

**Experiencia de vida de una persona que presentó
delirio postcraneotomía: Narrativa de un caso
Lived experience of a patient who presented
postcraniotomy delirium: A case study
Experiência de vida de uma pessoa que apresenta
delírio pós-craniotomia: Um relato de caso**

Mora-Hernández, Frida Naomi  0009-0001-9830-1738

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia.
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos.
fmorah2500@alumno.ipn.mx

Pagola-López, Laura Yolanda  0000-0003-1744-0240

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia.
Doctora en Educación. *Autor corresponsal.
lpagola@ipn.mx

Andrade-Mérida, María Adriana  0000-0001-5735-5564

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia.
Especialista en Otorrinolaringología.
mandradem@ipn.mx

Recibido: 21 de marzo de 2026. **Aceptado:** 06 de mayo de 2026.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

RESUMEN

Introducción. El delirium postoperatorio constituye una complicación frecuente en pacientes sometidos a procedimientos neuroquirúrgicos y puede alterar la conectividad funcional y cognitiva. Se investiga la experiencia subjetiva del paciente neuroquirúrgico y se articula con los principios de la neurociencia para entender su efecto que, aunque clínicamente se considera reversible, se extiende más allá del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos.



Objetivo. Comprender la experiencia de vida de una persona que presentó delirium postcraneotomía.

Metodología. Estudio de caso con técnicas cualitativas y aproximación fenomenológica. La información se obtuvo mediante entrevista semiestructurada y observación no participante. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante un proceso temático inductivo para el análisis de los resultados, que permitió agrupar temas centrales en ejes temáticos derivados de los significados manifestados por el participante.

Presentación del caso. Masculino de 54 años que presentó delirium hiperactivo/mixto durante el posoperatorio mediato de una craneotomía.

Resultados. Emergieron tres categorías centrales: experiencia hospitalaria traumática, cambios cognitivos y emocionales continuos y secuelas neurológicas con proceso de adaptación física. El participante describió confusión, desorientación, recuerdos fragmentados y sentimientos de inseguridad que persistieron incluso después del alta hospitalaria.

Conclusiones. El delirium postcraneotomía trasciende la alteración neurológica temporal, generando impacto emocional y social significativo. El acompañamiento de enfermería y la vigilancia neurológica continua es fundamental para favorecer la recuperación integral del paciente.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos, Enfermería de Cuidados Críticos, Delirio, Craneotomía, Neuroprotección, Rehabilitación Neurológica (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Postoperative delirium is a frequent complication in patients undergoing neurosurgical procedures and can impair functional and cognitive connectivity. This study investigates the subjective experience of neurosurgical patients and integrates it with neuroscience principles to understand its effects, which, although clinically considered reversible, extend beyond discharge from the Intensive Care Unit.

Objective. To understand the life experience of a person who presented with post-craniotomy delirium.

Methodology. A case study using qualitative techniques and a phenomenological approach. Data were obtained through semi-structured interviews and non-participant observation. Data analysis was conducted using an inductive thematic process, which allowed for the grouping of central themes into thematic axes derived from the meanings expressed by the participant.

Case presentation. A 54-year-old male presented with hyperactive/mixed delirium during the immediate postoperative period following a craniotomy.

Results. Three central categories emerged: traumatic hospital experience, ongoing cognitive and emotional changes, and neurological sequelae with a process of physical adaptation. The participant described confusion, disorientation, fragmented memories, and feelings of insecurity that persisted even after hospital discharge.



Conclusions. Postcraniotomy delirium transcends temporary neurological impairment, generating a significant emotional and social impact. Nursing support and continuous neurological monitoring are essential to promote the patient's comprehensive recovery.

Keywords: Intensive Care Unit, Critical Care Nursing, Delirium, Craniotomy, Neuroprotection, Neurological Rehabilitation (MeSH).

RESUMO

Introdução. O delirium pós-operatório é uma complicação frequente em pacientes submetidos a procedimentos neurocirúrgicos e pode prejudicar a conectividade funcional e cognitiva. Este estudo investiga a experiência subjetiva de pacientes neurocirúrgicos e a integra com princípios da neurociência para compreender seus efeitos que, embora clinicamente considerados reversíveis, se estendem além da alta da Unidade de Terapia Intensiva.

Objetivo. Compreender a experiência de vida de uma pessoa que apresentou delirium pós-craniotomia.

Metodologia. Estudo de caso utilizando técnicas qualitativas e abordagem fenomenológica. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e observação não participante. A análise dos dados foi realizada utilizando um processo temático indutivo, que permitiu o agrupamento de temas centrais em eixos temáticos derivados dos significados expressos pelo participante.

Apresentação do caso. Um homem de 54 anos apresentou delirium hiperativo/misto no período pós-operatório imediato após uma craniotomia.

Resultados. Três categorias centrais emergiram: experiência hospitalar traumática, alterações cognitivas e emocionais contínuas e sequelas neurológicas com processo de adaptação física. O participante descreveu confusão, desorientação, memórias fragmentadas e sentimentos de insegurança que persistiram mesmo após a alta hospitalar.

