

Microteoría de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la unidad de cuidados intensivos*

Sandra da Silva Kinalski¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4841-2288>

Margrid Beuter¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3179-9842>

Eliane Raquel Rieth Benetti²

 <https://orcid.org/0000-0003-1626-5698>

Marinês Tambara Leite³

 <https://orcid.org/0000-0003-3280-337X>

Larissa Venturini⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-5401-3849>

Marcos Antônio Gomes Brandão^{5,6}

 <https://orcid.org/0000-0002-8368-8343>

Destacados: (1) Prescribe cuidados “para” y “en” la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI. (2) Microteoría desarrollada por substrucción teórica para su uso en la práctica clínica. (3) Herramienta con perspectiva filosófica que orienta el cuidado en enfermería. (4) Indicadores empíricos son importantes para evaluar la eficacia de las intervenciones.

Objetivo: describir una microteoría para cuidados de enfermería en la prevención del delirio en personas mayores en la unidad de cuidados intensivos. **Método:** investigación teórica prescriptiva, basada en la subconstrucción. Se dedujeron constructos del Modelo de Adaptación de Roy y se indujeron datos del fenómeno de cuidados de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en cuidados intensivos, a partir de una revisión integrativa de la literatura. **Resultados:** la microteoría posee sistema teórico, operativo y modelo de cuidado. En el sistema teórico se utilizaron los constructos estímulo focal y contextual de Roy. A partir de ellos, se elaboraron los conceptos de cuidado focal y contextual y la variable respuesta adaptativa a la prevención. De las declaraciones relacionales se elaboraron cuatro axiomas, dos postulados, ocho proposiciones y una presuposición epistémica. En el sistema operativo se establecieron dos indicadores empíricos: el *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* y el historial demográfico/clínico de las personas mayores. Posteriormente, se produjeron dos declaraciones transformacionales, cuatro hipótesis y el modelo de cuidado representado en figura. **Conclusión:** la microteoría producida prescribe cuidados en la prevención del *delirium* en personas mayores en cuidados intensivos, por un constructo de interés para la enfermería, y permite intervenciones en el desarrollo de instrumentos que guían la actuación de la enfermería.

Descriptor: Enfermería; Anciano; Delirio; Teoría de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Atención de Enfermería.

* Artículo parte de la tesis de doctorado “Microteoría para cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em pessoas idosas na UTI”, presentada en la Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Ciências da Saúde, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁶ Becario del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Cómo citar este artículo

Kinalski SS, Beuter M, Benetti ERR, Leite MT, Venturini L, Brandão MAG. Nursing microtheory in the prevention of delirium in older adult in the intensive care unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4071 [cited ____/____/____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6707.4071>

Introducción

El *delirium* es un síndrome cognitivo con una prevalencia del 9 al 32% en pacientes hospitalizados⁽¹⁾. Es un trastorno frecuente entre ancianos hospitalizados en unidad de cuidados intensivos (UCI)⁽²⁾, asociado a la presencia de factores relacionados con ese ambiente y sus rutinas⁽³⁾. Además, cuando se trata de personas mayores con presencia de factores de riesgo como: edad avanzada, fragilidad, déficit cognitivo, múltiples comorbilidades, alcoholismo, tabaquismo, coma previo, traumatismo y demencia, la probabilidad de que se presente *delirium* aumenta⁽⁴⁻⁶⁾.

Dada su relevancia, en 2017 se publicó la *Intensive Care Delirium Research Agenda*, fruto de una perspectiva multinacional e interprofesional, que presenta las necesidades de investigaciones sobre *delirium*⁽⁷⁾. Entre las principales áreas de estudio, recomendadas para los próximos 10 años, está el desarrollo de nuevos modelos para refinar la fenotipificación del *delirium*, es decir, reconocer elementos etiológicos que puedan ser asociados a él.

Aunque los médicos pueden contribuir en la investigación de causalidad a partir de modelos fisiopatológicos, esta perspectiva de fenotipificación/identificación de factores etiológicos puede ser limitante para la práctica de enfermería. Por lo tanto, se utilizó la perspectiva del enfoque diagnóstico de enfermería para guiar la respuesta humana y el cuidado dirigido por intervenciones de naturaleza preventiva. Se realizan estudios sobre el cuidado de enfermería en la prevención del *delirium* en UCI, sin embargo, sus contribuciones son diversas, especialmente cuando se refiere a personas mayores⁽⁶⁻⁸⁾.

Las teorías pueden proporcionar modelos explicativos, predictivos o prescriptivos que sean útiles cuando las evidencias parecen dispersas. El paradigma de la práctica guiada por teoría de enfermería ha desempeñado a lo largo de la historia de la disciplina un papel prestigioso, aunque pueda tener menor interés dependiendo del grupo de investigadores⁽⁹⁻¹⁰⁾. Además, las teorías de enfermería, aunque son construcciones disciplinarias, deben ser útiles y compatibles con el uso en el contexto multidisciplinario y multiprofesional de la salud⁽¹¹⁾. Por lo tanto, las microteorías creadas en la disciplina de enfermería pueden producir conceptualizaciones, afirmaciones teóricas y modelos a partir de fenómenos de interés multidisciplinario, como es el caso del *delirium*.

Entre los niveles teóricos, las microteorías ofrecen una manera práctica para que los enfermeros conecten las perspectivas filosóficas de la disciplina con el mundo real, mediante la prescripción de intervenciones a la práctica de enfermería⁽¹²⁾. Se caracterizan por producir instrucciones específicas para la práctica y ser las más

aplicables de todas las teorías, al estar en un nivel de menor abstracción, más cercanas al nivel empírico de los fenómenos, en comparación con las grandes teorías de enfermería⁽¹³⁾. Así, las microteorías impactan directamente en los cuidados de enfermería, considerando su limitación de tiempo, lugar y situación, se preocupan por áreas más específicas del conocimiento y son interdependientes⁽¹⁴⁾.

En este artículo, partimos del supuesto de que una microteoría puede proporcionar un modelo explicativo de fenotipificación/etiologías de interés para la enfermería, mecanismos y otras condiciones asociadas al *delirium* en personas mayores en la UCI, a partir de las evidencias científicas de la literatura para esta población. Por lo tanto, con la teorización, al combinar los datos de la revisión integrativa de la literatura y el Modelo de Adaptación de Callista Roy (MAR), se infiere que tanto el juicio clínico del enfermero como la elección de acciones contribuyen a intervenir sobre el fenómeno. De esta manera, el objetivo es describir una microteoría para cuidados de enfermería en la prevención del delirio en personas mayores en la unidad de cuidados intensivos.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio teórico, en el cual se desarrolló una microteoría, de tipo prescriptiva, de naturaleza básica⁽¹⁵⁾.

