

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**Revisión crítica: efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la  
prevención del delirio en el adulto crítico de una unidad de cuidados  
intensivos**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS  
INTENSIVOS**

**AUTOR**

**Karla Merceditas Navarro Palacios**

**ASESOR**

**Aurora Violeta Zapata Rueda**

**<https://orcid.org/0000-0003-0642-3277>**

**Chiclayo, 2024**

**Revisión crítica: efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico de una unidad de cuidados intensivos**

PRESENTADA POR

**Karla Merceditas Navarro Palacios**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el título de

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

APROBADA POR

Blanca Esther Ramos Kong  
PRESIDENTE

Mercedes Elizabeth López Díaz  
SECRETARIO

Aurora Violeta Zapata Rueda  
VOCAL

---

## REVISION CRITICA: EFECTO DE LAS ESTRATEGIAS QUE INCLUYEN A LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL ADULTO CRÍTICO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

---

### INFORME DE ORIGINALIDAD

---

<b>11</b> %	<b>9</b> %	<b>4</b> %	<b>5</b> %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

---

### FUENTES PRIMARIAS

---

<b>1</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>4</b> %
<b>2</b>	<b>B.A. Pabón-Martínez, L.I. Rodríguez-Pulido, A.M. Henao-Castaño. "La familia en la prevención del delirium en la unidad de cuidados intensivos: scoping review", Enfermería Intensiva, 2021</b> Publicación	<b>2</b> %
<b>3</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>4</b>	<b>Submitted to Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo</b> Trabajo del estudiante	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>zagan.unizar.es</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>6</b>	<b>tesis.usat.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %

---

## Índice

<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1 Tipo de investigación:</b> .....	<b>9</b>
<b>1.2 Metodología EBE</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3 Formulación de la Pregunta según esquema PIS</b> .....	<b>11</b>
<b>1.4 Viabilidad y pertinencia de la Pregunta</b> .....	<b>12</b>
<b>1.5 Metodología de Búsqueda de Información</b> .....	<b>13</b>
<b>1.6 Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro</b> .....	<b>17</b>
<b>1.7 Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados</b> .....	<b>20</b>
<b>DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1 Artículo para Revisión</b> .....	<b>21</b>
<b>2.2 Comentario Crítico</b> .....	<b>27</b>
<b>2.3 Importancia de los resultados</b> .....	<b>36</b>
<b>2.4 Nivel de Evidencia</b> .....	<b>38</b>
<b>2.5 Respuesta a la pregunta</b> .....	<b>39</b>
<b>2.6 Recomendaciones</b> .....	<b>40</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>44</b>

## RESUMEN

El delirio es un estado disfuncional cerebral agudo que se presenta en pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos (UCI), produce resultados clínicos desfavorables, mayor estancia y deterioro cognitivo a largo plazo. La participación de la familia, aún no es clara, pero podría desempeñar un papel importante en su prevención. El objetivo que guió esta revisión crítica, fue describir el efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico de una UCI. La metodología que se empleó fue la Enfermería basada en la Evidencia (EBE), elaborándose el esquema PIS para plantear la pregunta clínica ¿Cómo es el efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico de una unidad de cuidados intensivos? Se realizó la búsqueda de evidencias en base de datos, encontrándose 244 artículos, considerándose 11, que cumplieron con los criterios de selección, sometiendo a la lista de Gálvez Toro, finalmente se seleccionó uno, que se analizó con la guía de lectura crítica de CASPe para Revisión Sistemática. La revisión concluye que las intervenciones de tratamiento múltiple, especialmente involucradas en movilización temprana y participación familiar, deben incorporarse en la atención diaria de los pacientes en las UCI, porque son las más efectivas para la prevención del delirio, aunque no para su duración. Los resultados respondieron a la pregunta clínica y demuestran que la participación de la familia como intervención no farmacológica se recomienda para prevenir eficazmente el delirio en la UCI.

**Palabras Clave:** Delirio (3707), Familia (23905), Unidad de Cuidados Intensivos (7530).

## ABSTRACT

Delirium is an acute dysfunctional cerebral state that occurs in critically ill patients in intensive care units (ICUs). It can cause unfavorable clinical results, longer stays, and long-term cognitive impairment. Family involvement is not yet clear, but it could play an important role in its prevention. The objective of this critical review was to describe the effect of strategies that include the family in the prevention of delirium in the critically ill adult in an ICU. The methodology used was Evidence-Based Nursing (EBE), developing the PIS scheme to pose the clinical question: Which is the effect of strategies that include the family in the prevention of delirium in critically ill adults treated in the intensive care unit? The search for evidence in the database was carried out, finding 244 articles, considering 11 of them, which met the selection criteria, submitting to the Gálvez Toro list, finally one was selected, which was analyzed with the critical reading guide. of CASPe for Systematic Review. The review concludes that multiple treatment interventions, especially involving early mobilization and family involvement, should be incorporated into the daily care of patients in ICUs, because they are the most effective for delirium prevention, although not for its duration. The results answered the clinical question and demonstrate that family involvement as a non-pharmacological intervention is recommended to effectively prevent delirium in the ICU.

**Keywords:** Delirium (3707), family (23905), Intensive care unit (7530).

## Introducción

El delirio es un diagnóstico clínico referido a alteraciones en la conciencia y cambios cognitivos, se desarrolla en una fase corta de tiempo y presenta fluctuaciones en la gravedad, siendo una de las manifestaciones comunes de disfunción cerebral aguda en los pacientes en estado crítico que se hospitalizan en la unidad de cuidados intensivos (UCI), con un rango entre el 40-60% en aquellos pacientes sin apoyo de ventilación mecánica y 60-80% en los que si la requieren (1). La incidencia está altamente asociada con resultados clínicos adversos, tales como: mayor deterioro cognitivo y duración de la intubación, estancias más prolongadas en UCI y posterior estancia hospitalaria; y con ello, mayores costos de atención médica e índice más alto de mortalidad (2). También es un predictor independiente a largo plazo, de mortalidad a los 6 meses y deterioro cognitivo; que trae consigo, calidad de vida reducida, independencia funcional y morbilidad psicológica; además, situaciones de estrés para los miembros de la familia al cuidar a sus seres queridos con delirio(3).

Dentro de los factores predisponentes a que el delirio se dé en los pacientes críticos, se incluyen factores del paciente (características predisponentes, edad avanzada, estado cognitivo y abuso de alcohol), factores asociados a la enfermedad (cirugía, ventilación mecánica, sepsis y comorbilidad), y factores iatrogénicos (inmovilización, aislamiento social, privación sensorial y privación del sueño), además estudios han demostrado que la interrupción de la sedación también está estrechamente relacionada a su desarrollo (4). El alta incidencia y los resultados graves del delirio en la UCI, han llevado a realizar estudios basados en su prevención(5), en base a estrategias de prevención primaria: intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, en el que las primeras representan mayor costo debido a la complejidad del delirio(6) y a efectos adversos tales como la hipotensión inducida por fármacos como los antipsicóticos(7). por tal motivo, la comprensión de la fisiopatología tiene una gran brecha(8) y la se debe ampliar la información acerca del uso de intervenciones no farmacológicas sencillas, seguras, eficaces y viables dirigidas a reducir su incidencia y duración del delirio(9).

La asociación del delirio con una estancia hospitalaria prolongada en la UCI y una mayor mortalidad puede interferir también con la comunicación (10) y la evaluación del dolor, dato relevante, ya que la analgesia insuficiente conlleva a agitación y la prolongación del delirio(11), la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (SCCM) recomendaron un paquete ABCDEF revisado y ampliado (12), fue evaluado con un estudio de cohorte grande, de antes

y después, multicéntrico,. ABCDEF significa evaluar, prevenir y manejar el dolor; tanto las pruebas de despertar espontáneo (SAT) como las pruebas de respiración espontánea (SBT); elección de Analgesia/Sedación; manejo y monitoreo del delirio; movilidad temprana, ejercicio; y participación y empoderamiento familiar. Sobre la base del paquete ABCDE, que se recomendó en el año 2013, el paquete ABCDEF agregó un enfoque en el "compromiso de la familia F". Un análisis ajustado expuso que las mejoras en el cumplimiento de este paquete se asociaron significativamente con una reducción de mortalidad y un mayor número de días sin coma o delirio durante la permanencia del paciente en UCI (13).

Actualmente se presentan diversas intervenciones, incluidos estudios de un solo componente, como la intervención del entorno físico (PEI), la reducción de la sedación (SR), la participación familiar (FP), el programa de ejercicios (PE), la mejora de la hemodinámica cerebral (CHI) y multi-estudios de componentes (MLT). Independientemente de la variedad de intervenciones, la implementación efectiva de estrategias de detección, tratamiento y prevención del delirio, es un desafío importante (14). Se conocen pocos estudios que han considerado el impacto de las visitas familiares en el desarrollo o mejora del delirio, dado que los pacientes de estas unidades, son considerados susceptibles y con mayor riesgo de infección por su estado inmunológico; sin embargo, se han ejecutado revisiones sobre las formas de prevenir o reducir los casos de delirio, basado en educación a los profesionales de salud y participación del familiar del paciente en su recuperación.

Este estudio se justifica porque el delirio es una complicación importante en la UCI(15), con complicaciones negativas para el paciente, los resultados clínicos de la atención y para el familiar cuidador. La información sobre las experiencias de delirio en pacientes críticos, y el papel que puede desempeñar la intervención familiar en reducir incidencia y duración está en gran parte inexplorado (16), además, el principal hallazgo de que el delirio puede ser angustiante para los cuidadores y sus pacientes apunta a la relevancia de identificar, tratar y cuando sea posible, disminuir la incidencia y duración del delirio en la UCI a través de estrategias que permitan mejorar la práctica clínica en relación a la participación familiar en la UCI y con ello, tener evidencia científica de alta calidad, que pueda ser guía para elaborar protocolos y mejorar la atención en relación a la participación de familiares en UCI. Ante ello, se hizo revisión de la literatura específica y cronológica de artículos, revisiones sistemáticas, estudios clínicos y escritos en inglés en varias bases de datos importantes, con el objetivo de



describir el efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico de una unidad de cuidados intensivos.

## MARCO METODOLÓGICO

### 1.1 Tipo de investigación:

Es una investigación secundaria, consiste en la revisión de literatura científica basado en la selección fundamental de criterios metodológicos y experimentales para la selección de investigaciones cualitativas y cuantitativas, para responder de manera integradora a las cuestiones previas que se abordan con respecto a un problema desde un estudio primario. Las características de este tipo de investigación incluyen: describir qué se conoce sobre el tema, sobre lo que se ha investigado al respecto, y sobre aquello que aún es desconocido, para poder resumir y recopilar información sobre un problema o tema en específico. Estos estudios son las revisiones bibliográficas, que consisten en: búsqueda de información, análisis, y la integración de los resultados que permitan actualizar los conocimientos e identificar una mejor evidencia científica disponible (14).

Existen cuatro modalidades básicas: *revisión sistemática*: revisión académica de la selección de estudios experimentales válidos que han superado análisis de validez interna y externa, sirven en la toma de decisiones en la aplicación; *metaanálisis*: reanálisis secundario de los datos primarios de la encuesta; *meta síntesis*: sintetiza la investigación cualitativa que cumple criterios de confiabilidad, relevancia y validez; y *revisión crítica de la investigación*: revisión analítica de cualquier revisión original o revisiones anteriores, relacionada con temas específicos, áreas de conocimiento o problemas de aplicación(14).

### 1.2 Metodología EBE

El enfoque metodológico es la Enfermería basada en Evidencia (EBE), en la que el método científico es considerado el mejor instrumento para comprender la realidad y expresarlo de manera comprensible e integra en la práctica clínica, pues impulsa el uso de los mejores resultados de investigación, posibilitando su inserción en la práctica y decisiones clínicas, pues reconoce que la investigación es produce conocimientos válidos y relevantes para los tiempos

modernos en la práctica profesional sobre el cuidado, considerando sus valores y preferencias, y añadiendo destreza profesional durante la toma de decisiones(14).