Conclusões. O delirium pós-craniotomia transcende a alteração neurológica temporária, gerando um impacto emocional e social significativo. O suporte de enfermagem e o monitoramento neurológico contínuo são essenciais para promover a recuperação integral do paciente.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem em Cuidados Intensivos, Delirium, Craniotomia, Neuroproteção, Reabilitação Neurológica (DeCS).

Introducción

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) se define como una alteración de la función cerebral ocasionada por una fuerza externa que impacta el cráneo y genera daño estructural o funcional del encéfalo (Khan & Khan, 2022; Wilson *et al.*, 2023). Las principales causas incluyen accidentes de tránsito, violencia, caídas o lesiones deportivas. De acuerdo a la gravedad del daño cerebral, el TCE puede manifestarse



con alteraciones neurológicas leves, moderadas o graves. En algunos casos, requiere de intervención quirúrgica para su corrección con el fin de preservar la vida y prevenir secuelas neurológicas mayores. Entre los tratamientos quirúrgicos más utilizados se encuentra la craneotomía descompresiva, procedimiento neuroquirúrgico que consiste en la apertura del cráneo según la región anatómica afectada para evacuar hematomas, reparar lesiones vasculares o disminuir la presión intracraneal, con el fin de restaurar el flujo sanguíneo y el estado de perfusión cerebral (He *et al.*, 2023; Wang, 2025). Asimismo, es muy común que los pacientes se observen con agitación o agresividad postraumática.

Este procedimiento puede ser fundamental para preservar la vida y mejorar el pronóstico neurológico. Sin embargo, al tratarse de un procedimiento invasivo, puede presentar complicaciones; por ejemplo, infecciones, hemorragias, edema y alteraciones neurocognitivas y funcionales. Dentro de estas últimas se encuentra el delirium posoperatorio, que representa una de las complicaciones más frecuentes en personas hospitalizadas, especialmente en aquellos que fueron sometidos a un procedimiento neuroquirúrgico (Moreno-Pérez, 2023; Sahawneh & Boss, 2021). Esta complicación se caracteriza por un inicio de aparición aguda con alteraciones en la atención, el estado de consciencia, la cognición; además, podría estar acompañado de cambios en la percepción y el pensamiento (Ali & Cascella, 2024).

En este contexto, el delirio agudo posquirúrgico representa una complicación frecuente en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos mayores, particularmente en aquellos que requieren intervenciones neuroquirúrgicas. Estudios internacionales han reportado prevalencias cercanas al 32 %. La incidencia del delirium que está presente en los pacientes neurocríticos puede alcanzar hasta el 60 %, con una prevalencia mayor en las personas mayores y personas con otras comorbilidades, además del uso prolongado de anestesia y sedaciones profundas (Sahawneh & Boss, 2021; Corona *et al.*, 2022; Ali & Cascella, 2024;). En países latinoamericanos como México, la prevalencia de delirium en pacientes hospitalizados se estima entre un 12 % y un 15 %, se estima que puede aumentar hasta un 22 % a 37 % en poblaciones específicas (Mart *et al.*, 2021; He *et al.*, 2023).

Aunque esta prevalencia puede parecer no muy alta, su impacto clínico es considerable debido a complicaciones asociadas a la condición clínica, tipo de procedimiento y edad mayor a 60 años. En cirugías neurológicas como la craneotomía, oscila entre en 4.2 % y 23 %, lo que refleja la vulnerabilidad neurológica debido a factores como la manipulación directa del tejido cerebral, el edema, el uso de sedantes y alteraciones metabólicas propias del. El trastorno se asocia a múltiples consecuencias y situaciones clínicas, entre ellas, incrementa la estancia hospitalaria y el deterioro cognitivo, que, en su conjunto, aumentan la tasa de morbilidad posoperatorio (Dong *et al.*, 2025). En pacientes que han sido sometidos a neurocirugías, el delirio representa un gran desafío, dado que afecta directamente la neuroplasticidad y dificulta el proceso de recuperación funcional y neurológica (Wang, 2025).



En la actualidad, la recuperación no depende únicamente del éxito del procedimiento quirúrgico, sino también del manejo integral del periodo perioperatorio. Protocolos como *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) proponen estrategias dirigidas para optimizar el cuidado con el objetivo de reducir complicaciones y favorecer una recuperación más rápida (Huidobro-Salazar *et al.*, 2021).

