en su aplicación según el contexto institucional.

En relación con el tiempo de desempeño en UCI, se observa que los profesionales con mayor antigüedad en el área describen una mayor variedad de estrategias de prevención y tratamiento del delirium. En contraste, aquellos kinesiólogos con menor tiempo de trabajo en UCI mencionaron un número más limitado de intervenciones, destacándose principalmente la movilización temprana, la reorientación temporoespacial del paciente y la reducción de estímulos ambientales. Estos resultados sugieren que la experiencia clínica acumulada podría favorecer un mayor conocimiento e implementación de medidas no farmacológicas, lo cual se ve reforzado por el hecho de que la mayoría de los profesionales refirió haber adquirido conocimientos sobre el delirium a partir de su experiencia laboral en la UCI.

En cuanto al trabajo interdisciplinario en la UCI, si bien los resultados cuantitativos indican que la mayoría de los encuestados percibe la existencia de trabajo en equipo, el análisis de las respuestas abiertas permite matizar esta percepción. En este sentido, los kinesiólogos se reconocen como parte del equipo, aunque su participación en la toma de decisiones se describe en muchos casos como parcial o condicionada por el ámbito laboral y la organización institucional de cada unidad.

Respecto al conocimiento sobre el delirium, las respuestas abiertas evidencian un buen nivel de comprensión conceptual del síndrome, en concordancia con las definiciones descritas en la literatura. No obstante, se observan distintos grados de profundidad en las explicaciones brindadas por los

encuestados.

En cuanto al uso de herramientas diagnósticas, los resultados muestran una brecha relevante entre el conocimiento teórico y la práctica clínica. Si bien la mayoría de los profesionales reconoce la importancia del delirium y de su detección temprana, no todos refieren utilizar de manera sistemática herramientas estandarizadas para su diagnóstico. Esta situación podría limitar la identificación temprana del síndrome en el contexto de la UCI y lo que sugiere una posible diferencia entre el conocimiento declarado y la práctica clínica cotidiana.

Finalmente, en relación con el rol profesional, los kinesiólogos se reconocen como parte de la prevención y el abordaje del delirium, principalmente a través de intervenciones vinculadas a la movilización temprana y el manejo del entorno. Sin embargo, su participación en la evaluación sistemática del delirium mediante herramientas específicas no se presenta de manera uniforme, lo que sugiere distintos niveles de integración dentro del equipo interdisciplinario, así como desafíos relacionados con la estandarización de prácticas y la formación específica en esta área.

VII. DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos en el presente trabajo permiten analizar las percepciones y prácticas no farmacológicas declaradas por los kinesiólogos que se desempeñan en UCI de hospitales públicos y privados de la ciudad de Santa Fe, y contrastarlas con la evidencia científica revisada. En términos generales, los hallazgos muestran una elevada conciencia sobre la relevancia clínica del delirium y un reconocimiento del rol del kinesiólogo en su abordaje no farmacológico, en concordancia con lo reportado en la literatura. Sin embargo, al profundizar el análisis, se evidencian brechas entre la práctica cotidiana y la implementación sistemática de estrategias respaldadas por la evidencia, particularmente en relación con el diagnóstico y evaluación formal del delirium, la estandarización de las intervenciones y la integración interdisciplinaria.

En relación con la percepción del delirium, el 100% de los kinesiólogos encuestados coincidió en que esta condición conlleva complicaciones significativas para el paciente crítico, lo cual coincide con los hallazgos de los estudios experimentales y revisiones incluidas en la búsqueda bibliográfica. Entre las consecuencias mencionadas se destacan la prolongación de la estadía en UCI, el retraso en el destete ventilatorio, el aumento de la morbimortalidad y el deterioro cognitivo y funcional.

Con respecto a las prácticas no farmacológicas, los estudios de **Faustino et al.**³⁷ y **Martinez et al.**³⁸ mostraron reducciones significativas en la incidencia de delirium mediante la aplicación de paquetes de intervenciones no farmacológicas, reforzando la importancia de su prevención temprana. No obstante, a diferencia de estos estudios, donde las intervenciones se aplican de manera sistemática y protocolizada, en la práctica referida por los kinesiólogos estas estrategias no siempre se encuentran estructuradas, lo que marca una diferencia relevante en su implementación.