La EBE se desenvuelve en cinco fases que componen un proceso continuo y dinámico cuyo inicio se da en la relación establecida entre el paciente y el profesional de enfermería, iniciando con encontrar un problema que se necesite dilucidar sobre algún aspecto de la práctica enfermera y a raíz de ello, formular preguntas estructuradas que permitan dar respuesta a ese problema (14). es así, que, durante la práctica diaria, se identificó que el delirio es bien reconocido como perjudicial para los pacientes de la UCI y su bienestar futuro, en este contexto, el dar uso a intervenciones no farmacológicas para disminuir su incidencia son deseables, aunque los efectos siguen siendo inciertos, y dentro de ellas, la familia podrían desempeñar un papel importante, pues hay una falta de evidencia en la literatura que explore el efecto de la intervención familiar en pacientes críticamente enfermos que tienen un mayor riesgo de padecer delirio; además si bien, las enfermeras en UCI consideran al paciente, sus necesidades, y familia dentro del entorno, aún es controversial el efecto de la compañía de estos durante la estancia hospitalaria en la UCI en horarios más flexibles, ya que aún se manejan visitas restringidas, es así que se propuso la siguiente pregunta clínica: ¿Cómo es el efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico de una unidad de Cuidados Intensivos?

Como segundo paso en este enfoque de investigación, se realizaron búsquedas bibliográficas de revisiones sistemáticas, artículos científicos, y disertaciones con el fin de obtener el máximo número de documentos científicos sobre el tema, y responder a la pregunta planteada (14), las bases de datos utilizadas han sido SCOPUS, PUBMED y SCIELO, donde se usaron palabras clave para identificar la bibliografía, se consideraron tres idiomas: español, portugués e inglés, se estableció que los estudios tengan 5 años de antigüedad como límite. Los descriptores introducidos fueron AND, OR y las palabras claves: Patients AND Family AND Delirium NOT (Elderly OR “Older Adult”). En Castellano Familia, Delirio.

Fue necesario analizar correctamente la información científica, por las repercusiones que abarcarán su implementación en la realidad local, por ello después de identificar los estudios, se llevó a cabo la lectura crítica, evaluándose la metodología y diseño, que permitió avalar la calidad de cada diseño, los artículos obtenidos se validaron a través de la Guía de Validez y utilidad de Gálvez Toro, cuya primera fase dejó rescatar a los que cumplían con los cinco

criterios para su aplicación en este estudio, posteriormente se realizó la lectura avanzada de acuerdo al diseño.

La quinta etapa de la EBE consiste en evaluar el efecto de los cambios en la práctica clínica, y comprobar si fueron o no efectivos, evaluación que debe analizarse a través de una auditoría que examine las intervenciones de enfermería y la compare con estándares establecidos, para valorar sus beneficios, daños y costes; sino existen estándares, los resultados de la evaluación permitirán formularlos y que luego serán implementados para mejorar la calidad del cuidado (14).

### 1.3 Formulación de la Pregunta según esquema PIS

El formato de pregunta en este estudio, es el formato PIS, donde:

- **P:** Paciente o problema: características de las personas individuales, familias, comunidades, grupos.
- **I:** Intervención: tipo de acción que se va a realizar o estudiar
- **S:** Situación: la circunstancia, condiciones, enclave, experiencias, la situación.

<b>Cuadro N° 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad</b>		
<b>P</b>	<b>Paciente o Problema</b>	Paciente adulto críticamente enfermo internado en la UCI
<b>I</b>	<b>Intervención</b>	Inclusión de la familia en la prevención del delirio
<b>S</b>	<b>Situación</b>	El delirio es una de las manifestaciones frecuentes de disfunción cerebral aguda que ocurre en pacientes críticamente enfermos y es particularmente común en la unidad de cuidados intensivos (UCI), está asociado a resultados clínicos adversos, que van desde un mayor deterioro cognitivo para el paciente, hasta el incremento del índice de mortalidad, existen estudios acerca de su prevención que describen intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, donde la familia podría desempeñar un papel importante en este aspecto. En la UCI de un hospital de Essalud – Chiclayo, los familiares son considerados parte del entorno biopsicosocial del paciente, pero se mantiene una política de visitas de una hora diaria (de 3 a 4PM), en la que ingresa un familiar directo por cada paciente (hasta dos por día) con un

		<p>tiempo de permanencia máxima permitida de 10 a 15min; así mismo, la visita familiar está sujeta a la demanda laboral de cada turno, y a las restricciones gerenciales del hospital, quienes en el marco de control de IAAS y el estado inmunológico susceptible que representa el paciente crítico, restringen la presencia de la familia, aun cuando no se ha comprobado que esté relacionada a un incremento de la incidencia de infección.</p>
<b>Oxford-Centre of Evidence Based Medicine.</b>		

Por lo anterior, se formula la pregunta según esquema PIS: ¿Cómo es el efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico de una Unidad de Cuidados Intensivos?

#### **1.4 Viabilidad y pertinencia de la Pregunta**

La pregunta clínica que se ha construido en este estudio, ayuda a mejorar el cuidado, la calidad del mismo y a garantizar el bienestar del paciente, debido a que si se establecen estrategias no farmacológicas como la presencia temprana de la familia y flexibilidad de visitas, puede reducir enormemente la prevalencia de delirio en el paciente crítico, así contribuye junto a los otros integrantes del equipo de salud, a reducir los índices de delirio y sus complicaciones en morbilidad del paciente crítico, pues esta revisión se enfocó en un tema relevante de su manejo en UCI, quienes muchas veces presentan problemas agregados de salud por las patologías que los llevaron a ser internados en esta unidad, pudiendo presentar durante su estancia, problemas secundarios que rápidamente deterioran su estado de salud, uno de ellos: el delirio.

En la práctica clínica, los diversos factores predisponentes asociados al delirio, deben ser manejados de manera prioritaria ya que esta complicación conlleva al aumento de la mortalidad en pacientes críticos, por ello, las estrategias de cuidado enfocadas en estas variables, deben ser tomadas en práctica para contribuir a la recuperación pronta del paciente en UCI, y con ello lograr menor estancia hospitalaria asociada a complicaciones clínicas como el delirio, reducir las repercusiones en la salud a corto y largo plazo, y garantizar menor coste en la atención(15).

La pregunta es importante porque ofrecerá resultados reales en relación a las estrategias aplicadas a corto tiempo, como la participación familiar en las visitas de los pacientes críticos

de UCI, puede llevarse a cabo, y con ello disminuir complicaciones como el delirio, que impacta directamente al paciente crítico, que de presentarse prolonga la estancia del paciente y la efectividad del tratamiento. Además, dentro del perfil de la enfermera intensivista, está cubrir en su cuidado, todos los ámbitos del ser humano: paciente crítico, que no solo incluye la recuperación de sus funciones fisiológicas, sino también, considerando en todo momento y lo más pronto posible, el aspecto biopsicosocial, y con ello contribuir junto al equipo interdisciplinario de salud, en la reducción del delirio y la estancia hospitalaria prolongada en UCI por esta causa.

### 1.5 Metodología de Búsqueda de Información

Se hizo búsqueda en sistemas de información: PUBMED, SCOPUS, SCIELO, donde se usaron palabras clave para identificar bibliografía, considerándose idioma español, portugués e inglés, en la delimitación de la búsqueda, se tuvo en cuenta solo estudios con 5 años de antigüedad en su publicación. Los descriptores introducidos fueron AND y OR; las palabras clave: Patients AND Family AND Delirium NOT (Elderly OR "Older Adult"). En Castellano Familia, Delirio.

<b>Cuadro N° 03 Paso 1: Elección de las palabras claves</b>			
<b>Palabra Clave</b>	<b>Inglés</b>	<b>Portugués</b>	<b>Sinónimo</b>
Paciente	Patients	Paciente	Enfermo
Familia	Family	Família	Grupo
Delirio	Delirium	Delírio	Desvarío
Unidad de Cuidados Intensivos	Intensive Care Unit	Unidade de cuidados Intensivos	UCI UVI Unidad de Cuidados Intensivos Unidad de Terapia Intensiva Unidad de Vigilancia Intensiva Unidades de Terapia Intensiva Unidades de Vigilancia Intensiva

<b>Cuadro N° 04: Paso 2: Registro escrito de la búsqueda</b>				
<b>Base de datos consultada</b>	<b>Fecha de la búsqueda</b>	<b>Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda</b>	<b>N° de artículos encontrados</b>	<b>N° de artículos seleccionados</b>
<b>PUBMED</b>	22/05/22	Patients [Tiab] AND Family [Tiab] AND Delirium [Tiab] NOT (Elderly [Tiab] OR "Older Adult"[Tiab])	74	6
<b>SCOPUS</b>	04/06/22	TITLE-ABS(Patients) AND (TITLE-ABS(Family) OR TITLE-ABS(Families) OR TITLE-ABS ("Family Life Cycles") OR TITLE-ABS("ICU")) OR TITLE-ABS("Delirium") NOT TITLE-ABS("Elderly") OR TITLE-ABS("Older"))	114	3
<b>SCIELO</b>	22/05/22	Familia, delirio	56	2

<b>Cuadro N°5 Paso 3: Ficha para recolección bibliográfica</b>					
<b>Autor (es)</b>	<b>Título de artículo</b>	<b>Revista (Volumen, año, número)</b>	<b>Link</b>	<b>Idioma</b>	<b>Método</b>
Rosa RG et al.	Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial	JAMA. 2019;322(3):216-228.	<a href="https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766">https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766</a>	Inglés	Ensayo clínico aleatorizado cruzado por conglomerados
Mitchell ML, Kean S, Rattray	A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial	Intensive Crit Care Nurs. 2017; 40:77-84.	<a href="https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.001">https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.001</a>	Inglés	Ensayo controlado aleatorizado

JE, et al.			2017.0 1.001		
Deng LX, Cao L, Zhang LN, Peng XB, Zhang L.	Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis	J Crit Care. 2020; 60:241-248.	<a href="https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.08.019">https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.08.019</a>	Inglés	Revisión sistemática y Metaanálisis en red
Liang S, Chau JPC, Lo SHS, Zhao J, Choi KC	Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review and meta-analysis.	Aust Crit Care. 2021;34(4):378-387	<a href="https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.004">https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.004</a>	Inglés	Revisión Sistemática
Sahawneh F, Boss L.	Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review.	Nurs Crit Care. 2021;26(3):166-175	<a href="https://doi.org/10.1111/nicc.12594">https://doi.org/10.1111/nicc.12594</a>	Inglés	Revisión Integradora
Qin M, Gao Y, Guo S, Lu X, Zhu H, Li Y.	Family intervention for delirium for patients in the intensive care unit: A systematic meta-analysis.	J Clin Neurosci. 2022; 96:114-119	<a href="https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.11.011">https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.11.011</a>	Inglés	Revisión Sistemática y Metanálisis
McAuley DF,	The effectiveness of non-pharmacological interventions in reducing	Intensive Care Med. 2019;45(1):1-12	<a href="https://doi.org/10.100">https://doi.org/10.100</a>	Inglés	Revisión Sistemática y Metanálisis

Blackwood B.	the incidence and duration of delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis.		7/s00134-018-5452-x		
Lin L, Peng Y, Zhang H, Huang X, Chen L, Lin Y.	Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis	Nurs Open. 2022;10.1002/nop2.1214	<a href="https://doi.org/10.1002/nop2.1214">https://doi.org/10.1002/nop2.1214</a>	Inglés	Revisión Sistemática y Metanálisis
Bohart S, Møller AM, Andrea sen AS, Waldau T, Lamprecht C, Thomsen T.	Effect of Patient and Family Centred Care interventions for adult intensive care unit patients and their families: A systematic review and meta-analysis.	Intensive Crit Care Nurs. 2022;69:103156 .	<a href="https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103156">https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103156</a>	Inglés	Revisión Sistemática y Metanálisis
Chen TJ, Traynor V, Wang AY, et al.	Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis	Int J Nurs Stud. 2022; 131:104239.	<a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104239">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104239</a>	Inglés	Revisión sistemática y metaanálisis en red