Recolección de datos

Para la elaboración de esta microteoría, se combinaron los datos teóricos del MAR y de la revisión integrativa, mediante las orientaciones deductiva e inductiva para abordar el pensamiento teórico. En la orientación deductiva, se utilizó como estrategia la substrucción teórica⁽¹⁶⁾ para producir congruencia entre la teoría de MAR y un sistema operacional generado en la presente microteoría. La teoría de MAR, en sus aspectos centrales, involucra la tendencia de ver a las personas como sistemas abiertos, que mantienen una interacción continua con el ambiente, estando expuestas a diversos estímulos que generan un proceso de enfrentar desafíos, capaz de resultar en respuestas adaptativas o ineficaces⁽¹⁷⁾. La substrucción teórica constituyó en esta microteoría los sistemas teórico y operacional.

En la orientación inductiva se empleó el enfoque de síntesis de la literatura científica, por medio de la revisión integrativa⁽¹⁸⁾. La revisión se utilizó para encontrar elementos y lograr homogeneidad de los datos sobre cuidados de enfermería para la prevención del delirio en personas mayores en la UCI⁽¹⁹⁾.

Análisis de los datos

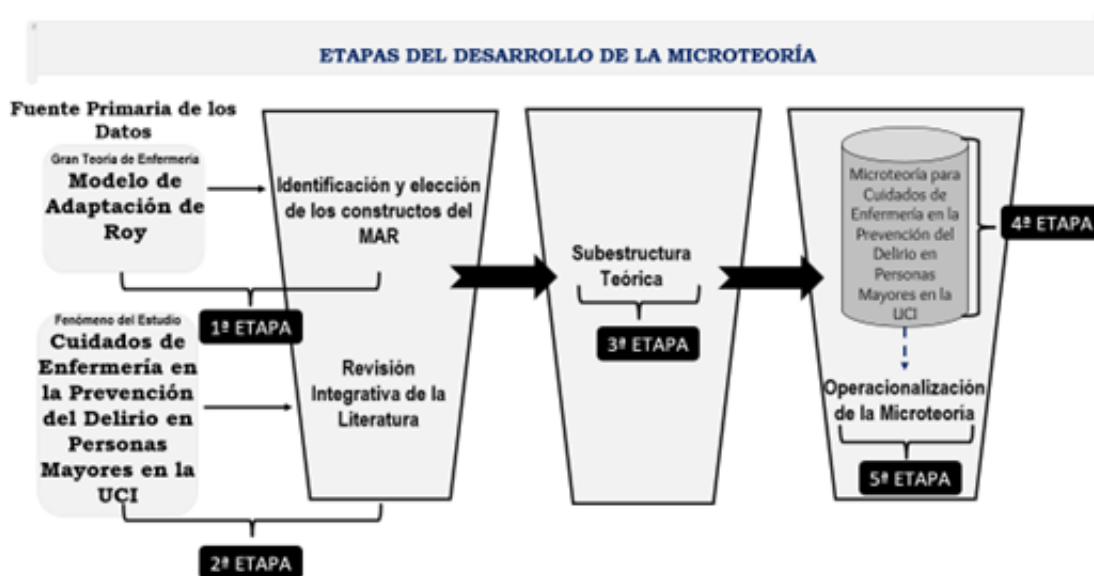
En la primera y segunda etapas se realizó la identificación y selección de los constructos del MAR. Los constructos son nociones abstractas que pueden ser parcialmente definidas⁽¹⁶⁾. Inicialmente ocurrió una familiarización profunda con el MAR⁽¹⁷⁾ mediante una lectura metódica. Después de examinar el contenido del MAR, se seleccionaron los constructos estímulo focal y estímulo contextual para la subestructura teórica.

A continuación, se realizó la revisión integrativa de la literatura sobre cuidados de enfermería para la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI. La síntesis de la literatura siguió las fases: 1 - identificación del problema; 2 - búsqueda en la literatura; 3 - evaluación de los datos; 4 - análisis de los datos; 5 - presentación⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Así, se elaboraron estrategias de búsqueda para cada base de datos, combinando diferentes descriptores y palabras clave. La búsqueda se realizó en la Comunidad Académica Federada (CAFe) de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES), en la *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), Scopus, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y en *Web of Science*, sin limitación temporal.

Se identificaron un total de 17.126 estudios, en la base PubMed (2.368), Scopus (8.553), CINAHL (908), LILACS (486), *Web of Science* (4.433). De estos, 16.986 eran estudios duplicados o de fuentes no primarias y, por lo tanto, se eliminaron. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, resultando en 80 textos completos. Después de la lectura completa, basada en la respuesta de la pregunta de revisión, la muestra final fue de 51 artículos (12 en PubMed, 16 en Scopus, 11 en CINAHL, 5 en LILACS y 7 en *Web of Science*). Desde el punto de vista teórico, las evidencias de la revisión integrativa contribuyeron a la elaboración de supuestos en el sistema teórico y para la inclusión y organización de los elementos del sistema operativo de la presente microteoría.

En la tercera y cuarta etapas, se desarrolló la subestructura⁽¹⁶⁾ en cuatro fases: 1 - identificar y aislar los constructos y conceptos principales bajo estudio; 2 - especificar las relaciones entre los conceptos; 3 - ordenar jerárquicamente los conceptos por nivel de abstracción; 4 - describir el diagrama pictórico de las relaciones presentes entre las variables. Posteriormente, se llevó a cabo la modelación de la microteoría, conocimiento teórico, coherente e interconectado, acerca del fenómeno de cuidados de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI, resultando en un modelo, representado por una figura gráfica

El proceso de desarrollo de la microteoría está presentado en la Figura 1.



*MITCare-DEP = Micro Theory of Care for Delirium in Elderly People; *UCI = Unidad de Cuidados Intensivos; *MAR = Modelo de Adaptación de Roy

Figura 1 - Esquema pictórico para representar el desarrollo de *MitCare-DEP**

Aspectos éticos

La presente investigación, de carácter teórico, respetó los derechos de autor de las publicaciones incluidas en el estudio.

Resultados

La microteoría de enfermería denominada *Micro Theory of Care for Delirium in Elderly People* (MITCare-DEP) tiene como objetivo indicar intervenciones que

ayuden al cuidado de enfermería en la prevención del delirium en personas mayores en la UCI. La microteoría cuenta con el sistema teórico, el sistema operativo, las declaraciones relacionales entre las variables elegidas para componer cada sistema⁽¹⁶⁾ y un modelo teórico.

Sistema teórico

El sistema teórico incluye como elementos: constructos, conceptos, subconceptos (variables) e indicadores empíricos; y como afirmativas relacionales: axiomas, postulados y proposiciones⁽¹⁶⁾. Aunque no incluidos en la propuesta metodológica original de subconstrucción, se elaboraron seis supuestos⁽¹⁴⁾, con los cuales se inicia la descripción teórica.