Un aspecto relevante a destacar es que las estrategias de búsqueda que incluyeron específicamente el término “prácticas no farmacológicas” no arrojaron resultados en las bases de datos consultadas. Este hallazgo resulta significativo, ya que pone de manifiesto una posible falta de sistematización o de utilización de dicha terminología en la producción científica, a pesar de que estas intervenciones son ampliamente reconocidas en la práctica clínica y en la literatura como pilares fundamentales en la prevención y el abordaje del delirium. En este sentido, la ausencia de resultados no necesariamente implica una falta de evidencia, sino que podría reflejar una dispersión conceptual o una heterogeneidad en la forma en que

estas prácticas son denominadas y abordadas en los estudios, lo que dificulta su identificación y recuperación en las búsquedas bibliográficas.

Un hallazgo crítico del presente estudio es que el 42,9% de los kinesiólogos manifestó no conocer la fisiopatología del delirium. Esta situación contrasta con la literatura revisada, donde la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos es considerada un pilar fundamental para la prevención y detección precoz del síndrome. Esto puede deberse a la falta de profundización del tema delirium dentro de los contenidos académicos, o en el cursado de especializaciones que permiten al profesional, trabajar dentro de la UCI. Si bien algunos estudios, como el de **Oliveira et al.**⁴¹, sugieren que pueden implementarse medidas adecuadas aun con limitaciones teóricas, la falta de este conocimiento podría limitar la capacidad de identificar factores de riesgo y anticiparse al desarrollo del delirium, evidenciando una diferencia sustancial entre el conocimiento científico disponible y su apropiación en la práctica clínica.

Asimismo, los resultados de la encuesta evidencian una brecha entre el reconocimiento de la importancia clínica del delirium y la apropiación de herramientas para su detección sistemática. Aunque el 100% de los encuestados refirió haber atendido pacientes con delirium, una proporción significativa manifestó no utilizar escalas específicas para su diagnóstico, ya sea por falta de capacitación en estrategias diagnósticas mediante el uso de escalas, por no estar estandarizado en protocolos institucionales, o porque el diagnóstico de delirium queda relegado a otros profesionales del equipo dentro de la UCI. Esta situación coincide con lo reportado por **Chitolina Eberle et al.**⁴⁴ y **Rocha et al.**⁴², quienes describen una discrepancia similar entre el reconocimiento del delirium como problema frecuente y su evaluación sistemática. Sin embargo, mientras que estos autores identifican esta limitación en distintos equipos de salud, los resultados del presente trabajo refuerzan que esta brecha también se encuentra presente específicamente en el ámbito kinésico.

Los resultados del trabajo de campo refuerzan lo señalado por la evidencia analizada, indicando que el reconocimiento del delirium como entidad clínica relevante no garantiza, por sí solo, una práctica diagnóstica estructurada y sistematizada. La persistencia de esta distancia entre el reconocimiento del problema y la práctica clínica subraya la necesidad de fortalecer instancias de capacitación específica, promover la estandarización de herramientas de evaluación y consolidar la participación activa del kinesiólogo en la detección precoz del delirium dentro del equipo interdisciplinario de la UCI.

Respecto al rol del kinesiólogo dentro del equipo de salud, los resultados evidencian una participación amplia en el manejo respiratorio, la movilización precoz y la rehabilitación motora, en concordancia con lo señalado por **Contreras et al.**⁴³, donde la movilización temprana constituye una de las estrategias centrales para la prevención del delirium. No obstante, a diferencia de los modelos interdisciplinarios propuestos en la literatura, donde la participación de los distintos profesionales es activa y coordinada, en el presente estudio la intervención del kinesiólogo en la toma de decisiones clínicas aparece en muchos casos como parcial o condicionada por el contexto laboral. Este hallazgo se relaciona con lo descrito por **Scherer et al.**⁴⁰, quien identifica barreras organizativas y estructurales que limitan la implementación efectiva de estrategias no farmacológicas.

En cuanto a las prácticas no farmacológicas, se observan importantes similitudes entre lo referido por los kinesiólogos y la evidencia científica. Estrategias como la movilización precoz, la orientación temporoespacial, la estimulación cognitiva, el control del entorno y la participación familiar coinciden con las intervenciones analizadas en el estudio de **Martinez et al.**³⁸, que demostró una reducción significativa en la incidencia y duración del delirium mediante un enfoque multicomponente. Sin embargo, la principal diferencia radica en la forma de implementación, mientras que en los estudios estas intervenciones se aplican de manera combinada, sistemática y protocolizada, en la práctica clínica reportada se realizan de forma más aislada y no estructurada, lo que podría disminuir su efectividad, especialmente si no se integran en programas estructurados y protocolizados de prevención del delirium.

