

Riesgo de delirio como propuesta de diagnóstico: revisión integradora

Risco de delirium como proposta diagnóstica: revisão integrativa

Risk of delirium as a diagnosis proposal: an integrative review

Luciana Aparecida Costa Carvalho^I ; Marisa Dibbern Lopes Correia^{II} ; Gabrielle Martins da Silva^{III} ;
Ráisa Camilo Ferreira^{IV} ; Micnéias Lacerda Botelho^{IV} ; Erika Christiane Marocco Duran^I 

^IUniversidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil; ^{II}Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil;

^{III}Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil; ^{IV}Universidade Federal do Mato Grosso, Sinop, MT, Brasil

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores de riesgo para el desarrollo del delirio y presentarlos como elementos de una respuesta humana.

Método: revisión integradora de la literatura y presentación de los factores de riesgo como elementos de una respuesta humana según la taxonomía de la Clasificación Internacional de Diagnósticos de Enfermería NANDA. La estrategia de búsqueda se aplicó a seis bases de datos e incluyó 31 artículos. **Resultados:** se identificó el concepto de susceptibilidad al delirio como respuesta humana y sus 34 factores de riesgo, clasificados en 12 factores de riesgo de acciones independientes por parte del enfermero, tres poblaciones en riesgo y 19 condiciones asociadas, lo que configura la presentación de esta susceptibilidad como un diagnóstico de enfermería de riesgo. **Conclusión:** los factores de riesgo identificados se presentaron como elementos de la susceptibilidad del paciente al desarrollo del delirio, y se propuso el diagnóstico de enfermería "Riesgo de delirio". Este estudio puede contribuir a la precisión diagnóstica de esta respuesta humana por parte del enfermero, a la calidad de la atención.

Descriptor: Enfermería; Delirio; Proceso de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Factores de Riesgo.

RESUMO

Objetivo: identificar fatores de risco para o desenvolvimento do *delirium* e apresentá-los como elementos de uma resposta humana. **Método:** Revisão integrativa da literatura e apresentação dos fatores de risco como elementos de uma resposta humana segundo a taxonomia da Classificação de Diagnósticos NANDA Internacional. A estratégia de busca foi aplicada em seis bases de dados, incluindo 31 artigos. **Resultados:** Identificação do conceito de susceptibilidade ao *delirium* como resposta humana e seus 34 fatores de risco, classificados em 12 fatores de risco de ações independentes pelo enfermeiro, três populações em risco e 19 condições associadas, configurando a apresentação desta susceptibilidade como diagnóstico de enfermagem de risco. **Conclusão:** Os fatores de risco identificados foram apresentados como elementos da susceptibilidade do paciente ao desenvolvimento do *delirium*, sendo elaborada a proposta do diagnóstico de enfermagem "Risco de *delirium*". Este estudo poderá contribuir para a acurácia diagnóstica de tal resposta humana pelo enfermeiro, colaborando para a qualidade do cuidado.

Descritores: Enfermagem; Delírio; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: to identify risk factors for developing *delirium* and to present them as human response elements. **Method:** an integrative literature review presenting the risk factors as human response elements according to the NANDA International Diagnosis Classification taxonomy. The search strategy was applied in six databases, yielding 31 articles. **Results:** the concept of susceptibility to *delirium* as a human response was identified, as well as its 34 risk factors, classified into 12 risk factors related to independent actions by nurses, three at-risk populations and 19 associated conditions, configuring the presentation of this susceptibility as a risk Nursing diagnosis. **Conclusion:** the risk factors identified were presented as elements inherent to the patients' susceptibility to developing *delirium*, creating the "Risk of *delirium*" Nursing diagnosis proposal. This study may contribute to accuracy in nurses diagnosing such human response, collaborating to care quality.

Descriptors: Nursing; Delirium; Nursing Process; Nursing Diagnosis; Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

El delirio, o disfunción cerebral aguda, es el resultado de un daño biológico cerebral, definido como trastorno neurocognitivo agudo. Se desarrolla en un corto período de tiempo, con alteraciones en la atención y el nivel basal de consciencia, y tiende a fluctuar en gravedad a lo largo del día. Se caracteriza por un estado mental fluctuante, una reducción de la capacidad para dirigir, enfocar, mantener y desviar la atención, incluyendo déficits de memoria, lenguaje, desorientación, capacidad visoespacial o alteración de la percepción. Es una consecuencia fisiológica directa o el resultado de otra afección médica preexistente. Su fisiopatología probablemente involucra múltiples mecanismos asociados con la disminución del metabolismo oxidativo cerebral¹⁻³.

Artículo extraído de la Tesis de Maestría "Delirio en pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos", presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Estadual de Campinas en julio de 2019, con revisión integradora actualizada a través de lo proyecto de iniciación científica "Análisis de concepto del diagnóstico de enfermería Riesgo de Delirio: actualización de la propuesta de respuesta humana".

Este estudio fue financiado en parte por el Programa Institucional de Becas de Iniciación Científica [PIBIC] – Brasil [BR] – [Convocatoria IC No. 01 de marzo de 2024]

Autora correspondiente: Luciana Aparecida Costa Carvalho. Correo electrónico: luci89@unicamp.br

Editora en Jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Asociada: Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho

El delirio presenta una incidencia que oscila entre el 13% y el 67% en pacientes hospitalizados, lo que lo convierte en la disfunción neurológica más común en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Sin embargo, aún puede haber un subregistro de casos, posiblemente debido a la falta de herramientas de cribado específicas y sistematizadas o evaluaciones clínicas dirigidas. Cuando se presenta, el delirio puede tener diversas consecuencias perjudiciales para el paciente y el sistema sanitario, como una mayor duración de la estancia hospitalaria, la institucionalización y la mortalidad, por lo que las medidas preventivas son esenciales para reducir este resultado^{4,5}.

La aplicación de instrumentos o la realización de evaluaciones clínicas para la identificación del delirio solo permiten su detección una vez establecido. Dichas herramientas no son capaces de detectar los factores de riesgo identificados (FRI) para su desarrollo. El delirio puede desencadenarse por un FRI aislado; sin embargo, con frecuencia se considera una condición multifactorial. El equipo de enfermería, al pasar más tiempo en la cabecera del paciente, ocupa una posición privilegiada para la identificación temprana de estos FRI, dirigiendo acciones preventivas y sistematizadas con el objetivo de reducir su incidencia^{5,6}.

En este contexto, la sistematización de las acciones realizadas por el enfermero en relación con la respuesta humana del individuo vulnerable al delirio debería realizarse idealmente a través del Proceso de Enfermería (PE), que consiste en un método que guía la atención profesional de enfermería y la documentación de la práctica profesional. Se compone de cinco etapas interrelacionadas: Evaluación de Enfermería, Diagnóstico de Enfermería (DE), Planificación de Enfermería, Implementación de Enfermería y Evolución de Enfermería⁷.

Según el Lenguaje Estandarizado de Enfermería (LEE) de NANDA Internacional (NANDA-I), un diagnóstico de enfermería (DE) se define como un juicio clínico sobre una respuesta humana a condiciones de salud/procesos vitales, o una susceptibilidad a dicha respuesta, que se reconoce en un individuo, una familia o una comunidad. Los DE incluyen diagnósticos centrados en problemas, diagnósticos de riesgo y diagnósticos de promoción de la salud. La identificación precisa de un diagnóstico de riesgo puede reducir los resultados adversos para el paciente, ya que los factores que determinan esta susceptibilidad están sujetos a intervenciones de enfermería^{7,8}.