Los supuestos de una teoría se caracterizan por informaciones tomadas como verdaderas y están fundamentados en lo que los teóricos consideran evidencias, basadas en valores y creencias⁽¹⁴⁾. Al ser MiTCare-DEP una teoría científica, sustentada en síntesis de evidencias empíricas, sus supuestos teóricos tienen menor nivel de abstracción, por lo tanto, sus valores y creencias no son puramente filosóficos. Fueron desarrollados de manera a construir una base estructural del fenómeno en estudio, siendo ellos:

1. La UCI está permeada de especificidades en su estructura y rutinas asistenciales, que son estímulos para el desencadenamiento del delirium en las personas mayores.
2. El envejecimiento de la persona mayor y, cuando está presente, el déficit cognitivo, pueden dificultar el desarrollo de mecanismos de afrontamiento para prevenir el delirium.
3. Las personas mayores hospitalizadas en las UCIs necesitan cuidados de enfermería sistematizados y organizados para la prevención del delirium.
4. El cuidado de enfermería en la prevención del delirium debe ser continuo y estar presente durante todo el período de hospitalización de las personas mayores en la UCI.
5. El cuidado focal y el cuidado contextual deben ser incorporados a los cuidados de enfermería en la

prevención del delirium en las personas mayores hospitalizadas en UCI.

6. Aspectos del historial demográfico/clínico y agravios a la salud de la persona mayor como: edad, tabaquismo, alcoholismo, déficit cognitivo y demencias se constituyen en estímulos para respuestas no adaptativas a la prevención del delirium por la persona mayor en la UCI.

Dos grandes constructos teóricos contundentes y delimitados fueron deducidos del MAR de Callista Roy, para describir y explicar el fenómeno a partir de la microteoría para la enfermería. Los estímulos focales son eventos íntimamente relacionados con la ocurrencia de la situación, que inmediatamente confrontan a las personas y constituyen el mayor grado de cambio, desencadenando respuestas que pueden ser adaptables o ineficaces⁽¹⁷⁾. Los estímulos contextuales son todos los factores ambientales que se presentan a la persona, no son el centro de atención y, aún así, influyen en la forma en que la persona maneja su estímulo focal⁽¹⁷⁾.

En el desarrollo conceptual de MiTCare-DEP, se utilizaron propiedades traídas por los constructos identificados en el MAR⁽¹⁷⁾ e inducidos por los datos de la literatura. Con el objetivo de explicar el fenómeno del cuidado de enfermería en la prevención del delirium en personas mayores en la UCI, los conceptos subsumidos fueron: cuidado focal y cuidado contextual.

El cuidado focal se refiere a un conjunto de intervenciones, presentadas en la Figura 2, compuesto por actividades de enfermería en la prevención del delirium en personas mayores en la UCI, que actúan como estímulo externo y, inmediatamente, provocan en el ser cuidado una respuesta eficaz para la prevención del delirium, estrechamente relacionado con las particularidades y la integralidad de la persona mayor. Por otro lado, el cuidado contextual se refiere a un conjunto de intervenciones, presentadas en la Figura 3, compuesto por actividades de enfermería en la prevención del delirium en la UCI, que actúan como estímulos contextuales del ambiente y contribuyen a la respuesta efectiva en la prevención del delirium por la persona mayor, estrechamente relacionado con las especificidades de la terapia intensiva.

Cuidado Focal	Intervenciones
Realización de actividades de orientación	Promover actividades de orientación de tiempo, lugar y carácter (>3x/día). Realizar actividades con calendarios, relojes, móviles y radios. Dialogar con las personas mayores sobre experiencias vividas y actividades actuales.
Intervenciones sensoriales para deficiencia visual y auditiva	Promover la estimulación visual y auditiva, mediante el uso de dispositivos visuales y auditivos. Realizar un enfoque que facilite el contacto visual y auditivo. Promover una comunicación verbal asertiva, proporcionando material adaptado para deficiencia visual. Proteger la córnea durante la sedación, previniendo la deshidratación.
Mantenimiento del patrón del sueño	Proporcionar iluminación indirecta, especialmente por la noche. Facilitar máscaras para los ojos y/o tapones para los oídos. Ajustar el régimen de medicación, evitando dosis entre las 00:00 y las 05:00 horas. Proporcionar sesiones de musicoterapia. Reducir el ruido ambiental. Realizar control del dolor. No realizar procedimientos electivos por la noche. Enseñar y estimular ejercicios de respiración profunda y relajación antes de dormir. Ofrecer masaje en los pies y en las regiones torácica y lumbar.

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Cuidado Focal	Intervenciones
Movilización temprana	Promover la movilización del paciente en la cama o fuera de ella, de 24 a 48 horas después de la admisión en la UCI. Planificar un cronograma de movilidad con ejercicios de amplitud y movimientos activos, pasivos y deambulación cuando sea posible, tres veces al día.
Comunicación terapéutica	Mantener una comunicación clara y abierta con la persona mayor y estimular su expresión emocional. Utilizar comunicación cara a cara, con contacto visual. Usar el nombre del paciente durante la comunicación y presentarse ante él cuando se produzca el primer contacto. Permitir que expresen sus pensamientos y sentimientos. Utilizar tarjeta de comunicación, <i>WordPad</i> o bolígrafo y papel para aquellos sometidos a intubación endotraqueal o traqueostomía.
Musicoterapia	Proporcionar momentos de musicoterapia mediante reproductores MP3, así como auriculares. Esta acción puede ser colectiva o individual.
Hidratación y nutrición	Evaluar el estado nutricional de la persona mayor al ingreso en la UCI, mediante escalas como: Índice de Riesgo Nutricional Geriátrico (GNRI), el Índice de Nutrición Pronóstica (PNI), método <i>Controlling Nutritional Status</i> (CONUT). Asegurar una nutrición e hidratación adecuadas.
Estimulación cognitiva	Cuidados orientados a estimular la función cognitiva; para ello, se deben utilizar materiales adaptados a las necesidades del adulto mayor, como teclados grandes, relojes con pantallas más grandes y libros con letras grandes. Se recomienda realizar actividades diarias, al menos tres veces al día, para estimular la memoria, como discutir eventos actuales de la vida familiar y recordar eventos pasados. Para la ejecución de las actividades, se asocia el uso de libros, revistas y la presencia de familiares en la UCI. Además, pueden utilizarse como actividades estimulantes barajas, juegos de búsqueda de palabras y crucigramas (duración diaria de cinco minutos). A los pacientes sometidos a intubación endotraqueal o traqueostomía, se puede usar tarjeta de comunicación, bolígrafo, papel o <i>WordPad</i> para establecer comunicación y ayudar en las actividades.
Cuidados de enfermería nocturnos	Programar para que la mayor parte de los cuidados se realicen durante el día. Agrupar los cuidados que se realizan por la noche en horarios específicos, evitando interrupciones repetidas del sueño.
Contención mecánica y catéteres permanentes	Reducir siempre que sea posible el uso de contención mecánica y catéteres permanentes, con el objetivo de evitar la restricción física de la persona mayor en la cama.
Capacitación de la familia sobre el <i>delirium</i>	Capacitar a los familiares del paciente sobre el <i>delirium</i> y sus complicaciones: definición, síntomas, etiología, efectos negativos, prevención del <i>delirium</i> . Se pueden utilizar estrategias de educación como videos, folletos, panfletos, <i>check list</i> .
Participación de la familia en el cuidado	Estimular la participación activa de familiares y acompañantes del paciente, como apoyo emocional y afectivo. Además, capacitar a los mismos para integrarse en actividades de estimulación cognitiva, orientación, higiene y confort de la persona mayor, bajo la supervisión del equipo de enfermería de la UCI.