Debido a la vulnerabilidad clínica que presentan los pacientes en una craneotomía, muchas veces requieren del ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante el posoperatorio mediato, con el fin de obtener atención y cuidados especializados en lo que respecta a la estrecha vigilancia neurológica y hemodinámica. En este entorno se monitorizan de manera continua, la evaluación pupilar y la evaluación del estado de conciencia debido a que es fundamental en estos pacientes. Así mismo, se evalúan parámetros de cuidados intensivos como la presión intracraneal, perfusión cerebral, estado neurológico, por medio de escalas como Glasgow, CAM-ICU, FOUR (Full Outline of UnResponsiveness) y constantes vitales, lo que permite detectar oportunamente posibles complicaciones, como el edema cerebral, infecciones, hemorragias o alteraciones metabólicas que comprometen la vida. En este contexto, el delirium en pacientes críticos se ha asociado con resultados adversos prolongados, incluidos déficits cognitivos que pueden persistir meses después del alta hospitalaria (Wilson *et al.*, 2023; Nassar *et al.*, 2023; Acosta *et al.*, 2025).

No obstante, la estancia en la UCI también puede constituir un factor que incrementa el riesgo de desarrollar episodios confusionales postquirúrgicos. Elementos propios como el entorno, el uso de sedantes, la ventilación mecánica, los estímulos luminosos y sonoros, la alteración del ciclo de sueño-vigilia, la inmovilización prolongada y el mismo estado crítico, pueden favorecer la aparición de alteraciones cognitivas. Estas condiciones de estrés fisiológico incrementan la probabilidad de presentar delirio, confusión y otros síntomas. Una vez que el episodio de delirio ya se ha resuelto y el estado cognitivo del paciente se estabiliza, algunas personas son capaces de recordar y relatar sus experiencias vividas durante y después de este evento (Mart *et al.*, 2021; Kuusisto-Gussmann *et al.*, 2021).

Diversos estudios han documentado que los pacientes que han vivido episodios de delirio describen recuerdos fragmentados, percepciones distorsionadas, sensaciones de miedo, confusión y desorientación, incluso experiencias similares a sueños o alucinaciones. En muchos casos estas vivencias pueden generar angustia emocional y dificultad para comprender lo ocurrido antes y durante su estancia hospitalaria. Asimismo, la recuperación posterior al delirium puede ir acompañada de reflexiones sobre la enfermedad, los procesos quirúrgicos y la hospitalización, lo que influye en la manera en que las personas interpretan significados en su experiencia de salud (Sahawneh & Boss, 2021; Kuusisto-Gussmann *et al.*, 2021).

El cuidado de las personas con delirium posquirúrgico resulta fundamental y debe abordarse de manera integral que incluya identificación temprana, manejo durante la hospitalización y el seguimiento



posterior al alta. La detección oportuna del delirio permite implementar intervenciones y vigilancia continua, dirigidas a disminuir su duración y severidad. Durante la hospitalización, el profesional de salud desempeña un papel fundamental en la identificación de los síntomas, la comunicación con el paciente y la familia, dado que favorece la recuperación neurológica. Asimismo, el seguimiento posterior cobra relevancia, ya que hay personas que experimentan recuerdos confusos o ansiedad respecto a lo que han vivido durante el episodio de delirio; por ello, comprender la experiencia subjetiva de vida de la persona y fortalecer las estrategias de cuidado continuo especializado, contribuye a mejorar el cuidado continuo y mejorar la calidad de vida (Mart *et al.*, 2021; Nassar *et al.*, 2023).

A pesar de los avances científicos que ha habido respecto al delirio postquirúrgico, la mayoría de las investigaciones se han centrado principalmente en su fisiopatología, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, priorizando enfoques cuantitativos orientados a tener resultados clínicos. Esto ha permitido conocer su evaluación, frecuencia y manejo clínico. No obstante, es poco explorada la experiencia subjetiva de las personas que atraviesan este fenómeno, particularmente en pacientes que han sido sometidos a cirugías neurológicas. En este sentido, podría existir un vacío de conocimiento respecto a cómo las personas recuerdan significados y experiencias durante y después del episodio de delirio, sumado a la falta de lineamientos estandarizados apegados a una norma, así como a la planificación detallada y específica en rehabilitación neurológica (Ali & Cascella, 2024; Kuusisto-Gussmann *et al.*, 2021; Sahawneh & Boss, 2021).

Comprender estas vivencias desde la perspectiva del profesional de enfermería en cuidados críticos resulta relevante, ya que no solamente implican alteraciones cognitivas transitorias, sino que también pueden generar impacto directo en la esfera emocional. Explorar estas experiencias desde un estudio de caso es una estrategia metodológica pertinente para profundizar en la comprensión del entorno real. En este contexto, el objetivo del presente estudio fue comprender la experiencia de vida de una persona que presentó delirio postcraneotomía.

Metodología

Se realizó un estudio de caso con técnicas cualitativas y aproximación fenomenológica. La principal herramienta de indagación fueron los investigadores, quienes obtuvieron los datos a través de una entrevista semiestructurada, orientada a explorar las vivencias, emociones y significados atribuidos a la estancia en UCI. Asimismo, a los episodios de delirium y al proceso de recuperación posterior.