Se enfatiza que el riesgo de delirio está determinado por los FRI específicos del paciente y su respuesta individual a cada factor. En función de esta respuesta, el enfermero puede emitir juicios clínicos e inferencias diagnósticas sobre esta susceptibilidad. Según la variabilidad entre los FRI, cada individuo tendrá una respuesta diferenciada, lo que requiere un diagnóstico de enfermería de riesgo y acciones preventivas específicas⁸.

En ese marco, se justifica la importancia de detectar los FRI para el delirio y su presentación sistemática mediante un lenguaje estandarizado de enfermería (LEE), considerando que existe una brecha en la literatura, dado que aún no existe un diagnóstico de enfermería específico en NANDA-I para esta respuesta humana, por lo que es necesario contar con producción científica que respalde la sistematización de la evaluación por parte del enfermero del riesgo de este resultado. La mayoría de los estudios existentes se centran en la prevención del delirio, pero sin considerar la importancia de estructurar el proceso de identificación de la susceptibilidad a su desarrollo ni de relacionarlo sistemáticamente con intervenciones preventivas de enfermería.

Por lo tanto, este resultado puede contribuir al desarrollo de una atención más precisa, al orientar la evaluación del enfermero en lo que se refiere a los factores que favorecen el desarrollo del delirio. Este resultado puede provocar daños al paciente e incrementar los costos que deberá solventar el sistema sanitario.

Así, este estudio tuvo como objetivo identificar los FRI para el desarrollo del delirio y presentarlos como elementos de una respuesta humana.

MÉTODO

Estudio de Revisión Integradora de Literatura (RIL) y presentación de resultados, basado en la taxonomía de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I para el diagnóstico de enfermería propuesto de Riesgo de delirio. La estrategia de búsqueda se desarrolló con la asistencia de un bibliotecario y se aplicó a bases de datos entre agosto y septiembre de 2024.

La RIL estuvo compuesta por seis fases: identificación del tema o pregunta; muestreo o búsqueda bibliográfica; categorización de los estudios; evaluación de los estudios incluidos; interpretación de los resultados; síntesis del conocimiento evidenciado en los artículos analizados o presentación de la RIL⁹.

La pregunta orientadora del RIL fue: “¿Cuáles son los FRI que contribuyen al delirio en pacientes hospitalizados?”. Se utilizó el acrónimo Población, Exposición y Resultados (PEO), donde P se refiere a (pacientes hospitalizados), E (factores de riesgo) y O (delirio). Los criterios de inclusión adoptados incluyeron artículos con pacientes adultos ingresados en UCI que utilizaron un instrumento de cribado específico para la identificación del delirio, utilizando como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR). Se incluyeron estudios publicados en inglés, portugués o español, con fecha de publicación a partir de 2013. La elección de este marco temporal se justifica por la última actualización de la intervención de enfermería *Control del Delirio* (4352), descrita en *Nursing Interventions Classification (NIC)*, incluida

originalmente en 1992 y revisada en 2013. Se considera que las actividades de enfermería asociadas con esta intervención, si bien se correlacionan con otras respuestas humanas, pueden estar asociadas con factores de riesgo que contribuyen al resultado y a la respuesta humana de vulnerabilidad. Además, se basa en la necesidad de recopilar evidencia actual, alineada con las prácticas contemporáneas en la identificación del delirio, ya que la última actualización de su concepto se realizó en 2013, desplazando el enfoque de la causa a la manifestación clínica y evolución temporal.

Se excluyeron las publicaciones en forma de editoriales, cartas al editor, resúmenes de conferencias y artículos de revisión porque no presentaban evidencia empírica compatible con los objetivos de esta revisión.

Los descriptores utilizados en la estrategia de búsqueda fueron: *Delirio/Delirium*, *Fatores de Risco/Risk Factors*, *Hospitalização/Hospitalization* (Delirio/Factores de Riesgo/Hospitalización) con el operador booleano “AND” entre ellos y con el operador booleano “OR” entre sus sinónimos.

Las bases de datos seleccionadas fueron la Biblioteca Cochrane, Scopus®, *Science Citation Indexes (Web of Science)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, el portal de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y los portales de la *National Library of Medicine* y del *National Institute of Health (PubMed)* fueron elegidos por su relevancia en el campo de la salud.

Para la extracción de datos de los artículos seleccionados, se utilizó un instrumento adaptado de Ursi. Todos los estudios fueron seleccionados y evaluados de forma independiente por dos investigadores; y, en caso de desacuerdo, el estudio era analizado por un tercer revisor. El nivel de evidencia se categorizó con base en las siguientes referencias: revisión sistemática o metaanálisis (nivel I), ensayo controlado aleatorizado (nivel II), ensayo controlado no aleatorizado (nivel III), estudio de casos y controles o cohorte (nivel IV), revisión sistemática de estudios cualitativos o descriptivos (nivel V), estudios cualitativos o descriptivos (nivel VI), y opinión o consenso (nivel VII)¹¹⁻¹².

Para la organización de los FRI, según el lenguaje especializado de enfermería de NANDA-I, se utilizó el nivel de evidencia 1.3, que corresponde a los componentes del diagnóstico y su relación con los resultados y las intervenciones. En este estudio, los factores de riesgo identificados (FRI) se categorizaron en factores de riesgo (FR), condiciones asociadas y poblaciones en riesgo, según la posibilidad de acción independiente por parte del enfermero sobre estos elementos. El título y la definición del diagnóstico de enfermería (DE) se basaron en la definición de delirio identificada en el RI, sumada, en su redacción, a la mención de la susceptibilidad del individuo como una respuesta humana, objeto del trabajo del enfermero^{1,8}.

Los factores de riesgo (FR) fueron definidos como factores antecedentes que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia o comunidad a una respuesta humana indeseable. Estos factores son modificables mediante intervenciones de enfermería autónomas. Se consideró población en riesgo a un grupo de personas que comparten características sociodemográficas, antecedentes familiares/de salud, etapas de crecimiento/desarrollo y exposición a ciertos eventos/experiencias, por los que son susceptibles a presentar una respuesta humana específica. Se consideraron condiciones asociadas los diagnósticos médicos, los procedimientos diagnósticos/quirúrgicos, los dispositivos médicos/quirúrgicos o las preparaciones farmacéuticas, todos elementos no modificables por la acción independiente del personal de enfermería⁸.

Para la construcción del DE se cumplió con lo dispuesto por la norma ISO 18104:2023, que estandariza la terminología y estructura diagnóstica utilizada en la práctica de enfermería, y las recomendaciones de la NANDA-I en su lenguaje estandarizado de enfermería⁸.

RESULTADOS

A través de la RIL, se obtuvieron 5020 resultados de búsqueda. Los procedimientos de selección de documentos se presentan en el diagrama de flujo de selección de artículos de la Figura 1, adaptado de PRISMA 2020¹³.

Tras utilizar un gestor de referencias (EndNote™) y excluir los artículos duplicados, la preselección de los estudios se realizó mediante la evaluación de títulos y resúmenes, seguida de una lectura completa de los trabajos por parte de dos investigadores. Se excluyeron los artículos que no cumplieron con los criterios de inclusión. No hubo discrepancias entre los investigadores en cuanto a la evaluación de los resultados de la búsqueda. En ese marco, se incluyeron 31 artículos en la muestra final.