Figura 2 - Definiciones constitutivas del concepto de cuidado focal de MiTCare-DEP

Cuidado Contextual	Intervenciones
Poner a disposición materiales como: relojes, calendarios, móviles, libros, revistas, radios, televisores, pizarra blanca, bolígrafos, papeles y pertenencias personales del paciente	Proporcionar y poner a disposición materiales que puedan ser utilizados en la orientación temporal y espacial, en la estimulación cognitiva y en la comunicación con la persona mayor. Además, estimular la participación activa de la misma en las actividades propuestas.
Disminuir la iluminación artificial durante la noche	Proporcionar iluminación indirecta durante la noche con el objetivo de mantener el patrón de sueño.
Reducir el ruido ambiental en la UCI	Monitorear y mantener los niveles de volumen de ruidos en la UCI adecuados.
Promover la privacidad	Mantener, siempre que sea posible, camas individuales, utilizando cortinas o biombos, teniendo en cuenta el bienestar del paciente y la realización de los cuidados.
Ajustar los alarmes de monitores y máquinas	Ajustar los monitores y máquinas al modo nocturno, lo que disminuye el volumen y oscurece las pantallas, reduciendo los ruidos y favoreciendo el sueño.
Ofrecer luz natural en el ambiente	Proporcionar una estructura física que permita la entrada de luz natural al paciente, promoviendo la orientación día/noche.
Regular la temperatura ambiental	Mantener la temperatura ambiente de la UCI en un nivel agradable.
Flexibilizar el horario de visita en la UCI	Permitir e incentivar la visita de familiares o acompañantes que tengan una relación emocional con la persona mayor

Figura 3 - Definiciones constitutivas del concepto de cuidado contextual de MiTCare-DEP

Después de definir los conceptos, se describen las variables referentes a las dimensiones del fenómeno del estudio. Las variables son subconceptos subsumidos de conceptos generales, utilizados para ordenar el fenómeno de acuerdo con alguna propiedad⁽¹⁷⁾. Las variables del estudio (subconceptos) deben estar epistémicamente ligadas a los conceptos identificados en la microteoría, así, la variable - respuesta adaptativa a la prevención - fue subsumida de los conceptos generales.

La respuesta adaptativa a la prevención es la ausencia de *delirium* en la persona mayor en UCI, como condición resultante de la acción del cuidado focal y del cuidado contextual. Esta variable dimensiona la asertividad del cuidado de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores, a partir de las relaciones entre los conceptos, dentro del contexto específico de la UCI.

Aún, en relación con el sistema teórico de la microteoría, los constructos, conceptos y variables deben

estar vinculados por declaraciones relacionales, que afirman una relación de algún tipo, denominadas axiomas, proposiciones, postulados y supuestos epistémicos⁽¹⁶⁾. La relación directa y no lineal entre los constructos determinó los axiomas de la presente microteoría, que se basan en el poder prescriptivo incorporado del marco teórico y articulan el cuidado de enfermería en la prevención del *delirium* con las personas mayores y el ambiente de la UCI. Se presentan cuatro declaraciones axiomáticas para los constructos:

1. Hay una interacción dinámica y no lineal entre los estímulos focales y los estímulos contextuales, que forman niveles más altos de organización compleja del cuidado de enfermería en la prevención del *delirium* en la persona mayor en UCI.
2. El cuidado de enfermería en la prevención del *delirium* en la persona mayor en UCI está formado por un conjunto de influencias multifactoriales de los estímulos focales y estímulos contextuales, que interactúan de forma no lineal y compleja, capaz de desencadenar procesos de afrontamiento en la persona mayor en UCI.
3. Los estímulos contextuales representan la reunión de un conjunto de influencias no lineales, multifacéticas, de interacción compleja presentes en la UCI, que se presentan a la persona mayor, que no son el centro de la atención de la persona, pero contribuyen a los efectos de los estímulos focales.
4. El estímulo focal representa la reunión de un conjunto de influencias derivadas de las intervenciones de cuidados en la prevención del *delirium* en la UCI, que inmediatamente confrontan a la persona mayor siendo potenciado por los estímulos contextuales.

Siguiendo la constitución del sistema teórico de la microteoría, se establecieron las conexiones entre los constructos teóricos y los conceptos⁽¹⁶⁾. Así, se identificaron dos postulados para la MiTCare-DEP.

1. El concepto de cuidado focal representa los principales aspectos de los estímulos focales caracterizados por los cuidados de enfermería en la prevención del *delirium* que confrontan inmediatamente a las personas mayores en la UCI.
2. El cuidado contextual representa los principales aspectos de los estímulos contextuales, que son cuidados de enfermería importantes en la prevención del *delirium* dirigidos al ambiente de la UCI.

La relación establecida entre los conceptos de la microteoría ejemplifica cómo el cuidado de enfermería, en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI, debe ser implementado de manera efectiva en la práctica clínica. Así, es posible comprender que la actuación de enfermería se condiciona a la implementación de estos conceptos y sus

relaciones para prescribir intervenciones al fenómeno. Las proposiciones representan la relación directa, bilateral y no lineal entre los conceptos⁽¹⁶⁾. Por lo tanto, se elaboraron ocho proposiciones en el sistema teórico:

1. El cuidado de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI es un constructo multifactorial, con un efecto potenciado por la asociación de las unidades constitutivas de los conceptos de cuidado focal y cuidado contextual.
2. Si a través del cuidado contextual se proporcionan materiales para la implementación de actividades de estimulación cognitiva a la persona mayor en la UCI, el efecto del cuidado focal dirigido a la orientación de la persona mayor influye en la prevención del *delirium*.
3. Cuando el cuidado contextual no ofrece las intervenciones de reducción de la iluminación por la noche, del ruido ambiental con ajustes de las alarmas de los equipos de la UCI, la promoción de la privacidad de la persona mayor, el control de la temperatura y la promoción de la luz natural en el ambiente de la UCI, el cuidado focal podría no generar una respuesta adaptativa a la prevención del *delirium* en la persona mayor en la UCI.
4. La flexibilización del horario de visita en la UCI, la orientación de la familia sobre el *delirium* y su participación en el cuidado de la persona mayor influyen en la respuesta adaptativa a la prevención del *delirium* en la persona mayor en la UCI.
5. Realizar intervenciones sensoriales para deficiencias visuales y auditivas, promover el mantenimiento del patrón de sueño, ofrecer comunicación terapéutica y musicoterapia, adaptar equipos como teclados grandes, relojes con pantalla grande y libros con letras grandes, son cuidados que comparten las influencias del cuidado contextual y se influyen mutuamente.
6. Si la hidratación y la nutrición de la persona mayor no están adecuadas, entonces puede haber el riesgo de que el cuidado focal y el cuidado contextual no sean lo suficientemente efectivos para la respuesta adaptativa a la prevención del *delirium* en la persona mayor en la UCI.
7. La realización de cuidados de enfermería durante la noche, la movilización temprana, la contención mecánica y la utilización de catéteres permanentes por la persona mayor, son intervenciones no influenciadas por el cuidado contextual, pero influyen entre sí en la respuesta adaptativa a la prevención del *delirium* en la persona mayor en la UCI.
8. Si las acciones del cuidado focal y del cuidado contextual están en equilibrio, la prevención del *delirium* como respuesta adaptativa de la persona mayor en la UCI se logra.