El procedimiento para la recolección de los datos se realizó mediante un acercamiento individual para exponer el propósito del estudio, la modalidad de participación y las condiciones de confidencialidad. Tras la aceptación voluntaria, se formalizó el consentimiento informado por escrito. La guía de la



entrevista incluyó preguntas abiertas y ejes temáticos flexibles que permitieron adaptar el diálogo a la narrativa emergente.

Como técnica complementaria, se utilizó la observación no participante, respaldada por una guía de observación, donde se registraron expresiones no verbales, silencios, cambios emocionales y elementos contextuales relevantes, los cuales fueron consignados en notas de campo, con el propósito de obtener información con naturalidad y aproximarse al rapport. La entrevista fue registrada en audio previa autorización del participante y transcrita de manera textual para preservar la fidelidad del discurso y permitir su posterior análisis riguroso.

El análisis se efectuó mediante un proceso temático de carácter inductivo, congruente con la perspectiva fenomenológica. En una primera fase se realizó codificación abierta, se identificaron unidades de significado emergentes directamente del discurso. Posteriormente, las unidades fueron agrupadas mediante codificación axial y selectiva, se establecieron relaciones entre categorías y sub-categorías de los temas centrales que integraron la experiencia del participante.

Finalmente, el análisis se realizó de manera reflexiva y sistemática, se documentaron las decisiones para garantizar el rigor metodológico y asegurar la trazabilidad mediante criterios de credibilidad, consistencia y conformabilidad, sustentados en la fiabilidad de los datos, la transparencia del proceso analítico y la explicitación de las decisiones metodológicas.

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se garantizó el respeto a la dignidad, autonomía y derechos de los participantes durante todo el proceso de investigación. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito y se aseguró que el participante recibiera información clara sobre el objetivo, los procedimientos, los beneficios y los posibles riesgos del estudio, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones.

La investigación se clasificó sin riesgo al emplear técnicas no invasivas. Asimismo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información mediante la eliminación de datos identificables en las transcripciones y los resultados. El estudio contó con aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Politécnico Nacional, con número de registro 225-040, que asegura el cumplimiento de los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía en la conducción del estudio.

Resultados

El participante (desde ahora llamado Sr. J. M. H. R.), hombre de 54 años, residente de la Ciudad de México, católico y soltero. Escolaridad básica y ejerce el comercio informal. Al momento del estudio se encuentra desempleado. Vive con el apoyo de la familia extensa, que constituye su principal red



de apoyo. El motivo de ingreso inicial fue un deterioro neurológico progresivo secundario a TCE cerrado, complicado con hematoma subdural crónico, que requirió dos intervenciones neuroquirúrgicas: una de carácter urgente y una posterior programada. Previo al evento neurológico, no presenta antecedentes médicos crónicos documentados. Respecto a los antecedentes heredofamiliares del participante, mencionó que su madre tuvo Alzheimer y su padre tiene hipertensión arterial sistémica (HAS) en tratamiento, con un evento cerebrovascular previo.

El Sr. J. M. H. R. refirió que, recibió un golpe directo en el rostro durante un asalto. Después de dos semanas, inició con mareo, cefalea incapacitante y disminución del nivel de alerta, presentó un período de desorientación y pérdida de memoria de corto plazo, con rápida progresión a incapacidad para la marcha, incontinencia urinaria e hipoactividad. En el hospital, el hematoma subdural crónico fue tratado con una craneotomía descompresiva de emergencia; durante el posoperatorio mediato, el paciente desarrolló delirium de tipo hiperactivo y mixto (Stollings *et al.*, 2021). Este se manifestó por alteraciones severas de la percepción, con alucinaciones visuales intensas y complejas.

El análisis de la entrevista permitió identificar unidades de significado, las cuales se agruparon en tres categorías centrales que estructuran la experiencia vivida por una persona que presentó delirio posterior a una intervención neuroquirúrgica resultante de un TCE cerrado por contricción y moderado con ecg fluctuando entre 9 y 10 puntos (Ver **Figura 1**). Estas categorías no fueron impuestas a priori, sino que emergieron del discurso, conservando fidelidad a la narrativa del participante y coherencia con el enfoque fenomenológico adoptado.

Figura 1. Categorías emergentes de la experiencia vivida en el delirio postneuroquirúrgico.



Fuente: Elaboración propia, 2026.



Categoría 1. Experiencia hospitalaria traumática

El Sr. J.M.H.R. refirió ver figuras animales como peces, tortugas y vacas, las cuales se transformaban de “imágenes bonitas” a “figuras quemadas o de apariencia macabra”. Asimismo, describió figuras antropomorfas, a las que denominaba “marcianitos”, que descendían del techo y se desplazaban por la habitación, así como manchas en las paredes que percibía como si se movieran o “bailaran”.

De forma concomitante, el paciente presentó ansiedad extrema, insomnio severo y deterioro cognitivo agudo. Permaneció entre 48 y 72 horas sin lograr conciliar el sueño, con estados persistentes de hiperalerta, pensamientos intrusivos y miedo intenso a morir. Manifestó sensación de desconexión con la realidad y temor a perder la memoria de manera definitiva:

No me acuerdo de nada... mi mente la sentía totalmente cambiada, en blanco.