Asimismo, se identifican diferencias concretas en relación con intervenciones específicas. Por ejemplo, el estudio de **Aksoy et al.**³⁶ evidenció que el uso de antifaces y tapones auditivos mejora la calidad del sueño y reduce la incidencia de delirium; sin embargo, ninguna de estas estrategias fue mencionada por los kinesiólogos encuestados. Esta ausencia refleja una brecha clara entre la evidencia disponible y su aplicación en la práctica clínica cotidiana.

En relación con el uso de herramientas estandarizadas, tanto los kinesiólogos como la literatura coinciden en señalar a la CAM-ICU y la ICDSC como escalas relevantes para la detección del delirium. No obstante, la diferencia radica en su implementación, debido a que la evidencia enfatiza su uso sistemático, estudios como el de **Rojas et al.**³⁹ muestran que su aplicación en la práctica clínica es irregular, situación que se replica en los resultados del presente estudio. Esta discrepancia refuerza la existencia de una brecha entre el

conocimiento teórico y su aplicación efectiva.

En relación con las diferencias entre el ámbito público y privado, el 42,9% de los encuestados consideró que existen diferencias claras en la prevención y el tratamiento del delirium, mientras que el 52,4% manifestó que tal vez existan. Entre los factores diferenciales más señalados se encontraron los tiempos de atención al paciente (66,7%), la disponibilidad de recursos humanos (58,3%) y el trabajo interdisciplinario (50%).

En el ámbito público, la realización de guardias de 24 horas fue identificada como un facilitador de la integración al equipo de salud, aunque asociada a una mayor carga asistencial. En contraste, en el ámbito privado se describió una atención más personalizada, pero con menor presencia horaria del kinesiólogo, lo que podría influir en la continuidad de las intervenciones. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por **Scherer et al.**⁴⁰, quien señala que la organización interna y los recursos disponibles influyen directamente en la implementación de estrategias no farmacológicas. No obstante, a diferencia de gran parte de la literatura, que no profundiza en estas diferencias contextuales, el presente estudio aporta evidencia específica sobre el impacto de estas condiciones en la práctica local.

Autores como **Scherer et al.**⁴⁰, **Rocha et al.**⁴² y **Chitolina Eberle et al.**⁴⁴ identifican limitaciones estructurales, organizacionales y formativas como factores determinantes en el abordaje del delirium, en concordancia con las barreras señaladas por los kinesiólogos encuestados. Sin embargo, **Rojas et al.**³⁹ plantea que la variabilidad en las prácticas clínicas se relaciona más con la ausencia de protocolos estandarizados que con el tipo de institución, lo que permite interpretar que las diferencias observadas en el presente estudio responden a factores institucionales más que a la dicotomía público-privado.

Las barreras percibidas por los kinesiólogos, tales como la sobrecarga laboral, la falta de recursos humanos, las dificultades en el trabajo interdisciplinario y la ausencia de protocolos, coinciden con lo reportado en la literatura, lo que refuerza la consistencia entre la experiencia local y la evidencia disponible. Sin embargo, la persistencia de estas limitaciones pone en evidencia la dificultad para trasladar las recomendaciones basadas en la evidencia a la práctica clínica real.

Un aspecto relevante que emerge del análisis es la escasa producción científica centrada específicamente en el rol del kinesiólogo en el abordaje no farmacológico del delirium. La mayoría de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica abordan esta problemática desde la perspectiva médica o de

enfermería, como en los trabajos de **Rocha et al.**⁴² y **Chitolina Eberle et al.**⁴⁴, lo que evidencia una diferencia en el enfoque disciplinar. En este sentido, el presente estudio aporta una mirada específica desde la kinesiología, contribuyendo a visibilizar su rol dentro del equipo interdisciplinario.

Finalmente, las oportunidades de mejora identificadas, como la implementación de protocolos específicos, la capacitación continua y el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario, se encuentran en línea con las recomendaciones de la literatura. No obstante, la principal diferencia radica en que, mientras que los estudios analizados muestran resultados positivos cuando estas estrategias se aplican de manera estructurada, en el contexto local su implementación aún es parcial.

Como limitación, debe considerarse que gran parte de la evidencia disponible proviene de estudios desarrollados desde otras disciplinas, lo que refuerza la necesidad de generar investigaciones centradas en la kinesiología. En conjunto, los hallazgos evidencian que, si bien existe concordancia general entre la evidencia científica y la práctica clínica en cuanto al reconocimiento del delirium y las estrategias utilizadas, persisten diferencias significativas en la profundidad del conocimiento, la sistematización de las intervenciones y la aplicación de herramientas diagnósticas, lo que pone de manifiesto una brecha entre la evidencia y la práctica que requiere ser abordada.