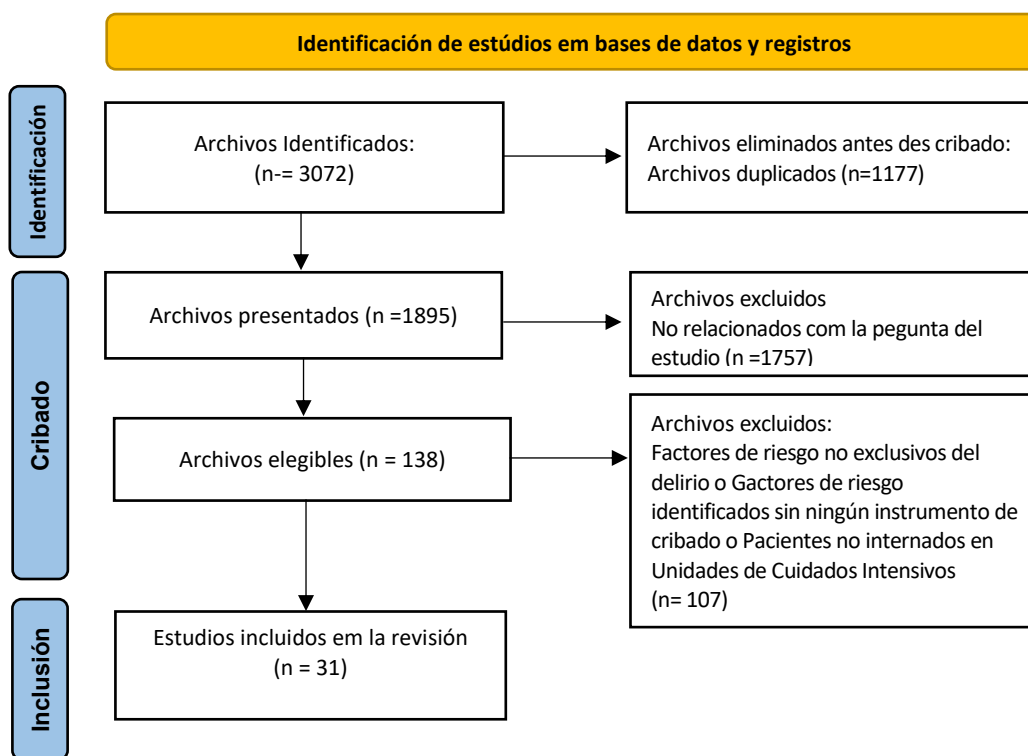


Figura 1: Diagrama de flujo de selección de artículos. Campinas, SP, Brasil, 2025.

La Figura 2 presenta las principales características de los artículos seleccionados, incluyendo autor, título, factores de riesgo de delirio, país, año de publicación y nivel de evidencia.

Autores	Título y Factores de Riesgo de Delirio	País/Año de Publicación	Nivel de Evidencia
Bulut A, et al ¹⁴ .	Título: <i>Evaluating the Risk of Delirium in Elderly Inpatients in COVID-19 Intensive Care: A Prospective and Observational Study.</i> Factores de riesgo: edad avanzada, tiempo de permanencia en la UCI, dolor y sedación prolongada.	Turquía 2024	IV
Kim MS, et al ¹⁵ .	Título: <i>Risk factors for postoperative delirium in patients with cardiac surgery.</i> Factores de riesgo: tipo de cirugía, edad avanzada, comorbilidades cardiovasculares, antecedentes de accidente cerebrovascular, uso de sedantes, alteración de la función renal, trastornos del sueño postoperatorios, dispositivos invasivos, <i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II</i> y duración de la cirugía.	Estados Unidos 2024	IV
Cheng J, et al ¹⁶ .	Título: <i>Dynamic nomogram for subsyndromal delirium in adult intensive care unit: A prospective cohort study.</i> Factores de riesgo: edad, antecedentes de consumo de alcohol, nivel de proteína C reactiva (PCR), <i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II</i> , catéter urinario de demora, ventilación mecánica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia respiratoria, restricción, dexmedetomidina y propofol.	China 2023	IV
Igwe EO, et al ¹⁷ .	Título: <i>Association between malnutrition and delirium in older chronic kidney disease patients admitted to intensive care units: A data linkage study.</i> Factores de riesgo: desnutrición, enfermedad renal crónica, edad avanzada y tratamiento intensivo.	Estados Unidos 2023	IV
Lee JH, et al ¹⁸ .	Título: <i>Delirium in patients with COVID-19 treated in the intensive care unit.</i> Factores de riesgo: edad avanzada, comorbilidad, gravedad de la enfermedad, ventilación mecánica y tiempo de permanencia en la UCI.	Estados Unidos 2023	IV
Wilson LD, et al ¹⁹ .	Título: <i>Prevalence and risk factors for intensive care unit delirium after traumatic brain injury: a retrospective cohort study.</i> Factores de riesgo: edad, gravedad general de la lesión, puntuación motora y características de la hemorragia intracraneal.	Estados Unidos 2023	IV

Figura 2: Artículos publicados de 2023 hasta 2024 incluidos según autor, título/factores de riesgo de delirio, país, año de publicación y nivel de evidencia. Campinas, SP, Brasil, 2025.