B.A. Pabón-Martínez, L.I. Rodríguez-Pulido, A.M. Henao-Castaño	The family in preventing delirium in the intensive care unit: Scoping review	Enferm Intensiva (Engl Ed). 2021; S1130-2399(21)00033-X.	doi: 10.1016/j.enfi.2021.01.003	Español	Revisión de alcance
--	--	--	---------------------------------	---------	---------------------

### 1.6 Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro

<b>2 Cuadro N° 06: Síntesis de la Evidencia</b>			
<b>Título del Artículo</b>	<b>Tipo de Investigación- Metodología</b>	<b>Resultado</b>	<b>Decisión</b>
1.- Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial (17)	Ensayo clínico aleatorizado cruzado por conglomerados	Sólo responde 3 de las 5	No puedo aplicarlo
2.- A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial (18)	Ensayo controlado aleatorizado	Responde todas las preguntas	Puedo aplicarlo

3.- Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis (19)	Revisión sistemática y Metaanálisis en red	Responde todas las preguntas	Puedo aplicarlo
4.- Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review and meta-analysis (20)	Revisión Sistemática	Responde todas las preguntas	Puedo aplicarlo
5.- Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review (21)	Revisión Integradora	Sólo responde 3 de las 5	No puedo aplicarlo
6.- Family intervention for delirium for patients in the intensive care unit: A systematic meta-analysis (27).	Revisión Sistemática y Metanálisis	Responde todas las preguntas	Puedo aplicarlo
7.- The effectiveness of non-pharmacological interventions in reducing the incidence and duration of delirium in	Revisión Sistemática y Metanálisis	Sólo responde 2 de las 5	No puedo aplicarlo

critically ill patients: a systematic review and meta-analysis (28).			
8.- Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis (23)	Revisión Sistemática y Metanálisis	Responde todas las preguntas	Puedo aplicarlo
9.- Effect of Patient and Family Centred Care interventions for adult intensive care unit patients and their families: A systematic review and meta-analysis (29)	Revisión Sistemática y Metanálisis	Sólo responde 3 de las 5	No puedo aplicarlo
10.- Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis (24)	Revisión sistemática y metaanálisis en red	Responde todas las preguntas	Puedo aplicarlo
11.- The family in preventing delirium in the intensive care unit: Scoping review (25)	Revisión Scopo	Sólo responde 3 de las 5	No puedo aplicarlo

### 1.7 Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados

<b>Cuadro N° 07: Listas de chequeo según artículo y su nivel de evidencia</b>			
<b>Título del Artículo</b>	<b>Tipo de Investigación- Metodología</b>	<b>Lista empleada</b>	<b>Nivel de evidencia y grado de recomendación</b>
1.- A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial(18)	Cuantitativa - Ensayo Controlado Aleatorizado	CASPe	I – B
2.- Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis	Revisión sistemática y Metaanálisis en red	CASPe	I – B
3.- Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review	Cuantitativa - Revisión Sistemática y Metaanálisis	CASPe	I - A

and meta-analysis.(20)			
4.- Family intervention for delirium for patients in the intensive care unit: A systematic meta-analysis.(20)	Cuantitativa – Revisión Sistemática y Metaanálisis	CASPe	I – B
5.- Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis.(23)	Cuantitativa - Revisión Sistemática y Metaanálisis	CASPe	I – C
6.- Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis.(24)	Cuantitativa - Revisión Sistemática y Metaanálisis en Red	CASPe	I – A

## DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

### 2.1 Artículo para Revisión

- a. **Título de la Investigación secundaria que desarrollará:** Efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico de una unidad de cuidados intensivos

- b. Revisor(es):** Mtro. Karla Merceditas Navarro Palacios
- c. Institución:** Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Escuela de Enfermería. Chiclayo, Lambayeque, Perú.
- d. Dirección para correspondencia:** Pasaje Llaucano 431 – Chiclayo  
karlis\_9288@hotmail.com
- e. Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:** Chen TJ, Traynor V, Wang AY, Shih CY, Tu MC, Chuang CH, Chiu HY, Chang HR. Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2022 jul; 131:104239. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104239.
- f. Resumen del artículo original:**

El delirio representa un grave problema de salud en pacientes que requieren atención en UCI, tiene altas tasas de prevalencia que varían del 22 % al 87 %, la etiología relacionada con el delirio en la UCI es multifactorial e interrelacionada. El delirio puede conducir a resultados desfavorables que incluyen ventilación mecánica prolongada, estancia prolongada, y mayor deterioro de la función cognitiva a largo plazo. Por ello, una prevención temprana del delirio puede mejorar los resultados entre los pacientes con enfermedades críticas; sin embargo, el conocimiento con respecto a las selecciones de las intervenciones no farmacológicas óptimas aún no está claro.

Los agentes farmacológicos son la primera elección de tratamiento en el manejo de delirio en la UCI debido a su alta accesibilidad y características de acción rápida; sin embargo, los efectos adversos pueden ser perjudiciales, actualmente, la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos, cuenta con una guía de recomendaciones donde sugieren estrategias no farmacológicas de múltiples componentes en la prevención o tratamiento del delirio en la UCI. Las intervenciones no farmacológicas se enfocan en factores de riesgo modificables, como el control del entorno físico, movilización temprana y participación de la familia, y al respecto, se han realizado varios metanálisis que investigan intervenciones no farmacológicas de un solo componente y de múltiples

componentes para prevenir el delirio en la UCI; sin embargo, estos estudios generaron resultados contradictorios.

En conjunto, la evidencia actual sigue siendo un desafío para que las enfermeras seleccionen las intervenciones no farmacológicas óptimas, ya sea de uno o varios componentes en prevenir el delirio; por ello, el realizar revisión sistemática actualizada y el metanálisis en red que incluya solo ECA tiene relevancia clínica. El estudio tuvo como objetivo comparar los efectos de las intervenciones no farmacológicas mediante la combinación de evidencia directa e indirecta sobre la incidencia y duración del delirio en las unidades de cuidados intensivos(24).

El estudio tuvo un diseño de revisión sistemática actualizada y metanálisis en red, desarrollado en Taiwán, que combinaron pruebas directas e indirectas para comparar el efecto de intervenciones no farmacológicas en la incidencia y la duración del delirio en la UCI. La directriz utilizada fue Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; el registro del protocolo fue en Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas (CRD42020188338). Realizaron búsqueda en cuatro bases de datos: PubMed, EMBASE, CINAHL, Cochrane CENTRAL y ProQuest Dissertations and Theses A&I, desde su inicio hasta el 28 de diciembre de 2021, haciendo uso de palabras clave; también realizaron una búsqueda manual dentro de la lista de referencias de los principales estudios para identificar aquellos elegibles que puedan ser incluidos en la revisión. Se tomaron en cuenta para los estudios elegibles: texto completo de acuerdo con los siguientes criterios: que incluyeran adultos (edad  $\geq 18$  años) en la UCI, que usaran intervenciones no farmacológicas como grupo de intervención, que usaran intervenciones no farmacológicas, farmacológicas o atención habitual como grupo control, que informen la incidencia de delirio evaluada mediante herramientas de evaluación válidas o la duración del delirio, que adopte un diseño de ECA. El idioma no fue una restricción. Se excluyeron los estudios que se realizaron en las UCI subagudos(24).

Después de eliminar los duplicados, dos revisores examinaron de manera independiente la elegibilidad del título y resumen en concordancia a criterios de inclusión y exclusión, mediante herramienta Cochrane de riesgo de sesgo 2.0., todos los análisis se realizaron utilizando el conjunto de comandos de red en Stata (versión 16) y se utilizaron los

comandos de red escritos por Ian White , la incidencia del delirio en la UCI se informó en razón de posibilidades (OR) e intervalo de confianza (IC) del 95%, la duración del delirio se informó como diferencias de medias con un IC del 95%. En primer lugar, se realizaron metanálisis por pares utilizando los efectos aleatorios de DerSimonian y Laird (DerSimonian y Laird, 1986) como modelo, para comparar directamente los efectos del tratamiento de dos intervenciones no farmacológicas cualesquiera. Se utilizó la prueba Cochrane Q con una significación estadística de  $P < 0,1$  y las estadísticas I<sup>2</sup> con valores  $> 50 \%$  (Higgins, 2008) para probar la heterogeneidad entre estudios. A continuación, se adoptó un enfoque frecuentista, modelo de efectos aleatorios con estimación de máxima verosimilitud restringida para realizar el metanálisis de red (24).

Las comparaciones de los efectos del tratamiento se estimaron con base en dos enfoques: comparaciones de estrategias basadas en el tratamiento y basadas en componentes. *La intervención basada en componentes* son los tratamientos no farmacológicos categorizados en once componentes o multicomponente: control ambiental, actividad física, participación familiar, estimulación cognitiva, reorientación, ajuste clínico, educación para la salud, estimulación sensorial, comunicación efectiva y relajación. La participación de la familia enfatiza la presencia del familiar en la UCI e incluyéndolo en la toma de decisiones clínicas. *La intervención basada en el tratamiento* abarca las características originales y los detalles del tratamiento: fototerapia, tapones para los oídos, combinación de oclusión ocular y tapones para los oídos, combinación de oclusión ocular, tapones para los oídos y melatonina, movilización temprana, visita familiar, reorientación, educación preoperatoria del paciente y música. Las comparaciones de intervenciones basadas en el tratamiento se consideraron como análisis de subgrupos para evaluar la solidez de los efectos del tratamiento(24).

La inconsistencia entre los efectos directos e indirectos se evaluó mediante la inconsistencia específica del bucle, la división lateral y modelos de interacción de tratamiento diseñados por Higgins. La eficacia relativa de la intervención no farmacológica para incidencia y duración del delirio se estimó utilizando la SUCRA, que es la superficie bajo la curva de clasificación acumulativa. Se utilizó la prueba de Egger para examinar el posible sesgo de publicación.



Con respecto a los estudios incluidos y sus características, solo se consideraron 29 estudios para los análisis finales con un total de 7005 pacientes en estado crítico, Veintiséis estudios informaron incidencia y once, la duración. El delirio de la UCI se evaluó utilizando las herramientas válidas(24).

Los resultados mostraron con respecto al efecto de las intervenciones no farmacológicas en la incidencia de delirio, que las comparaciones de intervenciones basadas en componentes indicaron que la estrategia multicomponente redujo significativamente la incidencia, en comparación con la forma de atención habitual, siendo el mejor régimen, las estrategias multicomponentes (81,5 %), seguidas de la educación en salud (57,4 %), la participación familiar (57,1 %), el control del ambiente (50,1 %), relajación (44,8 %), ajuste clínico (43,4 %), actividad física (42,3 %) y atención habitual (23,4 %).

Los hallazgos de las comparaciones de intervenciones basadas en el tratamiento revelaron que la intervención A de múltiples tratamientos redujeron significativamente el riesgo de incidencia de delirio vs la atención de rutina (OR = 0,12, IC del 95% = 0,02 a 0,83). Sin embargo, los efectos del multitratamiento B (educación para la salud, reorientación, comunicación efectiva, control ambiental, ajuste clínico), C (reorientación, comunicación efectiva, control ambiental, ajuste clínico), D (reorientación, control ambiental, relajación, movilización temprana) y E (estimulación cognitiva, reorientación y participación familiar) en comparación con la atención de rutina no produjo diferencias en la reducción del delirio.

Con respecto al efecto de intervenciones no farmacológicas en la duración del delirio, las comparaciones de intervenciones basadas en componentes identificaron que ningún componente fue superior a los demás en la disminución de la duración. Las comparaciones de intervenciones basadas en el tratamiento revelaron que el tratamiento múltiple B redujo significativamente la duración del delirio vs la atención habitual(24).

En relación a la prueba de inconsistencia, se realizó para el delirio en la UCI en la incidencia de intervenciones basadas en componentes. Los modelos de inconsistencia de bucle ( $\chi^2 = 0,36$ ,  $p = 0,55$ ) y los modelos de división lateral no revelaron ninguna inconsistencia significativa (todos  $p > 0,05$ ). Las pruebas de Egger mostraron un sesgo significativo de estudios pequeños relacionado con la incidencia, pero no con la

duración, tanto en la comparación basada en componentes como en el tratamiento ( $p = 0,001$  y  $0,006$ , respectivamente). En cuanto al riesgo general de sesgo, once, nueve y un estudio se clasificaron como bajo, alto y algo preocupante, respectivamente. Se realizaron análisis de sensibilidad con respecto al efecto del tratamiento basado en componentes sobre incidencia y duración de delirio mediante una exclusión de los estudios que utilizaron el análisis por protocolo(24).