VIII. CONCLUSIÓN:

Los resultados del presente trabajo evidencian que el delirium es reconocido por los kinesiólogos que trabajan en las UCI de la ciudad de Santa Fe como una condición clínica frecuente, relevante y asociada a importantes complicaciones en el paciente crítico. Asimismo, se observa una valoración positiva y generalizada del rol del kinesiólogo en la prevención y el abordaje no farmacológico del delirium, percibiendo a sí mismos como actores clave dentro del equipo interdisciplinario de la UCI, aunque esto no necesariamente se refleja de manera uniforme en la práctica clínica.

En relación con el primer objetivo específico, orientado a describir las percepciones y prácticas no farmacológicas, se observa que los kinesiólogos reconocen el delirium y sus principales factores de riesgo, y refieren implementar intervenciones acordes a la evidencia científica, tales como la movilización precoz, la orientación temporoespacial y el manejo del entorno. No obstante, estas prácticas no se aplican de manera sistemática, no suelen integrarse en estrategias multicomponente y, en la mayoría de los casos, no se encuentran formalizadas en protocolos institucionales, lo que podría disminuir su impacto en la prevención y el tratamiento del delirium.

En cuanto al segundo objetivo específico, vinculado al análisis de diferencias entre el ámbito público y privado, no se observaron diferencias significativas en las percepciones ni en el nivel de conocimiento de los profesionales. Se destaca que en los hospitales públicos, la realización de guardias de 24 horas, favorece la participación del kinesiólogo en la toma de decisiones, y el mayor tiempo de contacto con el paciente, puede favorecer su sospecha, y realizar el diagnóstico a tiempo. Sin embargo, sí se identificaron variaciones en la forma de implementación de las prácticas no farmacológicas, particularmente en su continuidad, sistematización y grado de personalización, lo que podría influir en su efectividad clínica.

Respecto al tercer objetivo específico, orientado a identificar oportunidades de mejora, tanto los resultados del trabajo de campo como su contraste con la literatura evidencian la necesidad de fortalecer la formación profesional, especialmente en lo que respecta a la fisiopatología del delirium, la identificación de factores de riesgo y la utilización sistemática de herramientas diagnósticas. Asimismo, se destaca la importancia de promover la implementación de estrategias no farmacológicas de manera protocolizada, interdisciplinaria y bajo enfoques multicomponentes.

En este sentido, la ausencia de protocolización del diagnóstico sistematizado podría favorecer el subdiagnóstico del delirium, reduciendo las posibilidades de intervención temprana. A su vez, si bien los profesionales refieren aplicar medidas no farmacológicas, el menor dominio de la fisiopatología podría dificultar la identificación de los momentos oportunos para su implementación.

Las barreras identificadas refuerzan la necesidad de consolidar un abordaje interdisciplinario más estructurado, en el cual el kinesiólogo participe activamente en la evaluación, prevención, tratamiento y seguimiento del delirium. En este sentido, se destaca la importancia de fortalecer la formación de grado y posgrado, así como de promover la implementación de protocolos estandarizados y estrategias no farmacológicas integradas bajo enfoques multicomponentes.

Asimismo, resulta fundamental optimizar la organización del trabajo en las UCI, favoreciendo la coordinación entre profesionales y la planificación de intervenciones en momentos clave del cuidado del paciente. Todo ello permitiría mejorar la calidad de atención, favorecer la detección precoz del delirium y reducir la brecha existente entre la evidencia científica y la práctica clínica, impactando positivamente en los resultados de los pacientes críticos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Clínica Universidad de Navarra. Delirium. En: Diccionario médico [Internet]. 2023 [citado el 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/delirium>
2. Ayón-Aguilar J, Serrano-Vértiz L, Quiroz-Lara FV, Torres-Macotela M. Incidencia y factores asociados a delirium en un Servicio de Urgencias. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2025 [citado el 23 de junio de 2025]; 63(1):e6385. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12068897/>
3. Ramírez Solano M, Umaña Venegas A. Delirio: una visión global. Rev Medica Sinerg [Internet] 2021 [Citado el 23 de Jun de 2025]; 6(5):e672. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i5.672>
4. Oviedo Lugo GF, García Martínez PA, Duarte Osorio A, Rincón CJ, López A, Chavarría R, et al. Incidencia del Síndrome Confusional (delirio) en un Hospital Universitario Latinoamericano. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2024 [citado el 30 de junio de 2025]; 53(1):41–6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502024000100041&script=sci_arttext
5. 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. J Nurs Res [Internet]. 2022 [citado el 30 de junio de 2025]; 30(4):e222. Disponible en: https://journals.lww.com/jnr-tna/fulltext/2022/08000/Impact_of_Pain,_Agitation,_and_Delirium_Bundle_on.7.aspx
6. Ospina-Lehmann A, Castañeda-Gómez MC, Pabón-Martínez EJ, Vigoya-Aponte JP, Orozco-Castro S, Chavarro-Carvajal DA, et al. Delirium in elderly hospitalized patients: Analyzing clinical and social determinants in a Colombian retrospective cohort. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2025 [citado el 30 de junio de 2025]; 40(4):e70079. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.70079>
7. Da Luz J, Pereira L, Peretti C, Barros M, Soca A, Pontet J, et al. Evaluación del impacto de intervenciones educativas en la detección y el diagnóstico del delirium en una unidad de cuidados intensivos. Rev Med Urug (Montev) [Internet]. 2025 [citado el 3 de julio de 2025]; 41(1):e201. Disponible en: <https://revistamedicadeluruguay.com/articulo/evaluacion-del-impacto-de-intervenciones-educativas-en-la-deteccion-y-el-diagnostico-del-delirium-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos>
8. Kotfis K, Van Diem-Zaal I, Williams Roberson S, Sietnicki M, Van Den Boogaard