Carvalho LAC, et al ²⁰ .	Título: <i>Accuracy of delirium risk factors in adult intensive care unit patients.</i> Factores de riesgo: hipoalbuminemia, puntuación superior a tres en la escala de la Sociedad Americana de Anestesiología, gravedad del paciente, alteración de la perfusión tisular (enfermedades neurológicas previas), deshidratación, sexo masculino, contención física, infección, agente farmacológico, polifarmacia, anemia, alteración de la función renal, deshidratación, dispositivos invasivos y alteración de la calidad y la cantidad del sueño.	Brasil 2022	IV
Pinheiro FGMS, et al ²¹ .	Título: <i>Prevalence and risk factors associated with delirium at a critical care unit.</i> Factores de riesgo: edad, inmovilización física, alimentación por sonda y uso de anticonvulsivos.	Brasil 2022	VI
Gholi Z, et al ²² .	Título: <i>Vitamin D deficiency is associated with increased risk of delirium and mortality among critically ill, elderly COVID-19 patients.</i> Factores de riesgo: deficiencia de vitamina D, edad avanzada, comorbilidades, ventilación mecánica e infección.	Irán 2022	IV
Hulde N, et al ²³ .	Título: <i>Preoperative risk factors and early outcomes of delirium in valvular open-heart surgery.</i> Factores de riesgo: Edad avanzada, insuficiencia renal, antecedentes de accidente cerebrovascular, necesidad de cirugía de urgencia y anemia preoperatoria grave.	Alemania 2022	IV
Abraham MP, et al ²⁴ .	Título: <i>Quetiapine for delirium prophylaxis in high-risk critically ill patients.</i> Factores de riesgo: Consumo excesivo de alcohol y antecedentes de demencia.	Reino Unido 2021	II
Matioli KBB, et al ²⁵ .	Título: <i>Delirium: prevalência e fatores associados ao pós-operatório de cirurgia cardiovascular em idosos.</i> Factores de riesgo: edad, sexo masculino, nivel educativo, consumo de tabaco y comorbilidades previas.	Portugués 2021	VI
Jäckel M, et al ²⁶ .	Título: <i>Incidence and predictors of delirium on the intensive care unit in patients with acute kidney injury, insight from a retrospective registry.</i> Factores de riesgo: edad, enfermedad psiquiátrica, abuso de alcohol, ventilación mecánica, shock grave (gravedad del paciente) e insuficiencia renal aguda en estadio II/III.	Alemania 2021	IV
Oh TK, et al ²⁷ .	Título: <i>Factors associated with delirium among survivors of acute respiratory distress syndrome: a nationwide cohort study.</i> Factores de riesgo: sexo masculino, ventilación mecánica, tiempo de hospitalización, benzodiazepínicos y propofol.	Corea del Sur 2021	IV
Pun BT, et al ²⁸ .	Título: <i>Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): A multicentre cohort study.</i> Factores de riesgo: ventilación mecánica, contención física, sedación, vasopresores (gravedad del paciente) y antipsicóticos.	Multicéntrico 2021	IV
Wu Z, et al ²⁹ .	Título: <i>Association between dexamethasone and delirium in critically ill patients: a retrospective cohort study of a large clinical database.</i> Factores de riesgo: uso de dexametasona.	Estados Unidos 2021	IV
Abdelrahman I, et al ³⁰ .	Título: <i>Development of delirium: Association with old age, severe burns, and intensive care.</i> Factores de riesgo: edad, tiempo de hospitalización, uso de anestesia, pacientes que necesitan cuidados intensivos y procedimientos quirúrgicos.	Reino Unido 2020	IV
Cai S, et al ³¹ .	Título: <i>Prevalence, predictors, and early outcomes of post-operative delirium in patients with type A aortic dissection during intensive care unit stay.</i> Factores de riesgo: alteración de la función renal, uso de sedantes (midazolam) y analgésicos opioides (morfina).	China 2020	IV
Yamamoto T, et al ³² .	Título: <i>Incidence, risk factors, and outcomes for sepsis-associated delirium in patients with mechanical ventilation: A sub-analysis of a multicenter randomized controlled trial.</i> Factores de riesgo: cirugía de urgencia (gravedad del paciente), dosis elevadas de analgesia y sedación, y ventilación mecánica.	Japón 2020	II
Green C, et al ³³ .	Título: <i>Prediction of ICU Delirium: Validation of Current Delirium Predictive Models in Routine Clinical Practice.</i> Factores de riesgo: puntuación elevada en la escala <i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III</i> , mayor tiempo de hospitalización/Unidad de Cuidados Intensivos y ventilación mecánica.	Estados Unidos 2019	IV
Pan Y, et al ³⁴ .	Título: <i>Incidence, risk factors, and cumulative risk of delirium among ICU patients: A case-control study.</i> Factores de riesgo: sedantes, tiempo de estancia en la Unidad de Terapia Intensiva y contención física.	China 2019	IV

Figura 2: Artículos publicados de 2019 hasta 2022 incluidos según autor, título/factores de riesgo de delirio, país, año de publicación y nivel de evidencia. Campinas, SP, Brasil, 2025.

Guo Z, et al ³⁵ .	Título: <i>Postoperative Delirium in Severely Burned Patients Undergoing Early Escharotomy: Incidence, Risk Factors, and Outcomes.</i> Factores de riesgo: edad avanzada, antecedentes de consumo de alcohol (>3 veces por semana), <i>American Society of Anesthesiologists</i> (ASA) III o IV, tiempo transcurrido entre la lesión y la cirugía, número de escarotomías/cirugías, sedación, cirugía de larga duración e hipotensión intraoperatoria (presión arterial media <55 mmHg)/hipoperfusión.	2017	IV
Kumar A, et al ³⁶ .	Título: <i>Delirium after cardiac surgery: A pilot study from a single tertiary referral center.</i> Factores de riesgo: comorbilidades, ventilación no invasiva (VNI), ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y dolor.	2017	IV
Mehta S, et al ³⁷ .	Título: <i>Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults.</i> Factores de riesgo: uso de antipsicóticos, midazolam y restricción física.	2015	IV
Pipanmekaporn T, et al ³⁸ .	Título: <i>Incidence and risk factors of delirium in multi-center Thai surgical intensive care units: a prospective cohort study.</i> Factores de riesgo: anemia, sexo masculino y diagnóstico de demencia.	2015	IV
Smith PJ, et al ³⁹ .	Título: <i>Delirium affects length of hospital stay after lung transplantation.</i> Factores de riesgo: función cognitiva.	2015	IV
Limpawattana P, et al ⁴⁰ .	Título: <i>Delirium in critical care: a study of incidence, prevalence, and associated factors in the tertiary care hospital of older Thai adults.</i> Factores de riesgo: Edad, estado funcional, gravedad de la enfermedad (<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II</i>), infección (neumonía), deterioro cognitivo, depresión y accidente cerebrovascular previo, restricciones físicas, privación del sueño, uso de catéteres vesicales y pacientes con ventilación mecánica.	2015	VI
Whitlock EL, et al ⁴¹ .	Título: <i>Postoperative delirium in a substudy of cardiothoracic surgical patients in the BAG-RECALL.</i> Factores de riesgo: transfusión de sangre, clasificación elevada de la <i>American Society of Anesthesiologists</i> , comorbilidad y anestésicos.	2014	IV
Zhang Z, et al ⁴² .	Título: <i>Prediction of delirium in critically ill patients with elevated C-reactive protein.</i> Factores de riesgo: Proteína C reactiva (PCR) elevada.	2014	IV
Guenther U, et al ⁴³ .	Factores predisponentes y precipitantes del delirio tras una cirugía cardíaca: un estudio prospectivo observacional de cohortes. Factores de riesgo: edad avanzada, mayor índice de comorbilidad de Charlson, menor puntuación en el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), duración de la cirugía y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.	2013	IV
Norkiene I, et al ⁴⁴ .	Título: <i>Incidence and risk factors of early delirium after cardiac surgery.</i> Factores de riesgo: ventilación mecánica y tiempo de permanencia en la UCI.	2013	IV

Figura 4: Artículos publicados de 2013 hasta 2017 incluidos según autor, título/factores de riesgo de delirio, país, año de publicación y nivel de evidencia. Campinas, SP, Brasil, 2025.

De los 31 artículos seleccionados, el 87% (n=27) se clasificaron como nivel IV, el 6,5% (n=2) como nivel II y el 6,5% (n=2) como nivel VI. Estados Unidos lideró el número de publicaciones, seguido de China, lo que demuestra una amplia diversidad internacional en su producción científica. Además, el mayor volumen de publicaciones se registró en 2021, con el 16,1% (n=5) de los estudios incluidos.

Dada la naturaleza multifactorial del desarrollo del delirio, los factores de riesgo identificados en la literatura (FRI) se han clasificado en FRI predisponentes (afecciones preexistentes) y FRI precipitantes (afecciones agudas desarrolladas durante la hospitalización). Esta división facilita la comprensión de la relación entre estos factores y la susceptibilidad individual a desarrollar delirio⁴⁵.