El metanálisis en red actual reveló que la intervención multicomponente, en particular la movilización temprana, participación familiar, reorientación, estimulación cognitiva, estimulación sensorial, ajuste clínico y control del entorno fue la estrategia no farmacológica más eficaz para reducir la incidencia de delirio. El estudio proporciona pruebas sólidas de los beneficios de las intervenciones multicomponente y sus efectos, para prevenir el delirio, lo que concuerda con metanálisis en red anteriores, los hallazgos respaldaron parcialmente que las intervenciones de tratamiento múltiple podrían tener mayores efectos en reducir la incidencia en comparación con las intervenciones de tratamiento único. Además, se identificó que la intervención multitratamiento tenía un efecto superior en reducir la duración del delirio ya que inscribió una muestra de estudio grande e incluyó solo ECA.

La guía PADIS (Pain, Analgesia, Delirium, In-movilidad y Sueño), que sugiere el paquete ABCDEF de atención, que involucró la movilización temprana y la participación familiar como parte del paquete, el estudio encontró que la intervención de tratamiento múltiple A, redujo sustancialmente la incidencia de delirio en UCI, en particular cuando se incluyeron tanto la movilización temprana como la participación familiar como componentes del tratamiento. Los estudios relevantes agrupados aumentaron sustancialmente el poder estadístico cuando las comparaciones de intervenciones basadas en componentes revelaron que la estrategia multicomponente A a E, redujo sustancialmente la incidencia de delirio vs la atención habitual(24).

Las intervenciones no farmacológicas como movilización temprana y participación familiar se recomiendan en la prevención eficaz del delirio en la UCI según la guía PADIS, el estudio encontró que las intervenciones de tratamiento múltiple que las incluían produjeron mayor efecto en su reducción, en comparación con las que no, al respecto las mencionan como importantes en la prevención del delirio, pero por sí solos

no pueden prevenirlo sustancialmente, sino que deben ser tomados en conjunto como los núcleos de las estrategias dirigidas a la prevención del delirio en la UCI, para lograr efectos óptimos.

La conclusión del estudio fue: las intervenciones no farmacológicas de múltiples componentes son más efectivas en prevenir el delirio en UCI, pero no para la duración; optimizando una atención de calidad, el estudio sugiere que las intervenciones de tratamiento múltiple, especialmente involucradas en movilización temprana y participación familiar, deben incorporarse en el cuidado diario en la UCI. Se justifican ensayos controlados aleatorios adicionales de alta calidad y a gran escala para confirmar aún más esos hallazgos. Recomienda considerar la atención de un equipo multidisciplinario mediante la participación de médicos, terapeutas físicos u ocupacionales y miembros de la familia en la atención diaria con un modelo de atención centrado en integrar intervenciones no farmacológicas para la prevención de la aparición de delirio en UCI. La investigación se realizó con el apoyo de subvenciones del Ministerio de Ciencia y Tecnología, Taiwán y el Hospital Shuang Ho de la Universidad Médica de Taipe, y no mencionaron conflictos de interés(24).

✚ **E-mail de correspondencia de los autores del artículo original:**  
hychiu0315@tmu.edu.tw (Hsiao-Yean Chiu).

✚ **Palabras clave:** Delirio, Unidad de Cuidados Intensivos, Intervenciones no farmacológicas y Metanálisis en red

## 2.2 Comentario Crítico

Para la lectura crítica se utilizó como guía: CASPe para revisión sistemática, del autor Cabello, Juan B., que es una plantilla que consta de 10 preguntas, que permite evaluar los resultados de la revisión sistemática, su validez y aplicabilidad en el medio, estas preguntas están diseñadas para ayudar a la investigadora a pensar de manera sistemática en esos aspectos, las dos primeras están referidas a la validez de los resultados, son "de eliminación" y pueden ser respondidas de forma rápida, y sólo en caso la respuesta sea "sí" para ambas, se continua con el resto de preguntas; las cuales, cuentan con una variedad de características que permiten evaluar la calidad metodológica del artículo seleccionado(26).

La revisión se centra claramente en un tema específico, estudia cuan eficaz son las diversas intervenciones no farmacológicas multicomponentes en prevención del delirio en pacientes en la UCI. Este tema se define considerando la población específica de estudio (pacientes en la UCI) y la intervención que se está realizando (intervenciones no farmacológicas multicomponentes, que incluyen movilización temprana, participación familiar, reorientación, estimulación cognitiva y sensorial, ajuste clínico, control del entorno, entre otros). El resultado que se considera en este estudio es la incidencia y duración del delirio en UCI.

Los autores buscaron el tipo de estudio adecuado para abordar su pregunta de investigación. Se centraron en ensayos controlados aleatorios (RCTs), que son en el campo de la medicina, una de las formas más fuertes de investigación científica, especialmente útiles para determinar la eficacia de diferentes tipos de intervención. En este caso, los RCTs se utilizaron para comparar el efecto de diferentes intervenciones no farmacológicas multicomponentes para la prevención del delirio en UCI, el uso de RCTs proporciona una base sólida para el análisis y las conclusiones del estudio, ya que estos diseños de estudio reducen el sesgo y permiten un alto nivel de control sobre las variables experimentales.

Por lo tanto, este tipo de estudio es muy apropiado para dar respuesta a su pregunta de investigación, usaron en su diseño la revisión sistemática actualizada y un metanálisis en red, donde la combinación de pruebas directas e indirectas para comparar los efectos, fue realizada en concordancia con la directriz Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses y registrando el protocolo en: Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas (CRD42020188338); además, en el análisis se usó el conjunto de comandos de red en Stata (versión 16) y los comandos de red escritos por Ian White.

Según la información proporcionada, los autores buscaron artículos relevantes en múltiples bases de datos bibliográficas, incluyendo CINAHL, EMBASE, PubMed, ProQuest Dissertations and Theses A&I y Cochrane CENTRAL, lo que sugiere que hicieron un esfuerzo exhaustivo para localizar los estudios más relevantes. También usaron búsqueda manual en las referencias de algunos estudios principales y revisiones pertinentes, proporcionando una cobertura adicional para identificar estudios relevantes, no se tuvo restricciones para el idioma y período de búsqueda.

En la revisión se hizo un esfuerzo significativo para valorar la calidad de los estudios incluidos. Como se indica en los métodos, para valorar el riesgo de sesgo, se usó Cochrane 2.0 que permitió evaluar a los estudios de control aleatorios (RCT) incluidos, en cuanto a calidad. Esta herramienta es reconocida por su rigor y capacidad para evaluar adecuadamente calidad y riesgo de sesgo de los ECA. Por tanto, se puede inferir que los autores tomaron en serio la evaluación de la calidad de cada uno de los estudios, lo que añade confianza a los resultados de la revisión. No obstante, es sustancial notar que la evaluación de la calidad no garantiza la ausencia de sesgos o errores en los estudios incluidos.

La combinación de resultados de distintos estudios en el metanálisis en red por parte de los autores, es razonable, debido a la similitud de las intervenciones y poblaciones estudiadas. Los resultados de cada estudio se presentaron claramente, y los autores discutieron las posibles razones de la variación en los resultados. En la revisión, los resultados están claramente presentados mediante la utilización de tablas y gráficos que resumen los hallazgos de los estudios incluidos. Se incluyen tablas para cada una de las intervenciones evaluadas, permitiendo una comparación visual de los efectos de las diferentes estrategias. Además, se proporcionan valores de odds ratio (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC) para destacar la magnitud de los efectos observados en cada intervención. Estos datos numéricos permiten una interpretación más precisa de los resultados y facilitan la comparación entre las diferentes estrategias. Asimismo, se utiliza un enfoque de red meta-análisis para evaluar el efecto combinado de las intervenciones, lo cual se representa gráficamente a través de los network plots, mostrando la conexión entre las diferentes intervenciones y su impacto en la incidencia y duración del delirio. Esta presentación clara de los resultados contribuye a una mejor comprensión de los hallazgos y su aplicabilidad en la práctica clínica.

Sin embargo, aunque este método ayuda a sintetizar la información, es importante considerar que la combinación de estudios puede no tener en cuenta plenamente la heterogeneidad entre ellos. En la discusión de la revisión, se abordan de manera adecuada las razones de alguna variación en los resultados, sesgos, limitaciones y ausencia de datos detectados en los estudios incluidos. Se reconoce que la presencia de sesgos y limitaciones en los estudios puede influir en los resultados y la interpretación de los mismos.

Se menciona específicamente la posible presencia de sesgo de publicación por la detección de efectos significativos en estudios más pequeños, lo cual sugiere la presencia de posible sesgo

hacia la publicación de resultados positivos. Además, resalta la importancia de calidad de los estudios incluidos, y se discuten las limitaciones específicas de cada uno de ellos, por ejemplo, no reportan el tiempo de inicio de la movilización temprana. También se menciona que algunos resultados se basan en un único estudio, lo cual requiere una interpretación cautelosa y resalta la necesidad de investigaciones adicionales. La revisión reconoce la falta de datos en ciertos aspectos, como la ausencia de inclusión de estrategias de reducción de sedación, lo cual puede haber afectado la evaluación completa.

La metodología del artículo de referencia proporciona una base sólida para evaluar el efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en adultos críticos en la UCI. El análisis de red y los metaanálisis realizados permiten una síntesis objetiva de los resultados de múltiples estudios, lo que aumenta la confiabilidad y generalidad de los hallazgos.

Los resultados del artículo están expresados en intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) y odds ratios (OR). La revisión reveló que, en términos de incidencia de delirio en UCI, la intervención basada en múltiples componentes la redujo significativamente en comparación con los cuidados de rutina con un OR = 0.43 y un IC del 95% de 0.22 a 0.84. Esto indica que el efecto estimado de las intervenciones basadas en múltiples componentes se encuentra entre una reducción del 78% y una reducción del 16% de la incidencia de delirio, con una precisión del 95%. (24). Además, la intervención de tratamiento multicomponente A, que comprende actividad física, participación familiar, reorientación, estimulación cognitiva y sensorial, ajuste clínico y control del entorno, disminuyó significativamente el riesgo de incidencia de delirio en comparación con la atención de rutina con un OR = 0.12 y un IC del 95% de 0.02 a 0.83. Esto indica que el efecto estimado de esta intervención se encuentra entre una reducción del 98% y una reducción del 17% del riesgo de delirio, con una precisión del 95%.

Por otro lado, las intervenciones de tratamiento basadas en componentes no demostraron ser superiores a otras en cuanto a reducir la duración del delirio en UCI, y la intervención de tratamiento multicomponente B resultó ser la mejor intervención no farmacológica para reducir la duración del delirio. Sin embargo, el estudio no proporciona el OR ni los IC del 95% para estos resultados, por lo que no se puede determinar su precisión.

Movilización temprana y participación familiar están recomendadas en las intervenciones no farmacológicas en la prevención eficaz del delirio en la UCI según la guía PADIS, el estudio

de referencia, encontró que las intervenciones de tratamiento múltiple que las incluían, produjeron un mayor efecto en la reducción del delirio vs las que no, al respecto mencionan que desempeñan un rol importante en prevenir el delirio, pero por sí solos no pueden prevenirlo sustancialmente, sino que deben ser tomados en conjunto como los núcleos de las estrategias dirigidas a la prevención del delirio para lograr efectos óptimos, estos resultados permiten que los autores del estudio sugieran que las intervenciones de tratamiento múltiple, especialmente involucradas en movilización temprana y la participación de la familia, deban incorporarse en los cuidados que se dan en la UCI a diario. (24).