Se documentó desorientación temporo-espacial, refirió no reconocer el lugar donde se encontraba ni el momento temporal, así como desconocimiento de eventos previos recientes, como el cambio de domicilio ocurrido el mismo día en que se presentó el deterioro neurológico. Durante este periodo, el Sr. J.M.H.R. percibió el entorno hospitalario como hostil y amenazante; asimismo, refirió una percepción marcada de abandono, al relatar haber permanecido aproximadamente tres días, sin recibir alimentos ni cambios de ropa de cama, además de la exposición constante a estímulos estresantes, como la presencia de otros pacientes en agitación psicomotora o sometidos a contención mecánica. El ambiente fue percibido como inseguro, deshumanizado y generador de ansiedad, lo que favoreció la aparición de miedo intenso, tristeza, desesperanza y angustia severa, compatibles con un impacto emocional inmediato posterior al evento neuroquirúrgico y al episodio de delirium.

Categoría 2. Alteraciones cognitivas y emocionales persistentes

En el segundo ingreso hospitalario, una vez identificada la persistencia de membranas subdurales en los estudios de control, se programó una segunda craneotomía bajo mejores condiciones materiales y organizativas. El paciente refiere haber percibido un trato más empático, así como una comunicación terapéutica adecuada, lo cual contribuyó de manera significativa a la disminución de su ansiedad perioperatoria. En esta segunda intervención no presentó delirium:

Una enfermera me dijo: “te quiero de vuelta aquí”.



Actualmente, a un año y medio del alta hospitalaria, el Sr. J.M.H.R. se encontró consciente y orientado en persona y lugar, con orientación temporal fluctuante. Se observó ligeramente ansioso; el lenguaje es coherente, aunque con facilidad para distraerse. La memoria reciente se encontraba alterada, logró recordar únicamente dos de cinco palabras en pruebas de retención a corto plazo, y presentó dificultad para evocar hechos previos al primer ingreso hospitalario. Desde el punto de vista neurológico, presentó fuerza muscular de 4/5 en extremidades, marcha independiente con fatigabilidad, reflejos osteotendinosos presentes y simétricos, y pupilas isocóricas y reactivas. Los signos vitales se mantuvieron dentro de parámetros normales. En cuanto a las secuelas, el paciente refirió problemas cognitivos y dijo lo siguiente:

Siento así como que una cortina se va a cerrar en mi mente, como que me va a bloquear, y me da miedo que me vaya a dar Alzheimer... me da miedo no recordar a mis hijos.

Manifestó temor constante a desarrollar deterioro cognitivo progresivo tipo Alzheimer, por el antecedente materno que contribuye a su ansiedad y temor al deterioro cognitivo, dificultad para la memoria reciente con olvidos frecuentes de indicaciones o conversaciones breves, así como hipervigilancia nocturna asociada a recuerdos traumáticos del evento hospitalario.

A nivel emocional, persistió el insomnio crónico con sueño fragmentado de una a dos horas por noche, crisis de ansiedad nocturna relacionadas con el miedo a “quedar inconsciente nuevamente”, evocación repetitiva del evento crítico y preocupación constante por su capacidad de funcionamiento a largo plazo:

La experiencia fue amarga, fue triste, dolorosa... Los compañeros de sala gritaban, se quejaban mucho. Fue traumático porque no descansabas, no podía dormir. Y cuando llegaba el momento de descansar, era cuando yo deliraba... fue una angustia horrible.

Categoría 3. Secuelas neurológicas y adaptación física

Desde el punto de vista físico, el Sr. J.M.H.R. conserva movilidad independiente y fuerza relativamente preservada; sin embargo, presentó limitación funcional por fácil fatigabilidad y cefalea esporádica. Realiza de manera autónoma las actividades de la vida diaria, como lavar, cocinar, caminar y realizar ejercicio leve; evita de forma consciente actividades consideradas de riesgo, como deportes de impacto o contacto físico:

Ya no rindo igual, me canso, me duele la cabeza.



Discusión

La experiencia de delirium posterior a craneotomía descompresiva descrita en este estudio revela una experiencia o una vivencia que se enmarca por desorientación, miedo persistente al deterioro cognitivo y percepción de vulnerabilidad corporal. Estos hallazgos coinciden con lo que se reporta en la literatura sobre las secuelas subjetivas del delirium en pacientes críticos. Donde se documenta que la experiencia suele acompañarse de confusión, ansiedad intensa y recuerdos fragmentados del evento. Desde una perspectiva fenomenológica, esta experiencia puede interpretarse en la forma en que la persona, con su entorno y consigo mismo. De acuerdo con Heidegger (2003), la persona se comprende asimismo a partir de la condición del “ser-en-el-mundo”; sin embargo, los eventos críticos de salud pueden interrumpir esa continuidad existencial al generar una experiencia de extrañeza frente al propio cuerpo, al hospitalario y a la identidad personal.