Los FRI predisponentes incluyen *Tabaquismo*²⁵, *Demencia*^{24,38}, *Hipoalbuminemia*²⁰, *Función renal alterada*^{15,17,20,23,26,31}, *Deterioro cognitivo*^{39,40,43}, *Enfermedades neurológicas previas*^{15-16,19-20,23,26,40}, *Deterioro funcional*^{19,40}, *American Society of Anesthesiologists (ASA) mayor a tres*^{20,36,41}, *Abuso de alcohol*^{16,22,35}, *Comorbilidades*^{15,18,22,25,36,41,43}, *Infección*^{20,22,40,43}, *Edad mayor o igual a 60 años*^{14-19,21-23,25-26,30,35,40,43}, *Sexo masculino*^{20,25,27,38}, *menores años de estudio*²⁵, *Polifarmacia*²⁰, *Deficiencia de vitamina D*²² y *Desnutrición previa*¹⁷.

Los FRI precipitantes incluyen *Dolor*^{14,36}, *Dispositivos invasivos (catéteres y sondas)*^{15-16,20-21,40}, *Uso de ventilación mecánica*^{16,18,22,26-28,33,36,40,44}, *Tiempo y tipo de cirugía*^{15,23,30,32,35,43}, *Restricción física*^{16,20,37,40}, *Contención protectora*^{21,28,34}, *Anemia*^{20,23,38}, *Transfusión de sangre*⁴¹, *Perfusión tisular ineficaz*³⁵, *Deshidratación*²⁰, *Desnutrición*¹⁷, *Alteración del patrón del sueño*^{15,20,40}, *Gravedad del paciente*^{15-16,18-19,26,28,33,35,40}, *Días de hospitalización*^{27,30}, *Ingreso en UCI*^{14-15,16-18,30,33-34,36,44}, *PCR*^{16,42} y *Agente farmacológico*²⁰: dexametasona²¹, (sedante)^{14-15,28,31,34,35,37}, (antipsicótico y anticonvulsivo)^{21,28,37}, (benzodiazepina)²⁷, (anestésico)^{16,27,30} y (analgésico)³¹⁻³².

Todos los estudios seleccionados utilizaron instrumentos de cribado basados en la definición del delirio como una alteración

del nivel de conciencia y cognición, que se desarrolla rápidamente (en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día¹⁴⁻⁴⁴.

Con base en esta definición, los FRI clasificados como predisponentes o precipitantes se analizaron y se organizaron en factores de riesgo (FR), condiciones asociadas y poblaciones en riesgo, según la taxonomía de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I. Los FRI que no implican acciones independientes por parte del personal de enfermería se clasificaron como condiciones asociadas o poblaciones en riesgo.

Por lo tanto, se sugiere que el diagnóstico de enfermería (DE) se titule: “Riesgo de delirio”, con la definición de “Susceptibilidad conjunta a alteraciones en la atención, conciencia y cognición, con inicio agudo —en cuestión de horas o días— y variación en la gravedad a lo largo del día, resultante de una condición fisiológica^{1-2,14-44}”. La Figura 5 presenta la descripción de la definición del DE “Riesgo de delirio” y los FRI clasificados en factores de riesgo, condiciones asociadas y población en riesgo.

Riesgo de delirio: Susceptibilidad conjunta a cambios en la atención, la conciencia y la cognición, con inicio agudo —en cuestión de horas o días— y variación en la gravedad a lo largo del día, resultante de una condición fisiológica ^{1-2,14-44} .
Factores de riesgo <i>Dolor^{14,36}, Dispositivos invasivos (catéteres y sondas)^{15-16,20-21,40}, Uso de ventilación mecánica^{16,18,22,26-28,33,36,40,44}, Restricción física^{16,20,37,40}, Contención protectora^{21,28,34}, Perfusión tisular ineficaz³⁵, Deshidratación²⁰, Desnutrición¹⁷, Alteración del patrón del sueño^{15,20,40}, Gravedad del paciente^{15-16,18-19,26,28,33,35,40}, Días de hospitalización^{27,30} e Ingreso en UCI^{14-15,17-18,30,33-34,36,44}.</i>
Condiciones asociadas <i>Tabaquismo²⁵, Demencia^{24,38}, Hipoalbuminemia²⁰, Función renal alterada^{15,17,20,23,26,31}, Deterioro cognitivo^{39-40,43}, Enfermedades neurológicas previas^{15-16,19-20,23,26,40}, Deterioro funcional^{19,40}, American Society of Anesthesiologists (ASA) mayor a tres^{20,36,41}, Abuso de alcohol^{16,24,35}, Comorbilidades^{15,18,22,25,36,41,43}, Infección^{20,22,40,43}, Polifarmacia²⁰, Deficiencia de vitamina D²², Desnutrición previa¹⁷, Tiempo y tipo de cirugía^{15,23,30,32,35,43}, Anemia^{20,23,38}, Transfusión de sangre⁴¹, Agente farmacológico²⁰: dexametasona²¹, (sedante)^{14-15,28,31,34,35,37}, (antipsicótico y anticonvulsivo)^{21,28,37}, (benzodiazepina)²⁷, (anestésico)^{16,27,30} y (analgésico)³¹⁻³² y PCR^{16,42}.</i>
Poblaciones en Riesgo: <i>Edad mayor o igual a 60 años^{14-19,21-23,25-26,30,35,40,43}, Sexo masculino^{20,25,27,38}, Baja escolaridad²⁵.</i>

Figura 5: Título sugerido para el diagnóstico de enfermería, sus factores de riesgo, condiciones asociadas y población en riesgo. Campinas, SP, Brasil, 2025.

DISCUSIÓN

El delirio tiene criterios específicos para su identificación: el paciente debe presentar una alteración simultánea de la atención, la conciencia y la cognición, de inicio agudo (horas o días), fluctuante en gravedad a lo largo del día y resultante de una condición fisiológica. La definición del diagnóstico de enfermería “Riesgo de delirio” fue descrita con base en la susceptibilidad del individuo a desarrollar este resultado; la respuesta humana resultante de la susceptibilidad de cada individuo es de extrema relevancia para la planificación del cuidado del paciente por parte del enfermero, visando su prevención^{1,8}.

Un diagnóstico de enfermería implica combinar los conocimientos de enfermería y el razonamiento clínico aplicado a los datos de la evaluación. Por lo tanto, para comprender la susceptibilidad al desarrollo del delirio, el enfermero debe conocer la fisiopatología de este resultado y cómo los factores de riesgo se relacionan con las condiciones asociadas del individuo, lo que convierte el riesgo de su desarrollo en una respuesta humana única para cada paciente⁸.

Cabe destacar que los FRI, categorizados como FR, deben correlacionarse con el delirio y ser susceptibles de intervenciones de enfermería independientes. De los 17 FRI clasificados como precipitantes, solo cinco no presentan intervenciones de enfermería independientes, lo que demuestra la importancia de esta categoría profesional para la prevención o reducción de estos factores que pueden presentarse durante la hospitalización.

Ante lo expuesto, entre los FRI, el *Dolor* incontrolado puede provocar una mayor liberación de catecolaminas endógenas que alteran la perfusión tisular, lo que provoca hipoxemia y compromiso respiratorio, alteración de la perfusión cerebral y un mayor riesgo de delirio. El enfermero puede actuar de forma independiente sobre este factor de riesgo mediante métodos no farmacológicos, como la aplicación de calor/frío, la relajación, la musicoterapia, la recreación, la terapia ocupacional, los cambios de postura, la estimulación de la deambulación, la atención individualizada y la proximidad al paciente¹⁰⁻⁴⁶.