- M, Shehabi Y, et al. The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Crit Care* [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2025]; 26(1):200. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y>
9. Rains J, Chee N. The role of occupational and physiotherapy in multi-modal approach to tackling delirium in the intensive care. *J Intensive Care Soc* [Internet]. 2017 [citado el 20 de octubre de 2025]; 18(4): 318-322. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1751143717720589>
10. Tobar E, Alvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2020 [citado el 10 de agosto de 2025];31(1):28–35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-delirium-en-el-adulto-mayor-S0716864019301142>
11. Rodrigues La Moglie R, Plotnikow G, Busico M, Bezzi M, Fredes S, Tiribelli N, et al. Definición del rol y las competencias del kinesiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Argent Ter Intensiva* [Internet]. 2018 [citado el 10 de agosto de 2025]; 35(4):27–38. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/592>
12. Ferreira BK, Letícia É, de Souza Pereira Letícia GN, Lúcia CSM, Oliveira Freitas Barbosa I, Gardenghi G. Prevalencia e factores de risco associados a presença de delirium em um hospital de urgencia de Goiás. *Rev Cient Esc Saúde Públ Goiás Cândido Santiago* [Internet]. 2024 [citado el 30 de junio de 2025]; 10. Disponible en: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/717/441>
13. Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med* [Internet]. 2021 [Citado el 30 de junio de 2025];47(10):1089–103. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-021-06503-1>
14. Chowdhury D, Duggal AK. Intensive care unit models: Do you want them to be open or closed? A critical review. *Neurol India* [Internet]. 2017 [Citado el 20 de noviembre de 2025]; 65(1): 39-45. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/0028-3886.198205>
15. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care* [Internet]. 2017 [citado el 20 de noviembre de 2025]; 37: 270-276. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
16. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Documento de protección,

- reconocimiento y jerarquización de la tarea especialista: medicina crítica y terapia intensiva. Rev Argent Ter Intensiva [Internet]. 2020 [citado el 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.sati.org.ar/wp-content/uploads/2022/04/documento_de_proteccion_completo_2020.pdf
17. Kayambankadzanja RK , Schell CO , Gerdin Wörnberg M , Tamras T, Mollazadegan H, Holmberg M, et al. Towards definitions of critical illness and critical care using concept analysis. Br Med J [Internet]. 2022; 12 (9): e060972. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060972>
 18. Calderon Moreno M, Castuera Gil AI, Diez Romero P, Fernandez Cadona M. Alteración del nivel de conciencia. Síndrome confusional agudo. Med [Internet]. 2015 [citado el 22 de noviembre de 2025]; 11(89): 5303-5313. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-alteracion-del-nivel-de-conciencia-sindr-articulo-S0304541215002838>
 19. Martínez Díaz MV, Sáez Méndez L. Alteraciones del nivel de conciencia. Med [Internet]. 2007 [citado el 22 de noviembre de 2025]; 9(87): 5585-5591. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0211-3449\(07\)74703-3](https://doi.org/10.1016/S0211-3449(07)74703-3)
 20. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Delirio en la UCC. Rev Argent Ter Intensiva [Internet]. 2022 [citado el 23 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.sati.org.ar/wp-content/uploads/2022/04/CECSATI_Delirio.pdf
 21. Torales J, Iván I, Armoa L. El delirio: una actualización para Internistas y Psiquiatras. Rev virtual Soc Parag Med Int [Internet]. 2017 [citado el 25 de noviembre de 2025]; 4: 54-64. Disponible en: [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04\(02\)54-064](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04(02)54-064)
 22. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. 5.ª ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2014 [citado el 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
 23. Palmero Picazo J, Lassard Rosenthal J. Delirium: una revisión actual. Aten. Fam. [Internet]. 2021 [citado el 27 de noviembre de 2025]; 28 (4): 284-290. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.4.80600>
 24. Díaz J, Castrillón A, Cardeño C, Franco JG. Herramientas disponibles en español para la valoración clínica del delirium. Revisión sistemática. Rev Neurol [Internet]. 2023 [citado el 30 de noviembre de 2025]; 76 (6): 197-208. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.7606.2022265>
 25. Velásquez Gaviria LM. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en