En relación con los vínculos entre los conceptos y el subconcepto, estos se describen en declaraciones relacionales llamadas supuestos epistémicos⁽¹⁶⁾. El supuesto epistémico elaborado para la MiTCare-DEP es: la respuesta adaptativa a la prevención representa el producto final de un conjunto de influencias no lineales, multifacéticas, de interacción compleja, susceptibles de cuidados de enfermería independientes, categorizados en las definiciones constitutivas del cuidado focal y del cuidado contextual.

Sistema operativo

La fase de operacionalización de la Microteoría convierte las ideas y relaciones producidas en la etapa anterior en componentes observables, aplicables en la práctica clínica y sujetos a confirmación/refutación⁽²⁰⁾. El sistema operativo incluye indicadores empíricos, puntuaciones, valores y medidas de las variables del estudio⁽¹⁶⁾. En la presente microteoría se propone el uso de dos indicadores empíricos para medir la variable respuesta adaptativa a la prevención: el *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* (CAM-ICU)⁽²¹⁾ y el historial demográfico/clínico de las personas mayores (alcoholismo, tabaquismo, deterioro cognitivo previo y demencias).

Para establecer las conexiones entre el sistema teórico y el sistema operativo, se desarrollaron declaraciones transformacionales, que representan las relaciones entre variables e indicadores empíricos⁽¹⁶⁾. En MiTCare-DEP se presentan las siguientes declaraciones transformacionales:

1. El CAM-ICU⁽²¹⁾ es el indicador empírico para evaluar la respuesta adaptativa a la prevención para la verificación de la presencia de *delirium* en la persona mayor en la UCI.
2. Los factores demográficos y clínicos son indicadores empíricos para estratificar la respuesta adaptativa a la prevención por la persona mayor en la UCI.

Entre los indicadores empíricos se propusieron declaraciones relacionales denominadas hipótesis, para probar las proposiciones de la microteoría. Las hipótesis (H) generadas son susceptibles de análisis cuantitativos, son congruentes con la totalidad y representan una visión descriptiva inferencial y correlacional (Figura 2):

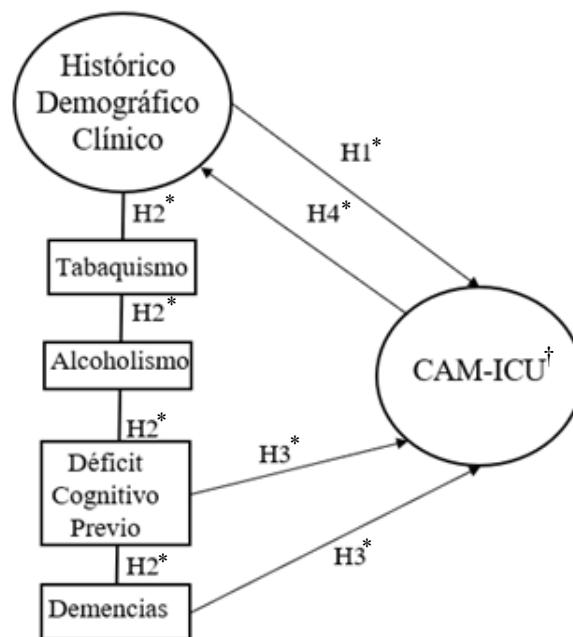
H1 - Los factores del historial demográfico y clínico (alcoholismo, tabaquismo, déficit cognitivo previo y demencias) estarán significativamente asociados con el puntaje total de CAM-ICU⁽²¹⁾.

H2 - La relación entre alcoholismo, tabaquismo, déficit cognitivo previo y demencias será evaluada por el CAM-ICU⁽²¹⁾, después de identificar los factores del historial demográfico y clínico.

H3 - El déficit cognitivo previo y las demencias estarán significativamente asociados a más errores de las personas mayores en el resultado del CAM-ICU⁽²¹⁾.

H4 - Las personas mayores presentarán más aciertos en el CAM-ICU⁽²¹⁾ en ausencia de la totalidad de los factores del historial demográfico y clínico seleccionados y considerados como de riesgo (alcoholismo, tabaquismo, compromiso cognitivo previo y demencias).

Un diagrama relacionando las hipótesis del sistema operativo de la teoría se presenta en la Figura 4.



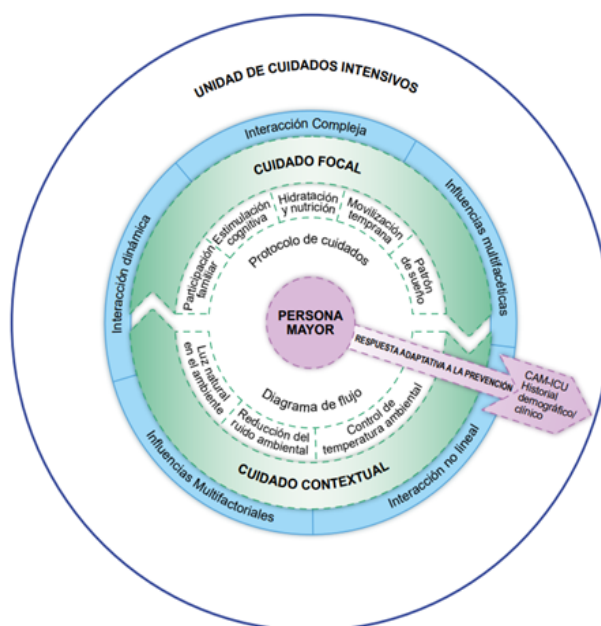
*H = Hipótesis; †CAM-ICU = *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units*

Figura 4 - Diagrama de los Enunciados Relacionales Hipotetizados

En lo que respecta a los límites teóricos, en términos de abstracción, *MitCare-DEP* es una microteoría o teoría de alcance micro⁽²²⁾, en la cual su nivel bajo de abstracción prescribe recomendaciones para la práctica del cuidado de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI. En cuanto al alcance, la microteoría está limitada: (1) por el fenómeno del *delirium*; (2) por la población afectada por el fenómeno, las personas mayores; (3) por el contexto de cuidado de la UCI; y (4) por la naturaleza de la prescripción teórica de acciones de prevención por cuidados de enfermería.

Modelo de cuidado de MitCare-DEP

Desarrollados los elementos del sistema teórico y operativo, se concibió un modelo de cuidado de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI, presentado en la Figura 5, que ilustra gráficamente las relaciones teóricas entre los constructos teóricos del MAR y el fenómeno de este estudio, así como las posibilidades de implementación de *MitCare-DEP* en la práctica de enfermería.