La experiencia del paciente puede interpretarse como una ruptura, en la cual la hospitalización y el deterioro cognitivo generan una sensación de extrañeza frente al propio entorno y a la propia identidad personal (Gilbert, 2025). En este contexto, el hospital se convierte en un espacio impersonal que confronta al individuo con su fragilidad y finitud. Esta interpretación fenomenológica permite comprender el delirium no solo como un fenómeno neuropsiquiátrico, sino también como una experiencia existencial que altera la continuidad temporal y biográfica del sujeto.

Experiencia hospitalaria traumática: desorientación y ruptura de la conciencia

Uno de los hallazgos centrales del presente estudio fue la vivencia de desorientación y ruptura de conciencia, descrita por el paciente como una sensación de desconexión con la realidad. Este resultado es consistente con lo que reportan Kuusisto-Gussmann *et al.* (2021), quienes documentaron que los sobrevivientes de delirium describen sus experiencias como estados intermedios entre el sueño y la vigilia, caracterizados por confusión, alteraciones perceptivas y dificultad para distinguir lo real de lo imaginado. De manera similar, Valdivieso-Jiménez *et al.*, (2022) señalaron que los pacientes experimentan delirium durante la hospitalización en unidades de cuidados intensivos y reportan sensaciones de miedo intenso, amenaza y pérdida de control.

En este caso, las alucinaciones visuales complejas y la percepción del entorno hospitalario como un espacio hostil reflejan una ruptura temporal de la conciencia. Además, el ambiente hospitalario altamente tecnificado podría intensificar la desorientación del paciente en situación crítica; factores como el ruido, la privación del sueño, el dolor y la presencia de otros pacientes en estado de agitación y las limitaciones en la comunicación contribuyen a incrementar la sensación de vulnerabilidad durante la hospitalización (Coyago *et al.*, 2024; Gálvez-Vila *et al.*, 2025).



Asimismo, Kuusisto-Gussmann *et al.* (2021) destacaron que las hospitalizaciones prolongadas favorecen la pérdida de orientación temporoespacial debido a la alteración de los ritmos circadianos y la sobreestimulación ambiental. Estos elementos coinciden con el relato del participante, quien describió dificultades para reconocer el lugar donde se encontraba y para situar temporalmente los acontecimientos vividos durante la hospitalización. En conjunto, estos hallazgos quieren decir que, la experiencia del delirio no puede comprenderse como un trastorno cognitivo transitorio, sino como un fenómeno multifactorial y de alta complejidad que involucra dimensiones perceptivas, emocionales y contextuales.

Alteraciones cognitivas y emocionales persistentes: miedo al deterioro cognitivo

Otro hallazgo relevante fue el miedo persistente a desarrollar deterioro cognitivo permanente después del episodio de delirium. Esta preocupación ha sido ampliamente descrita en la literatura, Stollings *et al.* (2021) señalan que los pacientes que han experimentado delirium durante su estancia hospitalaria en UCI presentan con frecuencia temores relacionados con el funcionamiento cognitivo, particularmente con la memoria, la atención y la capacidad de concentración. De forma similar, Nassar *et al.* (2023) reportaron que los pacientes que sufrieron episodios de delirium expresan temor a “no volver a ser la misma persona”, lo cual refleja el impacto emocional del evento. En el caso del Sr. J.M.H.R., este temor se ve amplificado por antecedentes familiares de enfermedad neurodegenerativa, específicamente Alzheimer, en la madre del participante; esta situación contribuye a que los episodios de olvido sean interpretados como posibles signos de deterioro irreversible, lo que aumenta la ansiedad y la hipervigilancia respecto a su función cognitiva. Estos resultados sugieren que el delirio no solo genera alteraciones cognitivas transitorias, sino que puede persistir incluso después de la recuperación clínica tardía.

Secuelas neurológicas y adaptación física: limitaciones físicas y vulnerabilidad corporal

Además de las alteraciones cognitivas y emocionales, el paciente reportó fatiga, cefalea y disminución del rendimiento físico después de la hospitalización. Estos resultados coinciden con lo descrito por Morandi *et al.* (2021), quienes señalaron que el delirium se asocia frecuentemente con debilidad adquirida en UCI y alteraciones neuromotoras que pueden persistir tras el egreso hospitalario. En concordancia con estos autores, Valdivieso-Jiménez *et al.* (2022) describieron que los pacientes que han experimentado delirium presentan con frecuencia secuelas físicas y cognitivas que forman parte del denominado síndrome post-UCI; estas limitaciones corporales pueden influir en la interpretación del paciente sobre su capacidad funcional y autonomía.

Desde una aproximación fenomenológica, las secuelas físicas también modifican la relación del individuo con su propio cuerpo y dejan de ser un medio para interactuar con el mundo y se convierten



en un recordatorio constante de la enfermedad. En el caso del participante, la fatiga y la cefalea son interpretadas como señales de fragilidad corporal, lo cual coincide con la interpretación existencial de la corporeidad como límite de la experiencia humana. Esto permitió acceder a la dimensión subjetiva del fenómeno, que favoreció la interpretación contextualizada de la experiencia narrada.