Los *Dispositivos invasivos* pueden aumentar el riesgo de infección, lo que a su vez incrementa la estancia hospitalaria, la gravedad y la mortalidad del paciente. Su indicación debe reevaluarse diariamente, advirtiéndose que cabe al enfermero responsable planificar su retirada. Además, la *Ventilación mecánica* también contribuye a un mayor riesgo de infección, al igual que la administración de sedantes y analgésicos, y procedimientos dolorosos como la aspiración orotraqueal. El estrés crónico resultante del uso continuo de estos dispositivos también libera citocinas responsables del aumento de la inflamación y la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, lo que contribuye al desarrollo del delirio^{3,46-47}.

Así, en cuanto al rol del enfermero en el FR *Ventilación mecánica*, el mismo puede implementar acciones encaminadas a mejorar el intercambio gaseoso y la función pulmonar en el paciente, como asistir en el destete del ventilador a través de posicionamiento corporal que facilite el uso de los músculos respiratorios por el paciente, optimizar la expansión diafragmática, aspirar las vías aéreas siempre que sea necesario, identificar precozmente la fatiga respiratoria, el descanso adecuado y dirigir la energía del paciente^{10,46-47}.

Factores de riesgo como *la Restricción física y la Contención protectora* dificultan la movilidad del paciente y deben ser el último recurso para personas confusas y agitadas. Además, requieren una reevaluación constante y una retirada temprana. El personal de enfermería debe evaluar periódicamente el nivel de consciencia y la satisfacción. Además, deben fomentar la presencia de familiares durante la hospitalización del paciente, ya que la familia proporciona sensaciones familiares al paciente, estimulando actividades ya conocidas, ayudando a reducir el estrés físico y la liberación de neurotransmisores que pueden contribuir al desarrollo del delirio, además de disminuir la necesidad de contención protectora^{3,10,46-47}.

La *Perfusión tisular ineficaz* puede estar relacionada con el delirio debido a la probable reducción de la perfusión cerebral. La planificación para su prevención o control puede realizarse evaluando el momento de la administración de los antihipertensivos, el volumen de líquidos infundidos, la monitorización del equilibrio hídrico, el tipo, la cantidad y la frecuencia de la dieta ofrecida, además de una evaluación neurológica sistemática. Es importante conocer el patrón individual del paciente e identificar precozmente cualquier caso de hipoperfusión, evitando así el riesgo de delirio^{3,10,18,46-47}.

En este escenario, la hidratación debe incluirse en la evaluación de enfermería, ya que la *Deshidratación* está directamente relacionada con la disminución de la perfusión tisular, dado que la contracción del volumen intravascular, la disminución de la perfusión tisular y una reducción global de los mecanismos oxidativos cerebrales están relacionadas con el delirio. Además de este factor, la nutrición es la encargada de proporcionar nutrientes que mantienen la homeostasis del cuerpo, con algunas proteínas responsables del transporte de oxígeno, el mantenimiento del volumen intracelular y la consecuente perfusión. El enfermero puede actuar para prevenir la *Desnutrición* evaluando la aceptación de la dieta por parte del paciente, planificando el tiempo dedicado a las comidas, su mejor posición durante las comidas y brindando asistencia cuando sea necesario^{3,10,46-47}.

La *Alteración en el patrón del sueño* también puede causar estrés al paciente, alteración de algunos neurotransmisores y aumento del consumo de oxígeno, factores relacionados con el desarrollo del delirio. El control de este factor de riesgo debe planificarse diariamente, centrándose en la atención rutinaria, manteniendo un sueño nocturno ininterrumpido, niveles adecuados de iluminación y ruido, contribuyendo a las sensaciones ya conocidas por los pacientes y reduciendo el estrés^{10,46-47}.

Por lo tanto, las intervenciones independientes de *la Gravedad del paciente* abarcan aquellas relacionadas con otros factores presentes, ya que la coexistencia de estos puede conducir a un aumento de la gravedad del individuo. Identificar la gravedad del paciente es fundamental para la práctica de enfermería, ya que este factor de riesgo implica un mayor riesgo de muerte y otros resultados negativos^{3,10,46-48}. Este factor está directamente relacionado con la *Duración de la estancia hospitalaria y el ingreso en la UCI*; por lo tanto, las acciones del enfermero/a con respecto a todos los demás factores sobre los que tiene autonomía pueden incidir en la reducción de la duración de la estancia hospitalaria del paciente.

Ante lo expuesto, se comprende el papel del enfermero y la relevancia de los FR en la prevención del delirio. En esa coyuntura, presentar a los FRI como elementos de un diagnóstico de enfermería basado en el uso de una herramienta de evaluación de enfermería, como la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I, apoya el razonamiento clínico y orienta la identificación de problemas de enfermería, informando así la planificación del cuidado⁸.

Comprender la relación entre los factores de riesgo y las condiciones asociadas en una población específica es extremadamente importante para identificar la susceptibilidad de un paciente a este resultado, ya que la relación entre ellos puede resultar en una respuesta de mayor o menor intensidad.

Por lo tanto, al desarrollar el título del Diagnóstico de Enfermería, se sugiere incluirlo en el Dominio 5: Percepción/Cognición, Clase 4: Cognición, y considerar las dimensiones de la respuesta humana del eje 1 (enfoque principal) "función cognitiva", eje 2 (sujeto de atención) "individuo", eje 3 (juicio) "inadecuado" y eje 7 (categoría diagnóstica) "potencial de deterioro". Cabe señalar que, al tratarse de una alteración de la atención, la orientación, la cognición y la comunicación, restringir el enfoque principal y la clase al ámbito de la Función Cognitiva puede considerarse una clasificación reduccionista del fenómeno de enfermería propuesto.

Para superar esta limitación, se recomienda: (1) reevaluar el marco taxonómico, considerando un enfoque multidimensional que incluya atención, orientación, cognición y comunicación; (2) validar clínicamente los factores de riesgo identificados, que ya abarcan de manera holística indicadores capaces de capturar la susceptibilidad al delirio; (3) integrar el diagnóstico con intervenciones de enfermería preventivas basadas en evidencia que aborden los múltiples dominios afectados; y (4) fomentar futuras investigaciones sobre la validez y aplicabilidad del diagnóstico en diferentes contextos clínicos, asegurando que su clasificación refleje la complejidad del fenómeno.

Desde esta perspectiva, se entiende que el delirio es un resultado desfavorable para la persona hospitalizada y que la relación entre los FRI puede generar una respuesta humana al paciente. Por lo tanto, la clasificación de estos factores de riesgo según lo dispuesto por NANDA-I TPE contribuirá a la precisión diagnóstica del enfermero y al desarrollo de un plan de atención dirigido a los principales factores de riesgo, en los que este profesional desempeña un papel importante.

CONCLUSIÓN

Se identificaron treinta y cuatro FRI mediante una RIL, siendo que los mismos se clasificaron en 17 FRI predisponentes y 17 FRI precipitantes. En seguida, estos FRI se organizaron en 12 factores de riesgo, 19 condiciones asociadas y tres poblaciones de riesgo, según la NANDA-I.