- hispanohablantes: artículo de revisión. Med. U.P.B. [Internet]. 2016 [citado el 1 de diciembre de 2025]; 35(2): 100-110. Disponible en: <https://doi.org/10.18566/medupb.v35n2.a04>
26. Liu SB, Wu HY, Duan ML, Yang RL, Ji CH, Liu JJ, et al. Delirium in the ICU: how much do we know? A narrative review. Ann. Med [Internet]. 2024 [citado el 1 de diciembre de 2025]; 56 (1). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2405072>
27. Champoux M, Poirier A, Hudon C. Roles of physiotherapists in primary care teams: a scoping review. BMJ Open [Internet]. 2025 [citada el 5 de diciembre de 2025]; 15 (2): e092276. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092276>
28. Flores Galicia C, Ponce Gómez G, Valencia Cruz A. Escalas de valoración del delirio: un desafío en enfermería. Rev Enf Neurol [Internet]. 2024 [citado el 5 de diciembre de 2025]; 23(2): 44-51. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/REN.M24000002>
29. Sahawneh F, Boss L. Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review. Nurs Crit Care [Internet]. 2021 [citado el 7 de diciembre de 2025]; 26(3): 166-175. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nicc.12594>
30. Bannon L, McGaughey J, Clarke M, McAuley DF, Blackwood B. Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients: protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research. Syst Rev [Internet]. 2016 [citado el 7 de diciembre de 2025]; 5 (75). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0254-0>
31. Moirangthem S, Sukhpal K, Nikhil K. Prevention of Delirium in the Intensive Care Unit through Nonpharmacological Interventions: An Umbrella Review. Indian J Crit Care Med [Internet]. 2025 [Citado el 10 de diciembre de 2025]; 29(1): 75-83. Disponible en: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24884>
32. Acevedo Nuevo M, San José Arribas A. Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la UCI. Enferm Int [Internet]. 2020 [citado el 10 de diciembre de 2025]; 31(4): 203-205. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.07.003>
33. Salcedo Aparicio DM, López Mindiola JJ, Fuentes Torres BJ, Salcedo Aparicio DJ. La percepción sensorial, la cognición, la interactividad y las tecnologías de información y comunicación (TIC) en los procesos de aprendizaje. Rev Investig Actualiz Mundo Cienc [Internet]. 2022 [citado el 17 de diciembre de 2025];

- 6(2):388-395. Disponible en:
[https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.388-395](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.388-395)
34. Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Rev Estud Soc [Internet]. 2004 [Citado el 17 de diciembre de 2025]; 18: 89-96. Disponible en:
<http://journals.openedition.org/revestudsoc/24808>
35. Garegnani L, Ivaldi D, Burgos MA, Varela LB, Díaz Menai S, Rico S, et al. Exercise therapy for the treatment of delirium in the intensive care unit. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2025 [citado el 27 de diciembre de 2025]; 8. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015830.pub2>
36. Aksoy M, Kant E, Akpinar RB. Effect of earplug/eye mask on sleep and delirium in intensive care patients. Nurs Crit Care [Internet]. 2022 [citado el 27 de diciembre de 2025]; 27(4):537-545. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/nicc.12741>
37. Faustino TN, Suzart NA, Neves dos Santos Rabelo R, Lima Santos J, Batista GS, Seixas de Freitas Y, et al. Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients: A randomized clinical trial. J Crit Care [Internet]. 2022 [citado el 27 de diciembre de 2025]; 68: 114-120. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944121002860>
38. Martínez-Cabrera LA, Martínez-Martínez J. Incidencia de delirium en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica que reciben medidas no farmacológicas. Rev Enf Neurol [Internet],. 2024 [citado el 27 de diciembre de 2025]; 23(2):33-43. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/REN.M24000007>
39. Rojas V, Romero C, Tobar D, Álvarez E, Aranda R, Bugedo G, et al. Prácticas nacionales de analgesia, sedación y delirium en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos en Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2021 [citado el 29 de diciembre de 2025]; 149(6): 864-872. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000600864>
40. Scherer JH, Maia TFA, Telles CFS, Fragoso AS, Propodolski PGNT, Vargas MAO, et al. Desafios na avaliação e manejo não farmacológico do delirium por enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva. Cogit Enferm [Internet]. 2025 [citado el 30 de diciembre de 2025]; 30. Disponible en:
<https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97798es>
41. Oliveira KP, Picanço CM, Oliveira AR, Assis YIS, de Souza ACF, de & Ribeiro AG. Estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de