En cuanto a los resultados específicos relacionados con la presencia de la familia, la revisión destaca las estrategias que incluyen la participación de la familia como componente clave, pues muestran un efecto significativo en reducción de la incidencia del delirio, resalta que las intervenciones que involucran tanto a la familia como a la actividad física, estimulación cognitiva, reorientación, estimulación sensorial, control del entorno y ajuste clínico como parte de un enfoque integral tienen un mayor impacto en la prevención del delirio en comparación con las intervenciones que no la incluyen. Estos hallazgos sugieren que una participación activa y la presencia familiar en los cuidados que se brinda a los pacientes críticos en la UCI, pueden desempeñar un papel fundamental en prevenir el delirio.

Los cuidados en los que puede participar la familia son aquellos que desarrollará durante la visita familiar; entendida la visita como aquella intervención que satisface las necesidades de apoyo, proximidad, información, confort, reducción de la ansiedad, y optimización de la experiencia con respecto al cuidado (25). Hablar de familia como definición, conlleva a alejarse del concepto tradicional que la describe como grupo de personas unido por lazos de consanguinidad, e ir hacia nuevos paradigmas donde es considerada como aquel grupo de individuos que los une, fuertes lazos emocionales, cuyo rol durante la enfermedad del paciente se torna significativa, y aún más cuando este es ingresado en UCI, lo que ocasiona que todo el núcleo familiar se vea alterado por una situación que supone para ellos, una barrera física y psicológica.

Durante la revisión se encontró múltiples estudios que describen a la familia como un valioso instrumento en la atención de enfermería al paciente en situación crítica, pues esta relacionada con la disminución del estrés, dolor y delirio. La mayor parte de estudios revisados describen

beneficios positivos sin evidenciar complicaciones que se atribuyan concretamente a la presencia familiar.

El primer paso para dar inicio a los cuidados y participación de la familia en la UCI, es que la enfermera establezca una buena comunicación terapéutica, creando clima de confianza y relación de ayuda, basado en empatía, escucha activa, y acompañamiento. Las principales actividades están dirigidas a la ayuda y ejecución de actividades de reorientación del paciente, a través de mensajes de reorientación hechos por el familiar elegido o voz conocida ejecutando diversas acciones que se irán estableciendo de manera progresiva según el grado de sedación y dependencia del paciente, iniciando con entrega de información sobre: tiempo (fecha y hora), lugar, y espacio, haciendo uso de calendario, relojes, radios o parlantes. También se puede proporcionar de manera oportuna y repetida, lentes y audífonos cuando las características propias de cada paciente lo permitan, en esta actividad, también interviene la enfermera, quien menciona adicionalmente, motivo de la hospitalización, acciones que deben realizarse de una a dos veces al día (25).

Se debe solicitar para elementos de estimulación cognitiva que puede realizar el familiar, el uso de perfume o música favorita, indicar que a pesar de la sedación pueden hablarle, que, si bien la conversación unilateral resultara difícil, pueden mencionar experiencias compartidas del presente o pasado, a medida que el paciente vaya despertando puede intentar presentar fotos, leer un libro, revista o periódico. Así mismo explicar que puede mantener el contacto físico a través de: cogerle la mano, hablar, leerle o, simplemente acompañar, siempre recalando la importancia de la reducción de infecciones intrahospitalarias a través del uso de equipo de protección personal durante la visita y el lavado de manos antes y después de salir del box del paciente. El familiar debe conocer que existen casos muy especiales de aislamiento absoluto en la que la condición del paciente, haga que la visita sea solo a través de las ventanas del box, para lo cual siempre será informado por el médico tratante (25).

Explicar que, si el paciente está despierto, pero aun se encuentra invadido con algún sistema de vía aérea artificial, debe tener paciencia y en todo caso hacer uso de comunicación a través de preguntas sencillas sujetas a respuestas con un “si” o un “no”, o escribir o deletrear palabras señalando algunas letras, números y palabras comunes que haya escrito en una hoja de papel. A medida que el paciente se va recuperando, explicar al familiar que podrá colaborar en otras actividades básicas como ayuda en la proporción de alimentos, peinándoles o masajeados e



hidratando sus manos y pies, resaltando en todo momento que llevar a cabo estas acciones dependerá del estado de gravedad de su familiar y no siempre será posible, pero que iniciaran de manera precoz cuando la situación lo permita. Otra de las actividades serán establecer horarios de visita familiar adicional en situaciones particulares y especiales (25).

Siendo la realidad en estudio, una unidad de cuidado a puertas cerradas y que no dista tanto de lo que ocurre en muchos países de Latinoamérica y Europa; la evidencia demuestra que el aplicar intervenciones no farmacológicas orientadas a factores de riesgo modificables, no implican riesgos al paciente (movilización temprana, la participación familiar y el control del entorno), como ya se mencionó, el ingreso a la UCI genera ruptura del paciente con su entorno inmediato, por ello, en unidades tradicionales se puede cambiar el paradigma y poner en práctica, estrategias donde la participación de más tratamientos dirigidos a factores modificables produzcan mayores efectos beneficiosos en la prevención del delirio en la UCI, porque demostrado está que reduce de manera significativa el riesgo de incidencia de delirio en comparación con la atención de rutina.

El dejar atrás una UCI tradicional amerita que la atención este centrada en el paciente, respetando y respondiendo a necesidades propias y las de la familia, con empoderamiento y participación, proporcionando un ambiente seguro que esté relacionado con el bienestar físico y mental, que parta desde la comunicación asertiva y oportuna entre el profesional y el grupo familiar; que además de los beneficios clínicos para el paciente en la prevención del delirio, traerá bienestar a la familia y mejorará la toma de decisiones de manera conjunta, y las expectativas del familiar respecto a la atención recibida. Aunque la evidencia aún no ha permitido definir un rol exacto para el familiar dentro de la UCI, se ha demostrado que aún sin intervenciones descritas en protocolos, la presencia familiar y su interacción temprana con el paciente reducen la incidencia del delirio y la duración del mismo, lo que ha llevado que en la actualidad más países opten por la implementación de normativas especiales relacionadas con la apertura de las UCI, conocidas como UCI a puertas abiertas.

El obstáculo más frecuente cuando se habla de flexibilidad en la visita, es la percepción que tienen los profesionales de salud en relación al incremento de las infecciones y de la carga laboral, temas ya investigados en varios estudios, donde la familia tuvo orientación en las normas de la UCI y sus buenas prácticas durante la visita y se han hallado estudios acerca de la visita extendida donde se describen estrategias que pueden ser aplicables en nuestro entorno y

parten de la educación a la familia sobre: características principales de la unidad, equipos que se utilizan, procedimientos comunes, miembros del equipo multidisciplinario y sus funciones, situaciones más habituales que pueden presentarse, sistema de control de infecciones (uso de equipo de aislamiento y lavado de manos antes y después de la visita), cuidados paliativos, restricciones de presencia de familiar en ciertos procedimientos según normativa del servicio, espacios disponibles, y los recursos con los que se cuenta, para hacer su estancia más llevadera, pudiéndose agregar a ello, información sobre el delirio como una de las probables complicaciones de dicha estancia, si es posible haciendo uso de material didáctico que se entregue al familiar en su primer contacto con el servicio o publicar información relevante que recojan los aspectos principales antes mencionados en la marquesina de entrada al servicio (25).

Otra de las estrategias que se deben seguir aplicando es complementar el encuentro inicial del familiar con la UCI, con la información que recibe por parte del equipo médico para propiciar un conocimiento de la situación por parte del familiar lo más completa posible. Todos estos elementos se pueden agregar progresivamente en la visita restringida que se maneja en la actualidad, adaptando ciertas actividades a los protocolos ya existentes, pues la evidencia muestra que, a mayor tiempo de interacción del paciente crítico con sus familiares, mejor reducción en la duración del delirio.

Además, la presencia de la familia representa una herramienta para facilitar el cuidado que brinda el equipo multidisciplinario en UCI, como parte de un cuidado humanizado y el beneficio de crear un clima de familiaridad y seguridad ; por ello, los resultados de esta revisión pueden ser usados como base para que más servicios hospitalarios y quienes estén involucrados en la reglamentación y el manejo de las visitas familiares, desarrollen y mejoren los protocolos para el manejo del paciente en UCI, donde el familiar contribuya a hacer grandes aportes al flexibilizarlas, estableciendo límites cuando sea necesario, para no interrumpir las dinámicas propias de la UCI, y se ajuste a la característica y necesidad de cada paciente.

La revisión proporciona evidencia sólida que respalda la importancia de aplicar estos resultados para la práctica clínica, la cual es relevante, ya que subrayan la necesidad de fomentar la participación de la familia en la atención y promover su involucramiento en las intervenciones no farmacológicas destinadas a prevenir el delirio en la UCI. Los profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, médicos, y terapeutas, pueden utilizar esta evidencia para desarrollar pautas de práctica clínica que considere a la familia y su participación activa en el cuidado y

atención integral en UCI. Basar la toma de decisiones en una revisión sistemática sobre delirio en la UCI, requiere una evaluación exhaustiva de los resultados.

En relación a la aplicabilidad de los resultados, se debe considerar que varían según el contexto. En contexto local de práctica clínica, la aplicación de los resultados de la revisión, depende de la comparabilidad de la población de estudio y la capacidad para implementar las intervenciones analizadas en la UCI. Las estrategias de múltiples componentes, la participación familiar y el ajuste clínico pueden ser útiles, factibles y pertinentes en el contexto peruano, aunque si bien, existen diferencias en el sistema de atención de salud con otros contextos (dotación de personal, políticas de cuidado del paciente, los recursos y las prácticas clínicas estándar) que podrían influir en su aplicabilidad, el hecho de no representar mayor coste en su implementación, pueden ser aplicables de manera efectiva en nuestra realidad. Estos resultados refuerzan la necesidad de hacer que la familia se involucre en el cuidado y en la toma de decisiones de los pacientes críticos. La participación de la familia puede brindar apoyo psicológico y emocional tanto al paciente y al equipo de atención médica, reduciendo el delirio y mejorando los resultados del paciente.

Además, estos hallazgos resaltan lo necesario que es fortalecer las estrategias de educación y comunicación con la familia para promover su participación activa y empoderarlos como miembros clave del equipo de atención. Sin embargo, es importante reconocer que se puede enfrentar desafíos en términos de recursos y estructuras de atención, es necesario considerar la capacitación del personal de salud para trabajar de manera efectiva con las familias, así como garantizar la privacidad y la confidencialidad en el entorno de la UCI. También se requiere un enfoque multidisciplinario y colaborativo para que la familia integre su participación de manera óptima en el cuidado del paciente.

Se puede inferir entonces que los beneficios que esta revisión ofrece para la práctica, son una evidencia valiosa sobre el efecto positivo de las estrategias de incluir al familiar en la prevención del delirio. Estos hallazgos respaldan la importancia de involucrar a la familia como parte integral del equipo de atención y destacan la necesidad de implementar intervenciones enfocadas a la participación familiar de manera activa en los entornos clínicos reales.

Como profesional de la salud, estos resultados animan a fortalecer el enfoque de cuidado humano centrado en la familia y a trabajar en colaboración con los familiares de los pacientes

críticos para mejorar los resultados y la experiencia de atención en la UCI, es necesario recalcar que tras la revisión realizada, no se ha encontrado documentación relevante que especifique cuál es el momento exacto en que deba iniciar la intervención familiar, por ejemplo, en aquellos pacientes en estado agudo donde muchas veces están bajo efectos de sedación por tiempo prolongado. Lo que sí se ha encontrado en esta revisión, es el impacto que han generado la incorporación de las acciones de la familia dentro del paquete ABCDEF en prevención del delirio y el valor que se le ha asignado. Así mismo, no existen estudios que revelen que la incorporación de los familiares al cuidado del paciente resulte negativa.

En nuestro país, la realidad muestra que la evidencia encontrada es pobremente aplicada en la práctica, las UCIs siguen desenvolviéndose bajo una política de puerta cerrada, en donde los profesionales mantienen poco contacto y comunicación con la familia, y las visitas son restrictivas y estrictas. Tras la revisión realizada, se pone de manifiesto la importancia de la participación de la familia a través de la visita flexible al paciente en estado crítico en la UCI como parte de su recuperación terapéutica, la cual reduce la incidencia de delirio, por ello se necesitará implementar en los protocolos de atención, a la familia, como parte del cuidado en la UCI, implementando sistemas de visita flexibles que lleven a una mejor gestión de las necesidades del paciente y el familiar, estableciendo pautas de atención individualizadas, como se ha encontrado en la evidencia.