Por lo tanto, reconocer los factores de riesgo (FR) es fundamental para identificar a los pacientes más susceptibles a desarrollar delirio y priorizar la implementación de medidas preventivas. La presentación de estos FRI como elementos de un diagnóstico de enfermería (DE) permite estandarizar y orientar la evaluación del enfermero, lo que a su vez le posibilita desarrollar un juicio clínico más preciso y reconocer al individuo o población en riesgo con rigor científico. De esta manera, el DE basado en el riesgo resalta la relevancia de la práctica de enfermería y contribuye a la mejora del sistema de clasificación diagnóstica. Se recomienda realizar futuros estudios de validación de contenido y validación clínica para aplicar los conceptos que componen el DE presentado, garantizando su aplicabilidad y relevancia en la práctica clínica.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
2. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 520 p.
3. Smith CJ, Hodge D, Harrison FE, Williams Roberson S. The pathophysiology and biomarkers of delirium. *Semin Neurol*. 2024 [cited 2025 Aug 19]; 44(6):720-31. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1791666>.
4. Igwe EO, Nealon J, O'Shaughnessy P, Bowden A, Chang HR, Ho MH, et al. Incidence of postoperative delirium in older adults undergoing surgical procedures: a systematic literature review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2023 [cited 2025 Aug 19]; 20(3):220-37. DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12649>.
5. Williams EC, Estime S, Kuza CM. Delirium in trauma ICUs: a review of incidence, risk factors, outcomes, and management. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2023 [cited 2025 Aug 19]; 36(2):137-46. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001233>.
6. Contreras CCT, Páez-Esteban AN, Rincon-Romero MK, Carvajal RR, Herrera MM, Castillo AHDD. Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. *Rev Esc Enferm USP*. 2021 [cited 2025 Aug 19]; 55:e03685. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019035003685>.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do processo de enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2024 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024>.
8. Herdman HT, et al. NANDA International, Inc. Nursing diagnoses: definitions and classification 2024-2026. 13th ed. Harrisburg: NANDA International; 2024.
9. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Integrative literature review: the initial step in the validation process of nursing diagnoses. *Acta Paul Enferm*. 2009 [cited 2025 Aug 19]; 22(4):434-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 7th ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2020. 440 p.
11. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006 [cited 2025 Aug 19]; 14(1):124-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>.
12. Stillwell SB, Overholt EF, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs*. 2010 [cited 2025 Aug 19]; 110(5):41-47. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e>.
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 [cited 2025 Aug 19]; 372:n71. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>.
14. Bulut A, Yilmaz BE, Yurksel A. evaluating the risk of delirium in elderly inpatients in COVID-19 intensive care: a prospective and observational study. *Turk J Geriatr*. 2024 [cited 2025 Nov 1]; 27(1):68-78. DOI: <https://doi.org/10.29400/tjgeri.2024.380>.
15. Kim MS, Kim SH. Risk factors for postoperative delirium in patients with cardiac surgery. *Sci Prog*. 2024 [cited 2025 Nov 1]; 107(3):368504241266362. DOI: <https://doi.org/10.1177/00368504241266362>.
16. Cheng J, Lao Y, Chen X, Qiao X, Sui W, Gong X, et al. Dynamic nomogram for subsyndromal delirium in adult intensive care unit: a prospective cohort study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023 Nov 22; 19:2535-48. DOI: <https://doi.org/10.2147/ndt.s432776>. Erratum in: *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023 [cited 2025 Nov 1]; 19:2755-2756. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S453349>.
17. Igwe EO, Ding P, Charlton KE, Nealon J, Traynor V. Association between Malnutrition and delirium in older chronic kidney disease patients admitted to intensive care units: a data linkage study. *J Nutr Health Aging*. 2023 [cited 2025 Nov 1]; 27(7):571-7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1938-5>.
18. Lee JH, Han WH, Chun JY, Choi YJ, Han MR, Kim JH. Delirium in patients with COVID-19 treated in the intensive care unit. *PLoS One*. 2023 [cited 2025 Nov 1]; 18(11):e0289662. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289662>.