- delirium em pacientes críticos. Rev Enferm [Internet]. 2020 [citado el 30 de diciembre de 2025]; 10(21): 1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.5902/2179769238778>
42. Rocha CCM, Santana TS, Gois JA, Oliveira SS, Portela PP. Cuidado ao paciente com delirium na unidade de terapia intensiva: o olhar do enfermeiro. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2021 [citado el 30 de diciembre de 2025]; 10:e809. Disponible en: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.809>
43. Contreras CCT, Esteban ANP, Parra MD, Romero MKR, Silva CGD, Buitrago NPD. Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2021 [citado el 30 de diciembre de 2025]; 42:e20200278. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200278>
44. Chitolina Eberle C, Alves dos Santos A, Jacques de Macedo LJ, Besa J. O Manejo Não Farmacológico do Delirium Sob a Ótica de Enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. R de Pesq: cuidado é fundamental [Internet]. 2019 [citado el 30 de diciembre de 2025]; 11(5):1242-1249. Disponible en: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>

X. ANEXOS

X.a. Consentimiento informado

- **Información para el participante:**

Título del Trabajo: “Delirium en Unidad de Cuidados Intensivos: Percepciones y prácticas no farmacológicas utilizados por los kinesiólogos en hospitales de la ciudad de Santa Fe”.

Personas responsables: Gomez, Abril y Vacafior, Esteban.

Estamos invitando a participar en el estudio “Delirium en Unidad de Cuidados Intensivos: Percepciones y prácticas no farmacológicas utilizadas por los kinesiólogos en hospitales de la ciudad de Santa Fe”, que tiene como objetivo indagar las percepciones y las prácticas no farmacológicas que utilizan los kinesiólogos que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales públicos y privados de dicha ciudad en el abordaje del delirium, que puede ser beneficiosa para los pacientes que cursan internación en las Unidades de Cuidados Intensivos, y para los kinesiólogos que trabajan en la misma.

Como parte del estudio se le hará una encuesta a través de un formulario de Google. La encuesta que realizará no implica riesgos ni molestias para usted.

La participación en esta investigación puede ser beneficiosa para usted, y se espera que los resultados que se obtengan con el estudio sean beneficiosos para las personas con el problema de salud en estudio.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia, la información que se elabore como resultado del presente trabajo será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones, su identidad no será revelada y su privacidad será preservada.

- **Hoja de firmas:**

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí de qué se trata “Delirium en Unidad de Cuidados

Intensivos: Percepciones y prácticas no farmacológicas utilizados por los kinesiólogos en hospitales de la ciudad de Santa Fe”.

Se que puedo decidir libremente mi participación en este estudio. La participación es voluntaria y entendí que toda la información personal que se recolecta es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento. He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Acepto y doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Nombre y apellido

Lugar y Fecha/.../202...

DNI N°.....

Persona que participó del proceso de consentimiento informado

Nombre y apellido.....

Lugar y Fecha...../.../202....

Persona que participó del proceso de consentimiento informado

Nombre y apellido.....

Lugar y Fecha...../...../202...

Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:

Gomez, Abril y Vacafior, Esteban.

Mail: abigomez222@gmail.com / vacaforesteban@gmail.com

X.b. Encuesta:

Información personal y laboral:

1. Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
2. Edad:
 - Menos de 30 años
 - 30-39 años
 - 40-49 años
 - 50 años ó más
3. Especialización:
 - Terapia intensiva
 - Rehabilitación cardiorrespiratoria
 - Ninguna

- Otra:
4. Lugar de trabajo:
- Hospital público
 - Hospital privado
 - Ambos
5. Tiempo de trabajo en UCI:
- Menos de un año
 - De 1 a 5 años
 - De 6 a 10 años
 - Más de 10 años

Percepciones sobre el ámbito laboral:

6. ¿Considera que hay trabajo interdisciplinario en la UCI?
- Si
 - No

En caso de haber respondido afirmativamente, ¿Como percibe el trabajo interdisciplinario dentro de la UCI?