Conclusiones

El estudio de caso permitió comprender la experiencia de vida de una persona que presentó delirium postcraneotomía como un proceso que trasciende el evento agudo y se prolonga hasta después del alta hospitalaria, donde las manifestaciones cognitivas y emocionales condicionan la restitución neurológica y funcional.

En personas sometidas a craneotomía, la repercusión del delirium se ve acentuada por la coexistencia de diversos factores, entre ellos el daño cerebral directo, las variaciones en la irrigación cerebral, la administración de fármacos sedantes, la interrupción del ciclo sueño-vigilia y un ambiente altamente tecnificado. Esta acumulación incrementa la fragilidad del sistema nervioso central, obstaculiza los procesos de neuroplasticidad y opera como un elemento desfavorable que retrasa la recuperación cognitiva y restringe la reintegración funcional. No obstante, más allá de su explicación biomédica, los hallazgos evidencian que el delirium no puede comprenderse únicamente como una alteración transitoria, sino como una experiencia que interrumpe la biografía del sujeto y transforma su relación con el mundo, consigo mismo y con su cuerpo. En este sentido, el significado atribuido a la experiencia se convierte en un elemento central en el proceso de recuperación.

El caso descrito, mostró que el impacto trasciende el periodo agudo y se prolonga hacia la vida cotidiana, modifica de manera significativa el funcionamiento cognitivo, emocional y social. El participante describió sentimientos de miedo, desorientación y ruptura de la continuidad vital, lo que dio lugar a secuelas persistentes que aún requieren seguimiento clínico y rehabilitación neuroprotectora especializada. La evolución actual del Sr. J.M.H.R. refleja procesos de resiliencia y adaptación progresiva; sin embargo, también evidencia necesidades reales de acompañamiento integral y cuidado especializado.

Desde esta perspectiva, el enfoque cualitativo fenomenológico aplicado ofrece un valor diferencial al vincular el testimonio del paciente con la evidencia neurocientífica. En este marco, la enfermera en cuidados intensivos se posiciona como un actor clave para la promoción de la recuperación mediante estrategias como la reorientación cognitiva, la movilización temprana, la humanización del entorno y la comunicación terapéutica, que impactan tanto en la percepción subjetiva del paciente como en los procesos de reorganización neuronal y neuroplasticidad.



En última instancia, este estudio pone de manifiesto que sobrevivir al delirio no implica recuperación total. La experiencia permanece inscrita en la memoria, en el cuerpo y en la forma de habitar en el mundo: en el miedo a olvidar, la desconfianza hacia la propia mente, la sensación de no volver a ser el mismo; recordándonos que la recuperación no sólo es neurológica sino profundamente humana. Reconocer esta realidad obliga a replantear el cuidado: no basta con estabilizar al paciente; implica comprender que la recuperación no sólo es neurológica sino profundamente humana y es imprescindible acompañarlo en la reconstrucción de su experiencia, devolviéndole sentido, seguridad y continuidad a su vida, posterior a haber perdido, aunque sea momentáneamente el control de su realidad. Ahí radica, en esencia, el verdadero alcance del cuidado enfermero.

Conflicto de interés

El autor declara que no existe conflicto de intereses en relación con la realización del presente estudio.

Financiamiento. La presente investigación fue realizada con recursos propios del autor y dentro de las actividades académicas correspondientes, sin financiamiento extra por agencias del sector público, comercial o de organizaciones sin fines de lucro.

Agradecimientos

Al paciente que fue sujeto de estudio en esta investigación, por su confianza, disposición y generosidad. Su participación otorgó sentido real a este trabajo y recordó, en todo momento, que la investigación en salud tiene como centro a la persona y su historia.

Referencias

- Acosta-Núñez, J. M., Vásquez-Guerrero, M. J., Chávez-Coronado, C. D. & Super-Cholota, E. A. (2025). Atención de enfermería en paciente posquirúrgico mediato de craneotomía evacuatoria. *Gaceta Médica Estudiantil*, 6(1), 1-18. <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/601>
- Ali, M. & Cascella, M. (13 de marzo de 2024). ICU delirium. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559280/>
- Corona, J., Iñiguez, H. & Medina, E. (2022). Prevalencia, factores de riesgo y desenlace de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ángeles del Carmen. *Medicina Crítica*, 36(4), 215–222. <https://doi.org/10.35366/105792>
- Coyago Puente, J. L., Imbaquingo, K. & García-Beracieto, J. (2024). Abordaje integral para prevenir alteraciones mentales en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Revista Científica CONECTIVIDAD*, 5(4), 98–113. <https://doi.org/10.37431/conectividad.v5i4.183>