19. Wilson LD, Maiga AW, Lombardo S, Nordness MF, Haddad DN, Rakhit S, Smith LF, et al. Prevalence and Risk Factors for Intensive Care Unit Delirium After Traumatic Brain Injury: A Retrospective Cohort Study. *Neurocrit Care*. 2023 [cited 2025 Nov 1]; 38(3):752-60. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12028-022-01666-1>.
20. Carvalho LAC, Correia MDL, Ferreira RC, Botelho ML, Ribeiro E, Duran ECM. Accuracy of delirium risk factors in adult intensive care unit patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2022 [cited 2025 Nov 1]; 56:e20210222. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0222>.
21. Pinheiro FGMS, Santos ES, Barreto DC, Weiss C, Oliveira JC, Vaez AC, Silva FA. Prevalência e fatores de risco associados ao delirium em uma unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* 2022 [cited 2025 Nov 1]; 35:eAPE00646. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00646>.
22. Gholi Z, Yadegarynia D, Eini-Zinab H, Vahdat Shariatpanahi Z. Vitamin D deficiency is associated with increased risk of delirium and mortality among critically ill, elderly Covid-19 patients. *Complement Ther Med*. 2022 Nov [cited 2025 Nov 1]; 70:102855. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102855>.
23. Hulde N, Zittermann A, Tigges-Limmer K, Koster A, Weinrautner N, Gummert J, et al. preoperative risk factors and early outcomes of delirium in valvular open-heart surgery. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2022 Oct [cited 2025 Nov 1]; 70(7):558-65. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1740984>
24. Abraham MP, Hinds M, Tayidi I, Jeffcoach DR, Corder JM, Hamilton LA, et al. Quetiapine for delirium prophylaxis in high-risk critically ill patients. *Surgeon*. 2021 [cited 2025 Nov 1]; 19(2):65-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.02.002>.
25. Matioli KBB, Moraes Filho IM, Sousa TV, Pereira M, Silva RM, Sá ES, et al. Delirium: prevalence and factors associated with the postoperative period of cardiovascular surgery in the elderly. *Rev. baiana enferm*. 2021 [cited 2025 Nov 1]; 35:e42203. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.42203>.
26. Jäckel M, Aicher N, Rilinger J, Bemtgen X, Widmeier E, Wengenmayer T, et al. Incidence and predictors of delirium on the intensive care unit in patients with acute kidney injury, insight from a retrospective registry. *Sci Rep*. 2021 [cited 2025 Nov 1]; 11(1):17260. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96839-x>.
27. Oh TK, Park HY, Song IA. Factors associated with delirium among survivors of acute respiratory distress syndrome: a nationwide cohort study. *BMC Pulm Med*. 2021 [cited 2025 Nov 1]; 21(1):341. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12890-021-01714-0>.
28. Pun BT, Badenes R, Heras La Calle G, Orun OM, Chen W, Raman R, et al. (Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): a multicentre cohort study. *Lancet Respir Med*. 2021; 9(3):239-50. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(20\)30552-x](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30552-x). Erratum in: *Lancet Respir Med*. 2021 [cited 2025 Nov 1]; 9(3):e29. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00047-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00047-3).
29. Wu Z, Li H, Liao K, Wang Y. Association between dexamethasone and delirium in critically ill patients: a retrospective cohort study of a large clinical database. *J Surg Res*. 2021 [cited 2025 Nov 1]; 263:89-101. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.01.027>.
30. Abdelrahman I, Vieweg R, Irschik S, Steinvall I, Sjöberg F, Elmasry M. Development of delirium: association with old age, severe burns, and intensive care. *Burns*. 2020 [cited 2025 Nov 1]; 46(4):797-803. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.02.013>.
31. Cai S, Zhang X, Pan W, Latour JM, Zheng J, Zhong J, et al. Prevalence, predictors, and early outcomes of post-operative delirium in patients with type a aortic dissection during intensive care unit stay. *Front Med (Lausanne)*. 2020 [cited 2025 Nov 1]; 7:572581. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.572581>.
32. Yamamoto T, Mizobata Y, Kawazoe Y, Miyamoto K, Ohta Y, Morimoto T, Yamamura H. Incidence, risk factors, and outcomes for sepsis-associated delirium in patients with mechanical ventilation: a sub-analysis of a multicenter randomized controlled trial. *J Crit Care*. 2020 [cited 2025 Nov 1]; 56:140-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.12.018>.
33. Green C, Bonavia W, Toh C, Tiruvoipati R. Prediction of ICU delirium: validation of current delirium predictive models in routine clinical practice. *Crit Care Med*. 2019 [cited 2025 Nov 1]; 47(3):428-435. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003577>.
34. Pan Y, Yan J, Jiang Z, Luo J, Zhang J, Yang K. Incidence, risk factors, and cumulative risk of delirium among ICU patients: a case-control study. *Int J Nurs Sci*. 2019 [cited 2025 Nov 1]; 6(3):247-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.008>.
35. Guo Z, Liu J, Li J, Wang X, Guo H, Ma P, Su X, Li P. Postoperative delirium in severely burned patients undergoing early escharotomy: incidence, risk factors, and outcomes. *J Burn Care Res*. 2017 [cited 2025 Nov 1]; 38(1):e370-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000397>.
36. Kumar AK, Jayant A, Arya VK, Magoon R, Sharma R. Delirium after cardiac surgery: a pilot study from a single tertiary referral center. *Ann Card Anaesth*. 2017; 20(1):76-82. DOI: <https://doi.org/10.4103/0971-9784.197841>. Erratum in: *Ann Card Anaesth*. 2017 [cited 2025 Nov 1]; 20(2):281. DOI: <https://doi.org/10.4103/0971-9784.201631>.
37. Mehta S, Cook D, Devlin JW, Skrobik Y, Meade M, Fergusson D. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. *Crit Care Med*. 2015 [cited 2025 Nov 1]; 43(3):557-66. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000727>.
38. Pipanmekaporn T, Chittawatanarat K, Chaiwat O, Thawitsri T, Wacharasint P, Kongsayreepong S; et al. Incidence and risk factors of delirium in multi-center Thai surgical intensive care units: a prospective cohort study. *J Intensive Care*. 2015 [cited 2025 Nov 1]; 3:53. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40560-015-0118-z>.
39. Smith PJ, Rivelli SK, Waters AM, Hoyle A, Durheim MT, Reynolds JM, et al, Blumenthal JA. Delirium affects length of hospital stay after lung transplantation. *J Crit Care*. 2015 [cited 2025 Nov 1]; 30(1):126-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.010>.
40. Limpawattana P, Panitchote A, Tangvoraphonkchai K, Suebsoh N, Eamma W, Chanthonglarng B, et al. Delirium in critical care: a study of incidence, prevalence, and associated factors in the tertiary care hospital of older Thai adults. *Aging Ment Health*. 2016 [cited 2025 Nov 1]; 20(1):74-80. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1035695>.
41. Whitlock EL, Torres BA, Lin N, Helsten DL, Nadelson MR, Mashour GA, et al. Postoperative delirium in a substudy of cardiothoracic surgical patients in the BAG-RECALL clinical trial. *Anesth Analg*. 2014 [cited 2025 Nov 1]; 118(4):809-17. DOI: <https://doi.org/10.1213/ANE.000000000000028>.

42. Zhang Z, Pan L, Deng H, Ni H, Xu X. Prediction of delirium in critically ill patients with elevated C-reactive protein. *J Crit Care*. 2014 [cited 2025 Nov 1]; 29(1):88-92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.09.002>.
43. Guenther U, Theuerkauf N, Frommann I, Brimmers K, Malik R, Stori S, et al. Predisposing and precipitating factors of delirium after cardiac surgery: a prospective observational cohort study. *Ann Surg*. 2013 [cited 2025 Nov 1]; 257(6):1160-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318281b01c>.
44. Norkienė I, Ringaitienė D, Kuzminskaitė V, Šipylaitė J. Incidence and risk factors of early delirium after cardiac surgery. *Biomed Res Int*. 2013 [cited 2025 Nov 1]; 2013:323491. DOI: <https://doi.org/10.1155/2013/323491>.
45. Ormseth CH, LaHue SC, Oldham MA, Josephson SA, Whitaker E, Douglas VC. Predisposing and precipitating factors associated with delirium: a systematic review. *JAMA Netw Open*. 2023 [cited 2025 Aug 19]; 6(1):e2249950. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49950>
46. Stollings JL, Rumbaugh KA, Wang L, Hayhurst CJ, Ely EW, Hughes CG. Correlation of the critical care pain observation tool and numeric rating scale in intensive care unit patients. *J Intensive Care Med*. 2024 [cited 2025 Aug 19]; 39(1):12-20. DOI: <https://doi.org/10.1177/08850666231187336>.
47. Contreras CCT, Pérez-Esteban AN, Rincon-Romero MK, Carvajal RR, Herrera MM, Díaz del Castillo AH. Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. *Rev Esc Enferm USP*. 2021 [cited 2025 Aug 19]; 55:e03685. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019035003685>.
48. Mart MF, Williams Roberson S, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and management of delirium in the intensive care unit. *Semin Respir Crit Care Med*. 2021 [cited 2025 Aug 19]; 42(1):112-26. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>.
49. Williams EC, Estime S, Kuza CM. Delirium in trauma ICUs: a review of incidence, risk factors, outcomes, and management. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2023 [cited 2025 Aug 19]; 36(2):137-46. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001233>.

Contribuições das autoras

Concepción, L.A.C.C., M.D.L.C., G.M.S., R.C.F, M.L.S.B. y E.C.M.D; metodología, L.A.C.C., M.D.L.C., G.M.S., R.C.F, M.L.S.B. y E.C.M.D; investigación, L.A.C.C., M.D.L.C., G.M.S., R.C.F, M.L.S.B. y E.C.M.D; análisis formal, L.A.C.C., M.D.L.C., G.M.S., R.C.F, M.L.S.B. y E.C.M.D; redacción, L.A.C.C., M.D.L.C., G.M.S., R.C.F, M.L.S.B. y E.C.M.D; revisión y edición, L.A.C.C., M.D.L.C., G.M.S., R.C.F, M.L.S.B. y E.C.M.D; supervisión, L.A.C.C. y E.C.M.D.; administración de proyecto, L.A.C.C. y E.C.M.D.; adquisición de financiación, L.A.C.C. e E.C.M.D. Todos los autores leyeron y aceptaron la versión final del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Las autoras declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la composición del manuscrito *“Risco de delirium como proposta diagnóstica: revisão integrativa”*.