### **2.3 Importancia de los resultados**

Los resultados de esta revisión sistemática tienen importantes implicaciones para la práctica clínica en relación con el efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico en una UCI. Los hallazgos sugieren que las intervenciones multicomponentes destinadas a involucrar a la familia, junto con otras medidas como la movilización temprana, la estimulación cognitiva y el control del entorno, son altamente efectivas en reducir esta incidencia.

Se puede concluir que es crucial incorporar una participación activa del grupo familiar en la atención del paciente crítico para prevenir el desarrollo del delirio, Si bien, la evidencia no señala de manera específica cuales son las condiciones que debe reunir el familiar que va a realizar dicha intervención, si se ha encontrado que la enfermera en coordinación con el médico, puede sugerir al grupo familiar que un miembro sea asignado como referente y pueda ser

participe en algunos de los cuidados del paciente ya descritos anteriormente, informando que estarán presentes solo en determinados procedimientos, debiendo identificar y registrar a la persona que actuará como interlocutor principal con el equipo asistencial o como cuidador principal, donde también se considerarán las preferencias relacionadas con el tiempo que desea acompañar al paciente, su deseo de participar en los cuidados, y cualquier otra aportación que deseen hacer en su nombre o representación del paciente, y con ello flexibilizar la visita para la participación familiar en base al estado del paciente, necesidades familiares y la dinámica del servicio.

En cuanto a las implicaciones para la investigación, se requiere más investigación de alta calidad y a gran escala para respaldar y ampliar los hallazgos de esta revisión. Es necesario realizar estudios adicionales que investiguen específicamente los efectos de las estrategias de intervención multicomponente que involucran a la familia en prevenir el delirio. Además, es importante explorar en mayor profundidad la relación existente entre participación familiar y otros resultados clínicos relevantes, como: duración del delirio, calidad de vida del paciente y su satisfacción con el cuidado recibido. Estos estudios adicionales ayudarán a fortalecer la evidencia y proporcionarán información más precisa sobre la efectividad de estas intervenciones en el contexto de la UCI, como por ejemplo el establecimiento de protocolos de intervención estandarizados.

En resumen, los resultados de esta revisión respaldan lo importante que es incluir a la familia en las estrategias de prevención del delirio en el adulto crítico en la UCI. Estos hallazgos tienen implicaciones significativas para la práctica clínica al destacar la necesidad de implementar intervenciones multicomponentes que incluyan a la familia como parte integral del cuidado del paciente en la UCI. Al mismo tiempo, se requiere investigación adicional para respaldar y ampliar estos hallazgos, lo que permitirá una mejor comprensión de los beneficios de estas estrategias, así como el impacto sobre los resultados clínicos, para la creación de protocolos estandarizados.

En términos de los beneficios de aplicar estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en UCI, se ha demostrado su implicación en reducir significativamente la incidencia de delirio en los pacientes críticos. Además, la participación de la familia puede impactar de forma positiva en la calidad de vida de su paciente, promover una mayor satisfacción con el cuidado recibido y mejorar notablemente la comunicación efectiva de la familia con el equipo

de salud. Esto puede resultar en una mejor experiencia general del paciente y una mayor colaboración para tomar decisiones relacionadas a su atención.

Sin embargo, también es importante considerar los posibles riesgos e inconvenientes asociados con la aplicación de estas estrategias. Algunos familiares pueden tener dificultades para comprender la complejidad de la atención médica en la UCI, lo que podría generar estrés y ansiedad para la enfermera que tendrá el primer contacto y representar un incremento de su carga de trabajo, especialmente si no se cuenta con los recursos adecuados para apoyar esta participación activa, por lo que se insta a instaurar un programa que sea formativo y esta direccionado al equipo multidisciplinario de la unidad, en el que se toquen las necesidades por las que pasan los familiares de los pacientes críticos, formación en temas como comunicación efectiva y otras de las muchas habilidades relacionales como son el trabajo en equipo, practica de valores tales como resiliencia, compasión, garantizando una capacitación adecuada para el personal de salud y establecer límites claros para garantizar un equilibrio entre la participación de la familia y la eficiencia del cuidado.

En términos de costos, la implementación de estrategias que incluyen a la familia puede requerir inversiones adicionales en términos de recursos humanos, capacitación y materiales educativos. Sin embargo, se espera que estos costos se compensen con los beneficios derivados de la reducción del delirio, y se reflejen en mejores resultados para el paciente y la satisfacción general de la familia.

## **2.4 Nivel de Evidencia**

En concordancia con la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), esta revisión sistemática y metanálisis en red, que se utilizó como referencia, tiene un nivel de evidencia I y un grado de recomendación A, lo que indica un alto nivel de evidencia y grado de recomendación y se ha construido en base a la recopilación exhaustiva de ensayos controlados aleatorios (RCTs) donde se han combinado los resultados de manera estadística, proporcionando una síntesis de alto nivel de evidencia disponible, aumentando la confianza en sus resultados.

El nivel de evidencia I, se refiere a una revisión sistemática de alta calidad con metaanálisis. Esto significa que se ha realizado una evaluación rigurosa de cada estudio incluido (RCTs),

considerando criterios claros de selección y evaluando el riesgo de sesgo. Asimismo, se han utilizado métodos estadísticos apropiados para combinar los datos y obtener estimaciones precisas del efecto. En cuanto al grado de recomendación A, existen pruebas sólidas y consistentes de alta calidad (evidencia científica adecuada) que respaldan el uso de estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en la UCI, razón por la que se puede recomendar a los profesionales de la salud la implementación de estas estrategias en su práctica clínica, ya que los beneficios superan los riesgos o inconvenientes asociados, pues para confirmar los hallazgos, los resultados están basados en una revisión que consideró RCTs adicionales de gran escala y alta calidad.

## **2.5 Respuesta a la pregunta**

Acerca de la pregunta clínica: ¿Cómo es el efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico de una Unidad de Cuidados Intensivos? Existen pruebas suficientes para decir que el efecto es positivo, teniendo en cuenta los resultados de la revisión presentada, pues las comparaciones de intervenciones basadas en el tratamiento indicaron que las intervenciones multitratamiento específicas redujeron de manera significativa la incidencia y duración del delirio en la UCI, en particular las implicadas con movilización temprana y participación familiar (OR = 0,12 IC 95 % = 0,02 a 0,83; diferencia de medias = -1,34 con 95 % IC = -2,52 a -0,16, respectivamente).

Además, mencionan que la movilización temprana y participación familiar en intervenciones no farmacológicas parecieron ser más efectivas en la reducción de la incidencia de delirio, y podrían ser una evidencia importante para que los proveedores de atención médica clínica mejoren sus protocolos de atención crítica, optimizando la calidad en la recuperación de sus pacientes en UCI, pues la evidencia propone que las intervenciones de tratamiento múltiple antes mencionadas, deben incorporarse en la atención diaria en UCI, y en relación a ello, la investigadora de este estudio considera altamente recomendada la evidencia presentada, pues sus resultados están basados en una revisión que consideró ensayos controlados aleatorios adicionales de alta calidad y a gran escala para confirmar sus hallazgos.

## 2.6 Recomendaciones

1. Fomentar la investigación en el ámbito de estrategias que consideren al familiar en la prevención del delirio en UCI, esto puede implicar la asignación de recursos y financiamiento para proyectos de investigación, promoción de colaboraciones interdisciplinarias, y difusión de hallazgos en congresos y publicaciones académicas. Además, es importante incorporar la temática del delirio y la participación familiar en diversos programas de formación dirigidos a profesionales de la salud, como parte de educación continua y capacitación en cuidados críticos; también se sugiere desarrollar programas formativos dirigidos hacia el equipo multidisciplinario, donde se discutan las necesidades más frecuentes por las que pasa el familiar, la formación en comunicación efectiva, habilidades relacionales al trabajo en equipo y valores, todo ello, garantizando la capacitación apropiada y estableciendo límites claros que aseguren el equilibrio entre la participación del familiar y la eficiencia del cuidado.
2. El personal de enfermería debe mantenerse actualizado en la evidencia y mejores prácticas relacionadas a prevenir el delirio en UCI y en la inclusión del familiar en su plan de cuidados. Esto puede lograrse con la participación en programas de educación continua, talleres y conferencias, así como el acceso a recursos y guías clínicas actualizadas. Se alienta a las enfermeras a implementar y evaluar de manera sistemática estas estrategias en su práctica diaria, colaborando estrechamente con los familiares para optimizar la atención y prevenir el delirio en los pacientes críticos, valorando el impacto sobre los resultados clínicos, para la creación de protocolos estandarizados.
3. Los gerentes y líderes en el ámbito de la salud promuevan la implementación de estrategias que incluyan a la familia en la prevención del delirio en las UCI, esto implica proporcionar el apoyo necesario, con recursos humanos y materiales si la situación así lo requiere, facilitando la participación familiar en el cuidado del paciente a través de flexibilidad en las visitas. Además, se sugiere la creación de políticas y protocolos claros que respalden la participación familiar y promuevan la colaboración entre el equipo de salud y los familiares. Asimismo, es fundamental que los gerentes fomenten una cultura de atención basada en la seguridad del paciente y calidad asistencial, reconociendo el papel crucial de la prevención del delirio y la participación familiar en la mejora de los resultados en el camino hacia lo que se conoce como las UCI de puertas abiertas.



## Referencias

1. Thom RP, Levy-Carrick NC, Bui M, Silbersweig D. Delirium. *Am J Psychiatry*. 2019;176(10):785–93.
2. Reade MC, Finfer S. Sedation and delirium in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014;370(5):444–54.
3. Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med*. 2020;173(7):ITC49–64.
4. Morandi A, Brummel NE, Ely EW. Sedation, delirium and mechanical ventilation: the ‘ABCDE’ approach. *Curr Opin Crit Care*. 2011;17(1):43–9.
5. Kennedy M, Helfand BKI, Gou RY, Gartaganis SL, Webb M, Moccia JM, et al. Delirium in older patients with COVID-19 presenting to the emergency department. *JAMA Netw open*. 2020;3(11):e2029540–e2029540.
6. Cavallazzi R, Saad M, Marik PE. Delirium in the ICU: an overview. *Ann Intensive Care*. 2012;2(1):1–11.
7. Pun BT, Ely EW. The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest*. 2007;132(2):624–36.
8. O’Hanlon S, Inouye SK. Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age Ageing*. 2020;
9. Helms J, Kremer S, Merdji H, Schenck M, Severac F, Clere-Jehl R, et al. Delirium and encephalopathy in severe COVID-19: a cohort analysis of ICU patients. *Crit Care*. 2020;24(1):1–11.
10. Hall RJ, Meagher DJ, MacLulich AMJ. Delirium detection and monitoring outside the ICU. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2012;26(3):367–83.
11. Spronk PE, Riekerk B, Hofhuis J, Rommes JH. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Med*. 2009;35(7):1276–80.
12. Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, Skrobik Y, McCoy N, Yasuda C, et al. Assessment of delirium in the intensive care unit: nursing practices and perceptions. *Am J Crit Care*. 2008;17(6):555–65.
13. Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the intensive care unit: an under-recognized syndrome of organ dysfunction. En: *Seminars in respiratory and critical care medicine*. Copyright© 2001 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New ...; 2001. p. 115–26.
14. Investigación secundaria. Universidad de Jaén [internet]. España: Universidad de Jaén; 2015[citado 2 de junio de 2022] Disponible en:

[http://www.ujaen.es/investiga/tics\\_tfg/inves\\_secundaria.html](http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/inves_secundaria.html)