**MitCare-DEP* = *Micro Theory of Care for Delirium in Elderly People*; [†]*CAM-ICU* = *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units*

Figura 5 - Modelo de cuidado de *MitCare-DEP**

MitCare-DEP, a partir de la subestructuración de los constructos de estímulos focales y estímulos contextuales, indica que existe una interacción dinámica, no lineal y compleja entre estos estímulos, lo que hace necesario niveles más altos de organización en la atención de enfermería. La interacción entre los estímulos focales y los estímulos contextuales respalda que la atención de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI está formada por un conjunto de influencias multifactoriales que interactúan de manera dinámica, no lineal y compleja, capaz de estimular una respuesta adaptativa en la persona mayor en la UCI, previniendo el *delirium*.

El cuidado focal y el cuidado contextual deben implementarse en la UCI para que la atención de enfermería en la prevención del *delirium* sea el estímulo necesario para que las personas mayores eviten el desarrollo del *delirium*. El cuidado focal y el cuidado contextual son conjuntos de intervenciones compuestas por actividades de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI, que reúnen influencias multifacéticas necesarias para prevenir el *delirium*.

En este contexto, la atención de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI se comprende como un constructo multifactorial que, mediante la combinación de la atención focal y la atención contextual, permite una respuesta adaptativa a la prevención del *delirium* por parte de la persona mayor.

Para evaluar la efectividad del cuidado focal y contextual, es necesario medir la variable de respuesta adaptativa a la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI. Se sugiere utilizar el *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* (*CAM-ICU*)⁽²¹⁾ y estratificar algunos factores del historial demográfico y clínico de la persona mayor en la UCI. El *Confusion Assessment Method* (*CAM*) y su variante para la UCI se utilizan ampliamente en geriatría⁽²³⁾.

Se infiere que la enfermería debe implementar la *MitCare-DEP* en la práctica mediante instrumentos de gestión de atención, protocolos de atención y flujogramas, como guías para la implementación del proceso de enfermería. Tanto el cuidado focal como el cuidado contextual deben implementarse durante todo el período de hospitalización.

de la persona mayor en la UCI debido a los beneficios que pueden brindar en la prevención del *delirium*.

Por lo tanto, la práctica de enfermería, operacionalizada mediante el cuidado focal y el cuidado contextual, para las personas mayores en la UCI, es una filosofía de atención de enfermería que enfatiza la atención de enfermería “para” y “en” la prevención del *delirium*, aplicada a las personas mayores y al entorno de la UCI. La prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI requiere que la actuación de enfermería vaya más allá del enfoque mecanizado, ligado a rutinas asistenciales rígidas, integrando la atención al paciente crítico, el desarrollo profesional del equipo de enfermería y el avance del conocimiento en la disciplina.

Discusión

El núcleo de la propuesta de *MITCare-DEP* es desarrollar una microteoría, de tipo prescriptivo⁽²⁴⁾, para la atención de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI, basada en constructos del MAR. Por lo tanto, para la creación de una teoría, la selección de constructos debe reflejar el tema o área de mayor interés para el investigador, basada en lo que es más crítico y conveniente para el proceso de desarrollo teórico. En este sentido, es oportuno seleccionar constructos asociados al fenómeno de estudio⁽²⁵⁾.

El uso de la acepción de los constructos de estímulo focal y estímulo contextual fue útil para establecer congruencia entre los elementos abstractos del MAR y las condiciones empíricas que generan los estímulos, en relación causal. Un estímulo puede ser focal cuando una persona se gira rápidamente, cuando proviene de un ruido fuerte detrás de ella (estímulo externo) o cuando se siente molesta por un zumbido en el oído (estímulo interno). La persona se enfoca en el estímulo focal y gasta energía en lidiar con él, es decir, a partir del estímulo, la persona intenta identificar su origen para decidir cómo abordarlo⁽¹⁷⁾.

Análogamente al constructo de estímulo focal en el MAR, el concepto de cuidado focal en *MITCare-DEP* está estrechamente relacionado con las particularidades y la integralidad de la persona mayor. Las definiciones constitutivas de este concepto consisten en actividades dirigidas al cuidado que actúan como estímulos externos e inmediatamente desencadenan una respuesta efectiva para la prevención del *delirium*. Por lo tanto, la atención de enfermería debe centrarse en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación y la rehabilitación de la salud, con un enfoque en el paciente y sus necesidades biopsicosociales y espirituales. En lo que respecta a la atención de enfermería gerontológica, esta debe estar basada en la integralidad y la autonomía de las personas mayores.

En relación con el constructo de estímulo contextual, para ejemplificarlo se puede destacar la experiencia común con el clima. Se sabe que no es la temperatura climática por sí sola la que nos hace reaccionar al calor o al frío. Cuando se asocia una alta humedad a las altas temperaturas, el calor es menos tolerable, y cuando un viento fresco se une a las temperaturas frías, se es más afectado por el frío. Así, se entiende que mientras se presta más atención al estímulo focal, los estímulos contextuales son aquellos que también pueden identificarse como influenciadores de la situación.

En el mismo sentido, en *MITCare-DEP*, el concepto de atención contextual, subsumido del constructo de estímulo contextual, consta de un conjunto de intervenciones relacionadas con las especificidades del entorno de cuidados intensivos, que actúan como estímulos contextuales en el ambiente. De esta manera, se entiende que, para que las intervenciones actúen como estímulos en la persona de edad avanzada, la atención de enfermería debe centrarse tanto en la persona de edad avanzada como en el entorno (UCI) en el que se encuentra. El receptor de atención puede ser una persona, una familia, una comunidad o una sociedad, y cada uno de ellos es considerado por la enfermera como un sistema adaptativo holístico.

Esta afirmación se deriva de la presencia de factores de riesgo modificables en las UCI que contribuyen a la aparición del *delirium*, como el ambiente ruidoso, la iluminación artificial, los cambios en los hábitos, la privación del sueño, el aislamiento social, la rotación de profesionales, la contención física, el dolor, la sedoanalgesia y los dispositivos invasivos, como tubos, sondas y ventilación mecánica.

Sin embargo, el entorno desconocido, la separación de familiares y amigos se convierten en factores facilitadores para la aparición de complicaciones en personas mayores ingresadas en la UCI. Estos factores desencadenan impactos físicos y psicológicos que, en muchas ocasiones, van más allá de lo que la persona mayor ha experimentado, haciéndola más propensa a desarrollar *delirium*⁽²⁸⁾. Por lo tanto, la hospitalización de personas mayores en la UCI requiere la implementación de estrategias de prevención del *delirium* por parte del equipo de enfermería, con el fin de fomentar el afrontamiento y la adaptación en el entorno intensivo⁽²⁹⁾.