- Dong, J., Sui, W. & Zhuang, Y. (2025). Patients' and family members' dyadic experience of post-operative delirium in the intensive care unit: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 30(2), e13297, 1-16. <https://doi.org/10.1111/nicc.13297>
- Moreno-Pérez, L. (24 de febrero de 2023). Secuelas y consecuencias de la estancia en la unidad de cuidados intensivos: Una mirada desde la fonoaudiología. *Iberoreport*. <https://doi.org/10.33881/IBR0023>
- Gálvez-Vila, R. M., Ramos-Paret, C. C. & Gómez-Pérez, E. A. (2025). Impacto del estrés postraumático en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. *MedEst: Revista Científica Estudiantil de Matanzas*, 5(1), e317. <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/289>
- Gilabert, F. (2025). La división disciplinar del tiempo en el joven Heidegger: Las influencias de su concepción de los tiempos de la ciencia y la historia. *Protrepis*, 15(29), 45-61. <https://doi.org/10.32870/prot.i29.509>
- He, M., Zhu, Z., Jiang, M., Liu, X., Wu, R., Zhou, J., Chen, X. & Liu, C. (2024). Risk factors for postanesthetic emergence delirium in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 36(3), 190-200. <https://doi.org/10.1097/ANA.0000000000000942>
- Heidegger, M. (2003 [1927]). *Ser y tiempo* (trad. de J. E. Rivera). Trotta.
- Huidobro-Salazar, J. F., Romero-Vinet, H. & Zulueta-Barraza, J. M. (2021). Recomendaciones para un protocolo ERAS de craneotomía electiva. *Revista Chilena de Neurocirugía*, 47(2), 84-91. <https://doi.org/10.36593/revchilneurocir.v47i2.207>
- Khan, I. & Khan, M. A. B. (2022). Sensory and Perceptual Alterations. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563136/>
- Kuusisto-Gussmann, E., Höckelmann, C., von der Lühe, V., Schmädig, R., Baltes, M. & Stephan, A. (2021). Patients' experiences of delirium: A systematic review and meta-summary of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 77(9), 3692-3706. <https://doi.org/10.1111/jan.14865>
- Mart, M. F., Roberson, W. S., Salas, B., Pandharipande, P. P. & Ely, E. W. (2021). Prevention and management of delirium in the intensive care unit. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 42(1), 112-126. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>
- Mora, F. (2026). *Categorías emergentes de la experiencia vivida en el delirio post-neuroquirúrgico* [Infografía]. Canva. <https://www.canva.com/design/DAHCYoTeTKA/I58TFkex9rUwbXNE4iZQ7w/edit>
- Morandi, A., Piva, S., Ely, E. W., Myatra, S. N., Salluh, J., Amare, D., Azoulay, E., Bellelli, G., Csomos, A., Fan, E., Fagoni, N., Girard, T., Heras La Calle, G., Inoue, S., Lim, C. M., Kaps, R., Kotfis, K., Koh, Y., Misango, D., Pandharipande, P. P., Permpikul, C., Cheng Tan, T., Wang, D. X., Sharshar, T., Shehabi, Y., Skrobik, Y., Singh, J. M., Slooter, A., Smith, M., Tsuruta, R. & Latronico, N. (2017). Worldwide survey of the ABCDEF bundle. *Critical Care Medicine*, 45(11), e1111-e1122. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002640>



- Nassar, A. P., Ely, E. W. & Fiest, K. M. (2023). Long-term outcomes of intensive care unit delirium. *Intensive Care Medicine*, 49, 677–680. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07029-4>
- Sahawneh, F. & Boss, L. (2021). Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review. *Nursing in Critical Care*, 26(3), 166-175. <https://doi.org/10.1111/nicc.12594>
- Stollings, J. L., Kotfis, K., Chanques, G., Pun, B. T., Pandharipande, P. P. & Ely, E. W. (2021). Delirium in critical illness: Clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Medicine*, 47, 1089–1103. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>
- Valdivieso-Jiménez, G., Valencia-Mesías, G. & Paucar-Alfaro, J. (2022). Factores asociados a delirium en pacientes hospitalizados durante pandemia de COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(4), 529-535. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.10.006>
- Wang, X.-J. (2025). Research progress of postoperative delirium in neurosurgery. *World Journal of Psychiatry*, 15(4), 104708. <https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i4.104708>
- Wilson, L. D., Maiga, A. W., Lombardo, S., Nordness, M. F., Haddad, D. N., Rakhit, S., Smith, L. F., Rivera, E. L., Cook, M. R., Thompson, J. L., Raman, P. & Patel, M. B. (2023). Prevalence and risk factors for intensive care unit delirium after traumatic brain injury: A retrospective cohort study. *Neurocritical Care*, 38, 752–760. <https://doi.org/10.1007/s12028-022-01666-1>
- Yoo, J., Joo, B., Park, J., Park, H. H., Park, M., Ahn, S. J., Suh, S. H., Kim, J.-J. & Oh, J. (2022). Delirium-related factors and their prognostic value in patients undergoing craniotomy for brain metastasis. *Frontiers in Neurology*, 13, 988293, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.988293>