15. Rosenbloom-Brunton DA, Henneman EA, Inouye SK. Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *J Gerontol Nurs*. 2010;36(9):22–35.
16. Marlene ZC, Ellen AP, Kaur G, Eduardo B. Delirium in advanced cancer leading to distress in patients and family caregivers. *J Palliat Care* [Internet]. 19 de diciembre de 2009 [citado 2 de junio de 2022];25(3):164–71. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/082585970902500303>
17. Rosa RG, Falavigna M, Da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. En: *JAMA - Journal of the American Medical Association* [Internet]. JAMA; 2019 [citado 2 de julio de 2022]. p. 216–28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31310297/>
18. Mitchell ML, Kean S, Rattray JE, Hull AM, Davis C, Murfield JE, et al. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 2 de julio de 2022];40:77–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28254205/>
19. Deng LX, Cao L, Zhang LN, Peng XB, Zhang L. Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis. *J Crit Care* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 2 de julio de 2022];60:241–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32919363/>
20. Liang S, Chau JPC, Lo SHS, Zhao J, Choi KC. Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care* [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 2 de julio de 2022];34(4):378–87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33250403/>
21. Sahawneh F, Boss L. Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review. *Nurs Crit Care* [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 2 de julio de 2022];26(3):166–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33474830/>
22. McKenzie J, Joy A. Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta-analysis. *Australas J Ageing* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 2 de julio de 2022];39(1):21–30. Disponible en:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31250961/>
23. Lin L, Peng Y, Zhang H, Huang X, Chen L, Lin Y. Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurs open* [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 2 de julio de 2022];9(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35434971/>
  24. Chen TJ, Traynor V, Wang AY, Shih CY, Tu MC, Chuang CH, et al. Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 1 de julio de 2022;131:104239.
  25. Pabón-Martínez BA, Rodríguez-Pulido LI, Henao-Castaño AM. La familia en la prevención del delirium en la unidad de cuidados intensivos: scoping review. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 2 de julio de 2022];33(1):33–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-familia-prevencion-del-delirium-S113023992100033X>
  26. Olmo, Rafael Santamaría. "Programa de habilidades en lectura crítica español (CASPe)." *NefroPlus* 9.1 (2017): 100-101. <https://www.revistanefrologia.com/es-programa-habilidades-lectura-critica-espanol-articulo-X1888970017612483>
  27. Qin M, Gao Y, Guo S, Lu X, Zhu H, Li Y. Family intervention for delirium for patients in the intensive care unit: A systematic meta-analysis. *J Clin Neurosci*. 2022;96:114-119. doi:10.1016/j.jocn.2021.11.011
  28. Bannon L, McGaughey J, Verghis R, Clarke M, McAuley DF, Blackwood B. The effectiveness of non-pharmacological interventions in reducing the incidence and duration of delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2019;45(1):1-12. doi:10.1007/s00134-018-5452-x
  29. Bohart S, Møller AM, Andreassen AS, Waldau T, Lamprecht C, Thomsen T. Effect of Patient and Family Centred Care interventions for adult intensive care unit patients and their families: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;69:103156. doi:10.1016/j.iccn.2021.103156
  30. Mao Y, Lu Z. MeSH Now: automatic MeSH indexing at PubMed scale via learning to rank. *J Biomed Semantics*. 2017;8(1):15. Published 2017 Apr 17. doi:10.1186/s13326-017-0123-3

## ANEXOS

## ANEXO 01

<b>Cuadro N° 01: Descripción del Problema</b>	
<b>1</b>	<b>Contexto-Lugar</b> Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital de Essalud Chiclayo.
<b>2</b>	<b>Personal de Salud</b> Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos
<b>3</b>	<b>Paciente</b> Paciente adulto internado en la UCI
<b>4</b>	<b>Problema</b> El paciente críticamente enfermo requiere atención multidisciplinaria que conlleve a la restauración total de su salud, muchas veces, los procedimientos y cuidados enfocados a la prevención de las complicaciones propias del ambiente hospitalario ameritan garantizar la asepsia y antisepsia del microambiente del paciente y un entorno libre de perturbaciones; este planteamiento ha justificado durante años la restricción de visitas de los pacientes a la unidad de cuidados intensivos, en la UCI de un Hospital de Essalud Chiclayo, se ha identificado que aún es controversial el efecto de la compañía de los familiares, donde la flexibilidad vs. restricción de visitas en la UCI, necesita ser reorientada como estrategia de prevención y síndrome post-UCI en la familia.
<b>4.1</b>	<b>Evidencias internas: Justificación de práctica habitual</b> La UCI de un hospital de Essalud – Chiclayo, mantiene una política de visitas restrictivas; los horarios de visita se dan en el lapso de 1 hora al día, ingresan solo un familiar directo en algunos casos dos, con una duración mínima de 10 a 15min y sujeto a la demanda de trabajo y carga laboral de cada turno, dentro de las atenciones multidisciplinarias conducente a la restauración la salud y en función a la susceptibilidad a infecciones que representa el estado inmunológico del paciente, haciendo que los horarios aun sean restringidos, a pesar de que el enfoque de atención integral actual lleva a considerar las necesidades biopsicosociales como variables de importante participación en la recuperación del estado de salud del paciente.
<b>4.2</b>	<b>Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica</b>

	<p>El delirium es una alteración cognitiva relacionada con resultados negativos en el paciente interno en la unidad de cuidados intensivos (UCI), las intervenciones familiares a través de las visitas extendidas pueden ser efectivas para reducir la incidencia de esta condición y ofrecer múltiples beneficios para el paciente y su familiar/cuidador, por lo que es relevante seguir evaluando la experiencia con esta intervención ya que no se ha comprobado que exista un incremento del riesgo de infecciones al comparar la estrategia restrictiva y la flexible.</p>
<b>5</b>	<p><b>Motivación del problema</b></p> <p>Identificar las estrategias que permitan la inclusión de la incorporación temprana de la familia en la UCI, en la prevención del delirium en la UCI del adulto que pueden ser integradas al ABCDEF.</p>

## Anexo 02

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 01</b>		
<b>Título de la Investigación a validar:</b> Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: the ICU visits randomized clinical trial		
<b>Metodología:</b> Ensayo clínico aleatorizado cruzado por conglomerados		
<b>Año:</b> 2019		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El resultado primario fue la incidencia de delirio durante la estancia en la UCI, evaluada mediante el CAM-ICU. Los resultados secundarios incluyeron infecciones adquiridas en la UCI para los pacientes; síntomas de ansiedad y depresión evaluados mediante el HADS; y burnout para el personal de la UCI (Maslach Burnout Inventory). La duración media diaria de las visitas fue significativamente mayor con las visitas flexibles. La incidencia de delirio durante la estancia en la UCI no fue significativamente diferente entre las visitas flexibles y restringidas, incluidas las infecciones adquiridas en la UCI y agotamiento del personal. Para los miembros de la familia, ansiedad y puntuaciones de depresión fueron significativamente mejores con visitas flexibles.	Entre los pacientes en la UCI, una política de visitas familiares flexibles, frente a un horario de visitas estándar restringido, no redujo significativamente la incidencia de delirio.

<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?</p>	<p>En este ensayo clínico aleatorio cruzado por conglomerados que involucró a 1685 pacientes en la unidad de cuidados intensivos, la incidencia de delirio fue del 18,9 % en el grupo de visitas familiares flexibles en comparación con el 20,1 % en el grupo de visitas restringidas estándar, una diferencia que no fue estadísticamente significativa.</p>	<p>Lo resuelve parcialmente</p>
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</p>	<p>Los resultados son importantes, pero no aplicables en mi realidad a investigar porque para implementar un sistema educativo familiar sobre la UCI, como lo hizo el estudio, y aplicar los TEST, se necesita mayor cantidad de recursos humanos, personal de enfermería y en el hospital en estudio tiene el principal problema de la brecha de recursos.</p>	<p>Puedo aplicarse bajo la condición de contar con mayor recurso humano para realizar la intervención.</p>

<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</p>	<p>Las juntas de revisión institucional de todos los centros participantes aprobaron el estudio. Se utilizó un proceso de consentimiento mixto. A nivel de grupo, el jefe de la UCI y el director del hospital dieron su consentimiento por escrito para el protocolo del estudio. Se obtuvo el consentimiento por escrito de todos los miembros de la familia y los médicos que participaron en el estudio.</p>	<p>Sí</p>
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</p>	<p>Sí son válidos porque el tipo de estudio es un ensayo clínico aleatorizado cruzado por conglomerados comparar los resultados del paciente, la familia y el médico asociados con un modelo flexible de visitas familiares o el modelo habitual de visitas restringidas en las UCI para adultos.</p> <p>Participaron 50 pacientes, familiares y médicos de 36 UCI, haciendo un total de 1650 pacientes con horario de visita restringido (&lt;4,5 horas por día) en Brasil.</p>	<p>Sí</p>



<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 02</b>		
<b>Título de la Investigación a validar:</b> a family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: a feasibility randomised controlled trial		
<b>Metodología:</b> Ensayo controlado aleatorizado		
<b>Año:</b> 2017		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	<p>Sesenta y un miembros de la familia fueron asignados al azar (29 en el grupo de intervención y 32 en el grupo sin intervención). La intervención consistió en que los miembros de la familia brindaran orientación o pistas de memoria (fotografías familiares, orientación del entorno) a su familiar cada día, realizaran controles sensoriales (visión y audición con anteojos y audífonos); y estimulación cognitiva o terapéutica (hablar de la vida familiar, recordar) todos los días. Se entrevistó a once enfermeras de la UCI para obtener información sobre la viabilidad y aceptabilidad de implementar la intervención. Siguiendo las instrucciones de la enfermera investigadora, el miembro de la familia realizó la intervención que fue</p>	<p>La prevalencia del delirio de la UCI en grupo de intervención fue levemente menor (50%) que el grupo de no intervención (54%). El número de días de delirio en la UCI también fue similar entre los grupos, ambos experimentaron una mediana de un día de delirio (<math>p = 0,60</math>).</p>

	<p>evaluada como factible y aceptable por los miembros de la familia y las enfermeras.</p> <p>La adherencia al protocolo podría mejorarse con métodos alternativos de recopilación de datos.</p> <p>Las enfermeras consideraron aceptables las actividades.</p>	
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Sí es útil porque el estudio realiza una intervención aceptable para la familia y enfermeras de la UCI para el manejo de Delirium	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Sí, porque el tipo de intervención utilizado en este estudio, implica que la enfermera brinde educación al miembro de la familia autodesignado y explique los componentes de la intervención, una actividad que en el medio sería fácil de aplicar pues resaltaría el enfoque personalizado para el paciente de la UCI y la necesidad de intervenciones de atención centradas en la persona.	Puedo aplicarlo.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El estudio recibió la aprobación ética y permiso para llevar a cabo el estudio	Sí

	<p>en la UCI por parte de los Comités de Ética de Investigación del Hospital Princess Alexandra (HREC/12/QPAH/540) y la Universidad Griffith (NRS/02/13/HREC).</p> <p>Todos los miembros de la familia dieron su consentimiento informado, incluidos familiares, pacientes y enfermeras.</p>	
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</p>	<p>Este estudio es un ensayo controlado aleatorizado, fueron asignados al azar, 61 miembros de la familia en Australia, a quienes les fueron asignados al azar (29 en el grupo de intervención y 32 en el grupo sin intervención).</p>	<p>Sí</p>

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 03</b>		
<b>Título de la Investigación a validar:</b> Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis		
<b>Metodología:</b> Revisión sistemática y metaanálisis en red		
<b>Año:</b> 2020		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se incluyeron 26 estudios elegibles en el metaanálisis en red y se agruparon en siete tipos de intervención: intervención del entorno físico (PEI), reducción de la sedación (SR), participación familiar (FP), programa de ejercicios (EP), mejora de la hemodinámica cerebral (CHI), estudios de componentes múltiples (MLT) y estudios habituales. cuidado (UC).	<p>Con respecto a la <b>reducción de la incidencia de delirio</b>, las dos intervenciones más efectivas fueron FP (cociente de riesgo (RR) 0,19, intervalo de confianza (IC) del 95 % de 0,08 a 0,44; superficie bajo la curva de clasificación acumulativa (SUCRA) = 94 %) y MLT (RR 0,43; IC del 95 %: 0,30 a 0,57; SUCRA = 68 %) en comparación con la observación.</p> <p>Todas las intervenciones demostraron una eficacia no significativa con respecto a la duración del delirio y la <b>duración de la estancia del paciente en la UCI</b>, se encontró que MLT (SUCRA = 78,6 % y 71,2 %, respectivamente) era la estrategia de intervención más eficaz.</p>