En este contexto, el cuidado focal y el cuidado contextual, basados en el fundamento teórico-científico de *MITCare-DEP*, tienen el potencial de mejorar las condiciones para que las personas mayores alcancen una respuesta adaptativa a la prevención. Por lo tanto, la importancia de la prevención del *delirium* en las personas mayores se refuerza debido a que esta condición prolonga el tiempo de ventilación mecánica, reduce la funcionalidad y la calidad de vida después del alta de la persona mayor que estuvo ingresada en una UCI⁽²⁷⁾. El *delirium* es una afección grave que ha sido incorporada a la agenda de seguridad del

paciente⁽³⁰⁾ y se ha señalado como un indicador de calidad en la atención de salud de las personas mayores⁽²⁾.

Dada la notoriedad de las complicaciones que afectan a las personas mayores en caso de *delirium*, es importante que los profesionales de la salud desarrollen estrategias para prevenir el síndrome mediante protocolos institucionales que guíen hacia una atención segura y de calidad⁽³¹⁾. En este contexto, es urgente la necesidad de implementar en la práctica de enfermería intensiva los instrumentos de atención de *MITCare-DEP*, como el protocolo clínico y el flujo de trabajo.

Además, dada la magnitud del problema que el *delirium* representa para las personas mayores en la UCI, se destaca como un desafío para el equipo de enfermería la implementación de intervenciones de cuidado que se centren en los múltiples factores de la síndrome y en la multidimensionalidad de la persona mayor para su prevención⁽³²⁾. Para lograr esto, es necesario que los profesionales comprendan las relaciones que se establecen entre la persona mayor, la UCI y el *delirium*, tal como se describen en *MITCare-DEP*.

En este sentido, la microteoría postula que existe una interacción dinámica y no lineal entre los estímulos focalizados y los estímulos contextuales, que dan lugar a niveles más elevados de organización compleja en la atención de enfermería para la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI. Por lo tanto, el cuidado de enfermería centrado en la prevención del *delirium* ha demostrado ser la mejor alternativa para reducir la incidencia del *delirium* en la UCI⁽³⁾. Las intervenciones no farmacológicas se presentan como el pilar fundamental para el manejo del *delirium*⁽³³⁾.

Consideramos que la congruencia establecida entre los constructos de estímulos focal y contextual con las etiologías o factores de riesgo para el *delirium* podría haber generado un modelo de fenotipación, lo que se señaló como uno de los elementos relevantes en la agenda de investigación sobre este tema⁽⁷⁾. Al utilizar el cuidado de enfermería como enfoque, *MITCare-DEP* incorporó etiologías de interés profesional para los enfermeros con el fin de crear relaciones de asociación que generan diferentes fenotipos modificables mediante intervenciones de enfermería, como el *delirium* asociado al ruido (estímulo focal) o el *delirium* asociado al calor excesivo (contextual).

A pesar de que la idea de etiologías aisladas en estímulos focales y contextuales tenga relevancia teórico-operativa, el fenómeno teorizado tiene una naturaleza multifactorial, con efectos potenciados por la asociación de las unidades constitutivas de los conceptos de cuidado focal y cuidado contextual. Por lo tanto, la reducción fenotípica a un único factor etiológico debe ser una condición rara, y se espera que los modelos fenotípicos sean una respuesta humana relacionada con múltiples factores.

La verificación de indicadores empíricos y valores del sistema operativo de la microteoría se puede obtener mediante el uso de instrumentos como el CAM-ICU⁽²¹⁾ y el historial demográfico/clínico de las personas mayores (alcoholismo, tabaquismo, deterioro cognitivo previo y demencia). Estos indicadores empíricos pueden predecir la efectividad de los cuidados mediante medidas confiables y válidas que generan puntajes (valores) que, en última instancia, representan la operacionalización de la variable de respuesta adaptativa a la prevención⁽¹⁶⁾.

Al explorar los componentes de la estructura conceptual de la microteoría, se propone que el CAM-ICU⁽²¹⁾ y algunos factores demográficos/clínicos representen un sistema operacional para evaluar la respuesta adaptativa a la prevención en personas mayores en la UCI. Esto se debe al alto poder de confirmación del *delirium* en pacientes críticos por parte de la escala y a la necesidad de estratificar los factores de riesgo preexistentes no modificables en personas mayores para la medición de la variable⁽²¹⁾.

Las hipótesis de la teoría generadas en el sistema operativo a partir de las relaciones entre indicadores empíricos, cuando sean probadas, verificarán las relaciones entre los conceptos de la microteoría, estimando la validez y confiabilidad de los indicadores empíricos en personas mayores en la UCI. Los puntajes o valores obtenidos en las medidas de las variables de las pruebas de hipótesis se definen como unidades de medición, incluyendo intervalos nominales, ordinales y niveles de medición de razón⁽¹⁶⁾.

El estudio tiene limitaciones que se circunscriben a su naturaleza teórica, ya que la microteoría aún no ha sido probada en personas mayores en la UCI. Los procedimientos de construcción de los elementos del sistema teórico dependen del estado del conocimiento y de la perspectiva del autor principal que desarrolló la teoría en su tesis doctoral. Sin embargo, el análisis y la evaluación de otros investigadores del material original de la teoría pueden haber minimizado esta subjetividad. Además, las hipótesis aún no han sido sometidas a pruebas de refutación o confirmación, lo que no representa un problema en sí, sino una condición temporal en el desarrollo de la microteoría, para la cual se recomienda llevar a cabo otros estudios para validar la teoría.

La *MITCare-DEP* es innovadora y única, ya que proporciona un marco instrumental para su uso en la práctica clínica de enfermería, otorgando identidad a la profesión. Además, contribuye a la originalidad y singularidad de una microteoría de enfermería brasileña, lista para ser utilizada en la práctica clínica en la atención de la prevención del *delirium* en personas mayores en las UCIs. Esta microteoría sugiere la implementación práctica de un conjunto de intervenciones de cuidado focal, estrechamente relacionadas con las particularidades y

la integralidad de la persona mayor, así como un conjunto de intervenciones de cuidado contextual, relacionadas con las especificidades de la terapia intensiva.

Avanza el conocimiento científico, ya que la teoría desarrollada guía la atención de enfermería de manera que las intervenciones actúen como estímulos en las personas mayores para lograr una respuesta adaptativa a la prevención del delirium en la UCI. Se entiende que esta nueva perspectiva es necesaria para brindar una visión renovada de las personas mayores hospitalizadas en la UCI en lo que respecta a la promoción de la atención de enfermería.

Conclusión

La *MitCare-DEP* prescribe cuidados “para” y “en” la prevención del *delirium*, que sustentan la atención de enfermería en personas mayores en la UCI. Se considera que existe una interacción dinámica, no lineal y compleja entre los estímulos contextuales y focales, lo que hace necesario niveles elevados de organización en la atención de enfermería. La interacción entre los estímulos focales y contextuales sostiene que el cuidado de enfermería en la prevención del *delirium* en personas mayores en la UCI está formado por un conjunto de influencias multifactoriales capaces de estimular la respuesta adaptativa a la prevención del *delirium* en la persona mayor en la UCI.