- Muy poco integrado
 - Poco integrado
 - Medianamente integrado
 - Bastante integrado
 - Muy integrado
7. Según su experiencia, ¿Que rol ocupa el kinesiólogo dentro del equipo de la UCI?

-
8. ¿Cree que el rol del kinesiólogo difiere entre hospitales públicos y privados?
- Si
 - No
 - Tal vez

En caso de haber respondido afirmativamente, ¿En que difiere?

Percepciones sobre Delirium:

9. ¿Qué entiende por Delirium?

En su formación de grado, ¿El Delirium estuvo dentro del contenido de su plan de estudios?

- Si

- No

¿Adquirió información/conocimiento del Delirium en su práctica profesional en UCI?

- Si
- No

10. Marque cual de los siguientes signos y síntomas considera que forman parte del cuadro clínico del Delirium:

- Fluctuaciones del nivel de conciencia
- Desorden de la conducta motora
- Alteración del ciclo sueño-vigilia
- Hipervigilancia
- Agresividad
- Alteración de la atención
- Deterioro cognitivo
- Alucinaciones
- Otros:

11. ¿Conoce factores de riesgo para el desarrollo del Delirium?

- Si
- No

En caso de haber respondido afirmativamente, ¿Cuáles? _____

12. En su experiencia, ¿Qué tan relevante es el Delirium dentro de la UCI? (Entendiendo por relevante a que es importante)?

- Nada relevante
- Poco relevante
- Moderadamente relevante
- Bastante relevante
- Muy relevante

13. En su práctica clínica, ¿Atendió algún paciente con Delirium?

- Si
- No

14. ¿Conoce la fisiopatología del Delirium?

- Si
- No

15. ¿Utiliza alguna de las siguientes escalas para el diagnóstico del Delirium?

- CAM-ICU
- DRS-R-98
- 4AT

- Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)
- Ninguna
- Otra: _____

En caso de haber respondido ninguna. ¿Porque no las utiliza? _____

16. ¿Qué tan importante considera el trabajo del kinesiólogo en la prevención del Delirium en pacientes de la UCI?

- Nada importante
- Poco importante
- Medianamente importante
- Importante
- Muy importante

17. ¿Qué tan importante considera el trabajo del kinesiólogo en el tratamiento del Delirium en pacientes de la UCI?

- Nada importante
- Poco importante
- Medianamente importante
- Importante
- Muy importante

Prácticas no farmacológicas:

18. ¿Utiliza alguna práctica no farmacológica para prevenir el Delirium?

- Si
- N

En caso de haber respondido afirmativamente, ¿Cuáles? _____

19. ¿Utiliza prácticas no farmacológicas para el tratamiento del Delirium?

- Si
- No

En caso de haber respondido afirmativamente, ¿Cuáles? _____

20. En su opinión, ¿Existe relación entre el exceso de sedación y el desarrollo del Delirium?

- Si
- No
- Tal vez

21. ¿Considera que el desarrollo del Delirium trae complicaciones significativas para el paciente?

- Si

- No

En caso de haber respondido afirmativamente, ¿Cuáles? _____

Percepciones y mejoras:

22. ¿Considera que hay diferencia en la prevención y tratamiento no farmacológico del Delirium entre hospitales públicos y privados?

- Si
- No
- Tal vez

En caso de haber respondido afirmativamente, ¿En qué difiere? (Indique hasta 3 opciones)

- Condiciones laborales
- Recursos humanos
- Tiempos de atención al paciente
- Recursos materiales (equipamiento, tecnología)
- Existencia de protocolos para el abordaje
- Organización interna de la UCI
- Trabajo interdisciplinario

23. ¿Qué oportunidad de mejora identifica en las prácticas no farmacológicas utilizadas actualmente para prevenir y tratar el Delirium?

X.c. Carta de aceptación del Director de la Tesina:

Santa Fe, 1 de octubre de 2025

Sr. Director de la

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

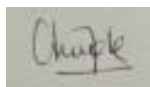
Prof. Carlos Cagnone

S_____ / D_____

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de poner en su conocimiento mi aceptación a la solicitud del/de la/los alumno/a/s Gomez Abril y Vacaflor Esteban para desempeñarme como Director/a de la Tesina de graduación de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría titulada “Delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos: Percepciones y prácticas no farmacológicas utilizados por los kinesiólogos en hospitales de la ciudad de Santa Fe”.

Sin otro particular, lo saluda atte.



Gomez, Abril - Vacaflor, Esteban

Firma:

Aclaración: 