De manera análoga a las inferencias teóricas de los constructos del MAR, la presente microteoría sugiere la implementación práctica de un conjunto de intervenciones de cuidado focal, estrechamente relacionadas con las particularidades y la integralidad de la persona mayor, así como un conjunto de intervenciones de cuidado contextual, relacionadas con las especificidades de la terapia intensiva. La microteoría desarrollada guía la atención de enfermería para que estas intervenciones actúen como estímulos en la persona mayor con el fin de lograr una respuesta adaptativa a la prevención.

Referencias

1. Koirala B, Hansen BR, Hosie A, Budhathoki C, Seal S, Beaman A, et al. Delirium point prevalence studies in inpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2020;29(13-14):2083-92. <https://doi.org/10.1111/jocn.15219>
2. Silva MAP, Camacho ACLF, Leite BS, Silva T, Menezes HF, Santos KLD, et al. Identification of delirium in elderly people admitted to intensive care units: an integrative review. *Res Soc Dev*. 2020;9:e51953090-e51953090. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3090>
3. Pinheiro FG, Santos ES, Barreto ID, Weiss C, Oliveira JC, Vaez AC, et al. Prevalence and risk factors associated

with delirium at a critical care unit. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE00646. <https://doi.org/10.37689/actaape/2022AO0064666>

4. Hsieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2020;36:e183-99. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.001>
5. Geen O, Rochweg B, Wang XM. Optimizing care for critically ill older adults. *Can Med Assoc J*. 2021;193(39):E1525-33. <https://doi.org/10.1503/cmaj.210652>
6. Cechinel C, Lenardt MH, Rodrigues JAM, Binotto MA, Aristides MM, Kraus R. Frailty and delirium in hospitalized elderly: systematic review with meta-analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3688. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6120.3688>
7. Pandharipande PP, Ely EW, Arora RC, Balas MC, Boustani MA, La Calle GH, et al. The intensive care delirium research agenda: a multinational, interprofessional perspective. *Intens Care Med*. 2017;43(9):1329-39. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4860-7>
8. Li X, Zhang L, Gong F, Ai Y. Incidence and Risk Factors for Delirium in older patients following intensive care unit admission: a prospective observational study. *J Nurs Res*. 2020;28(4):e101. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000384>
9. Taffner VBM, Pimentel RRDS, Almeida DBD, Freitas GFD, Santos MJD. Nursing theories and models as theoretical references for Brazilian theses and dissertations: a bibliometric study. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e20210201. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201>
10. Brandão MAG, Santana RF. Toward a theorizing strategy with components of terminologies, classifications, and nursing theories. *Int J Nurs Knowl*. 2022;1-9. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12396>
11. Brandão MAG, Barros ALBLD, Cançali C, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):604-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
12. Higgins PA, Shirley SM. Levels of theoretical thinking in nursing. *Nurs Outlook*. 2000;48(4):179-83. <https://doi.org/10.1067/mno.2000.105248>
13. Peterson SJ. Introduction to the nature of nursing knowledge. In: Peterson SJ, Bredow TS. *Middle range theories: application to nursing research*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017. p. 3-41.
14. McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. 6. ed. Baltimore, MD: Wolters Kluwer Health; 2021.
15. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2021.
16. Hinshaw AS. Problems in doing research. *Theoretical substruction: an assessment process*. *Western J Nurs Res*. 1979;1(4):319-24.

17. Roy C. The theory adaptation model. 3. ed. London: Pearson; 2009.
18. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
19. Silva RN, Brandão MAG, Ferreira MA. Integrative review as a method to generate or to test nursing theory. *Nurs Sci Q*. 2020;33(3):258-63. <https://doi.org/10.1177/0894318420920602>
20. Im EO. Different types of theories by level of abstraction in nursing: a discussion paper. *Res Theory Nurs Pract*. 2021;35(1):50-66. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-20-00038>
21. Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MASDD, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*. 2011;66:1917-22. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011001100011>
22. Chinn PL, Kramer MK, Sitzman K. Knowledge Development in Nursing: Theory and Process. 9. ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2022.
23. Tawab SA, Hanna K, Asmar S, Tang A, Zeeshan M, Gries L, et al. Prospective evaluation of delirium in geriatric patients undergoing emergency general surgery. *J Am Coll Surg*. 2020;230(5):758-65. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.01.029>
24. Wijaya YA, Yudhawati NLP, Ilmy SK. Development of nursing concept and theory model: differences and identification of nursing theory group between theory, grand theories, middle range theory and nursing practice theory. *OSF Preprints*. 2022. <https://doi.org/10.31219/osf.io/5cd2p>
25. Im EO, Meleis AI. Situation-Specific theories: philosophical roots, properties, and approach. In: Im EO, Meleis AI, editors. *Situation specific theories: development, utilization, and evaluation in nursing*. Cham: Springer; 2021. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63223-6_2
26. Haugan G, Eriksson M. Promotion in health care – vital theories and research. Cham: Springer; 2021. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>
27. Lima AMN, Martins MMFDS, Ferreira MSM, Coelho ARN, Schoeller SD, Parola VSO. Nursing practice in promoting the autonomy of the elderly. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210029. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0029>
28. Carvalho LAC, Correia MDL, Ferreira RC, Botelho ML, Ribeiro E, Duran ECM. Accuracy of risk factors for delirium in an adult intensive care unit patient. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210222. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0222>
29. Pascoal MM, Lima AC, Rabito LBF, Tashiro SRB. Delirium: interventions presented to the patient in the ICU. *Ibero-Am J Hum Sci Educ [Internet]*. 2022 [cited 2023 Feb 13];8(1):510-7. Available from: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/3829>
30. Fabbo A, Manni B. Management of elderly patients with delirium syndrome. In: Esquinas A, Vargas N, editors. *Ventilatory support and oxygen therapy in elder, palliative and end-of-life care patients*. Cham: Springer; 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26664-6_26
31. Hwang JH, Kim MY. Effects of a multicomponent intervention program for preventing delirium in geriatric patients in the intensive care unit. *Korean J Adult Nurs*. 2021;33(6):565-75. <https://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.6.565>
32. Contreras CCT, Esteban ANP, Parra MD, Romero MKR, Silva CG, Buitrago NPD. Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. *Rev Gaúcha Enf*. 2021;42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200278>
33. Mart MF, Roberson SW, Salas B, Pandharipande PP, Ely W. Prevention and management of delirium in the intensive care unit. *Semin Respir Crit Care Med*. 2021;42(01):112-26. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti.

Obtención de datos: Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão. **Análisis e interpretación de los datos:** Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão.

Redacción del manuscrito: Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Sandra da Silva Kinalski, Margrid Beuter, Eliane Raquel Rieth Benetti, Marinês Tambara Leite, Larissa Venturini, Marcos Antônio Gomes Brandão.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 13.02.2023
Aceptado: 04.09.2023

Editora Asociada:
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Sandra da Silva Kinalski

E-mail: sandrakinalski@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-4841-2288>