<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?</p>	<p>El análisis de SUCRA sugirió que FP (94 %) fue la intervención más efectiva para <b>reducir la incidencia de delirio</b>, seguida de EP (74 %), MLT (68 %), CHI (58 %), PEI (26 %) y SR (18%). MLT ocupó el primer lugar en términos de <b>reducción de días de delirio</b> (78,6 %).</p> <p>PF es la intervención más eficaz para reducir el delirio en lugar de la MLT ya que es una intervención prometedora y debe ser parte indispensable de la combinación de medidas de múltiples componentes tomadas para prevenir el delirio.</p>	<p>Resuelve el problema.</p>
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</p>	<p>Si son aplicables porque compara las intervenciones no farmacológicas para prevenir el delirio en pacientes críticos y encontrar el régimen óptimo de tratamiento, donde las MLT son, las técnicas de intervención óptimas para y reducir la duración de la estancia en la UCI, y PF para reducir la incidencia.</p>	<p>Puedo Aplicarlo</p>

<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</p>	<p>Dos investigadores revisaron de forma independiente los textos completos, cualquier discrepancia en la extracción de datos fue analizada por otro revisor. La calidad de la metodología fue evaluada por dos revisores independientes utilizando la Escala de evaluación de la calidad de Newcastle-Ottawa.</p>	<p>Sí</p>
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</p>	<p>De acuerdo con el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (Versión 5.1.0), se calcularon los cocientes de riesgos (RR) agrupados y los intervalos de confianza (IC) del 95% de las comparaciones directas entre dos grupos.</p>	<p>Sí</p>

**Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 04**

**Título de la Investigación a validar:** Efectos de las intervenciones no farmacológicas para la prevención del delirio en los resultados clínicos, psicológicos y familiares de los pacientes en estado crítico: una revisión sistemática y un metanálisis

**Metodología:** Revisión sistemática y metanálisis

**Año:** 2021

<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	<p>Las intervenciones no farmacológicas redujeron la incidencia de delirio, la duración del delirio y duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>La síntesis narrativa implicó mejoras adicionales en la recuperación psicológica de los pacientes y la satisfacción de las familias con la atención a través de intervenciones no farmacológicas.</p> <p>En cuanto a los tipos de intervención efectivos, la evidencia de certeza moderada demuestra que son la movilización temprana y participación familiar y el uso de intervenciones multicomponente se asocian con una incidencia reducida de delirio, pues de 5 estudios que investigaron los efectos de la participación familiar, 4 midieron la incidencia de delirio, demostrando un efecto estadísticamente significativo en su disminución.</p>	<p>Recomiendan a los profesionales sanitarios aplicar intervenciones un solo componente (p. ej., movilización precoz, participación familiar) o de componentes múltiples en la práctica clínica para prevenir la aparición de delirio en los pacientes de la UCI.</p>

¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Sí es útil porque recomienda la aplicabilidad de la participación familiar en la UCI para prevenir el Delirio	Resuelve el problema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Los resultados de este estudio son aplicables a mi realidad a investigar, ya que, según la revisión realizada, en algunos estudios se involucró a la familia en la prevención del delirio con estrategias que incluyeron apoyo psicológico a los miembros de la familia y un modelo de visitas extendidas, lo que resultó en una reducción de la incidencia (9,6 % frente al 25 %) y la duración (1,5 frente a 3 día).	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Se utilizaron los criterios de evaluación, desarrollo y evaluación de clasificación de recomendaciones para evaluar la calidad de la evidencia para cada resultado de la revisión. Dos revisores independientes evaluaron el riesgo de sesgo y se utilizaron listas de verificación de evaluación crítica de JBI, el tercer revisor emitía el juicio decisivo.	Sí
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Sí son válidos porque se trata de una revisión sistemática y metanálisis con 34 estudios (10 ensayos controlados aleatorios, 8 ensayos clínicos controlados y 16	Sí



	<p>estudios de antes y después). Los tamaños del efecto de la implementación de intervenciones no farmacológicas se expresaron como odds ratio (OR) junto con un intervalo de confianza (IC) del 95% para los resultados dicotómicos (como la incidencia de delirio y la mortalidad) y se agruparon mediante un modelo de Mantele Haenszel y como diferencia de medias (MD) con un IC del 95 % para las variables continuas (como la duración del delirio y la estancia en la UCI) y agrupadas mediante el método de la varianza inversa.</p>	
--	---	--

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 05</b>		
<b>Título de la Investigación a validar:</b> Intervenciones no farmacológicas para la prevención del delirio en la unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora		
<b>Metodología:</b> Revisión integradora		
<b>Año:</b> 2021		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
<b>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</b>	Se eligieron 8 artículos cuantitativos y 4 artículos cualitativos. Ocho estudios cuantitativos proporcionan evidencia significativos ( $P < 0,05$ ) para la eficacia de sus intervenciones para proporcionar beneficios a al menos un resultado relacionado con el delirio. Los 4 estudios de investigación cualitativos brindan información sobre el delirio en la UCI por parte del personal y las familias de los pacientes que comparten el deseo de utilizar intervenciones no farmacológicas eficaces.	Las intervenciones no farmacológicas utilizadas para pacientes en la UCI pueden ser eficaz para reducir la incidencia y la duración del delirio en adulto, sin embargo, la evidencia publicada que estudia las intervenciones no farmacológicas en la UCI es escasa.
<b>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?</b>	El estudio muestra hallazgos de medidas no farmacológicas para prevenir la incidencia y duración del delirio, sin embargo, describe muy poca información acerca de la función de la familia y su intervención, solo la menciona como una de las intervenciones rentables y lo suficientemente oportunas para adaptarse, pero en su análisis refiere que no podrían darse cuenta completamente de su viabilidad o eficacia, porque no hallaron datos	No lo resuelve.

	sobre la tasa de adhesión del personal a las intervenciones.	
<b>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</b>	No porque no dan evidencia suficiente de que los resultados de este estudio sean aplicables a mi realidad a investigar.	No Puedo aplicarlo
<b>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</b>	Participaron 2 revisores en 2 momentos diferentes de la evaluación y análisis de datos, además, los 8 estudios cuantitativos que seleccionaron, proporcionaron pruebas significativas ( $p < 0,05$ ) de la eficacia de sus intervenciones para proporcionar beneficios en al menos un resultado relacionado con el delirio.	Sí
<b>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</b>	Revisión integradora que se basó en la metodología de Whitemore y Knafl, que permitió combinar metodologías para estudios experimentales y no experimentales. Se eligieron 8 artículos cuantitativos y 4 artículos cualitativos para incluirlos en esta revisión.	Sí

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 06</b>		
<b>Título de la Investigación a validar:</b> Intervención familiar para el delirio de pacientes en la unidad de cuidados intensivos: un metanálisis sistemático		
<b>Metodología:</b> Metanálisis Sistemático		
<b>Año:</b> 2021		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
<b>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</b>	Este estudio sistemático resultó que en comparación con el grupo control, el riesgo de delirio fue un 24% menor en el grupo de intervención familiar (OR 0,76 [0,67-0,86], P = 0,20, I2 = 31%). Los datos agrupados de 2 ensayos mostraron que la intervención familiar se asoció con menos días de delirio (DME: -1,13, IC del 95 %: -1,91 a -0,34; P = 0,08; I2 = 67 %;).	La evidencia actual apoya el uso de la intervención familiar para reducir el riesgo de delirio y los días de delirio en pacientes hospitalizados en UCI
<b>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?</b>	Sí es útil porque menciona a la intervención familiar en UCI para reducir los riesgos de delirium.	Sí, resuelve el problema.
<b>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</b>	Sí, porque dan evidencia de que los resultados de este estudio son aplicables a mi realidad a investigar.	Puedo aplicarlo
<b>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</b>	Se realizaron búsquedas en bases de datos electrónicas de ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohortes y de antes y después hasta septiembre de 2021 mediante los términos MeSH ("familia" O "cuidador familiar") Y ("delirio").	Sí

<b>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</b>	Se analizaron un total de 6 estudios que incluyeron 4199 pacientes.	Sí
---	---	----

<b>TITULO</b>	<b>THE EFFECTIVENESS OF NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN REDUCING THE INCIDENCE AND DURATION OF DELIRIUM IN CRITICALLY ILL PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META ANÁLISIS</b>	
<b>METODOLOGIA</b>	Revisión sistemática y un metanálisis en red	
<b>AÑO</b>	2018	
<b>PREGUNTA</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</b>	Se identificaron 15 ensayos, con un total de 2812 participantes. Incluyeron ECA de pacientes en estado crítico que evaluaron la efectividad de las intervenciones no farmacológicas dirigidas a la prevención o el tratamiento o ambos en comparación con la atención habitual (ninguna intervención), diferentes intervenciones no farmacológicas o intervenciones farmacológicas para reducir la incidencia y duración del delirio.	La evidencia no apoya el uso de intervenciones no farmacológicas para reducir la incidencia y la duración del delirio en pacientes en estado crítico, por lo que el estudio, recomienda se investigue en estudios posteriores, intervenciones de componentes múltiples bien diseñadas y bien descritas, en donde se incluyan medidas de resultado adecuadamente definidas.
<b>¿Parecen útiles los hallazgos para RESOLVER mi problema?</b>	Sí bien, la investigación considera la participación de la familia en la UCI para manejo del delirio, incluye comparación con intervenciones farmacológicas. El objetivo de esta revisión fue evaluar la efectividad de las intervenciones no farmacológicas en comparación con la atención estándar u otras intervenciones farmacológicas o no	Resuelve parcialmente el problema.

	farmacológicas sobre la incidencia y la duración.	
<b>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</b>	Once ensayos informaron incidencia de delirio, de los cuales: la terapia con luz brillante no mostró efecto significativo, siete ensayos de diversas intervenciones individuales tampoco informaron efectos significativos. Ocho ensayos informaron duración del delirio: fisioterapia multicomponente no mostró efectos significativos, otros cuatro ensayos de diversas intervenciones individuales tampoco informaron efectos significativos, solo un ensayo de reorientación de la voz familiar mostró un efecto beneficioso.	No puedo aplicarlo
<b>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</b>	Hay evidencia de calidad baja a muy baja que sugiere que las intervenciones no farmacológicas de uno o varios componentes son efectivas para reducir la incidencia y la duración del delirio en pacientes en estado crítico.	No muestra alto grado de evidencia
<b>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</b>	La metodología utilizada fue revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorios. El metanálisis se realizó mediante modelos de efectos aleatorios. Se consideraron 15 ensayos, con una totalidad de 2812 pacientes críticos atendidos	Sí

	en las UCI de cualquier especialidad.	
--	---------------------------------------	--



<b>TITULO</b>	<b>FAMILY-CENTRED CARE INTERVENTIONS TO REDUCE THE DELIRIUM PREVALENCE IN CRITICALLY ILL PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.</b>	
<b>METODOLOGIA</b>	Revisión sistemática y metanálisis	
<b>AÑO</b>	2022	
<b>PREGUNTA</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</b>	Los resultados del metanálisis mostraron que, en comparación con la atención habitual, la intervención de atención centrada en la familia tiene efectos positivos en la reducción de la prevalencia del delirio en la UCI [RR = 0,54, IC del 95% (0,36, 0,81), $p < 0,05$ ].	La atención centrada en la familia es una intervención eficaz para reducir la prevalencia del delirio en la UCI.
<b>¿Parecen útiles los hallazgos para RESOLVER mi problema?</b>	Sí es útil porque habla sobre la atención centrada en la familia para reducir la prevalencia del delirium.	Sí, resuelve el problema.
<b>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</b>	Sí, porque dan evidencia de que los resultados de este estudio son aplicables a mi realidad a investigar.	Puedo aplicarlo
<b>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</b>	Se realizaron metanálisis y se presentaron por cociente de riesgos (RR), diferencia de medias (DM) e intervalos de confianza (IC) del 95% correspondientes.	Sí
<b>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</b>	La metodología utilizada es la revisión sistemática y el metanálisis. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed,	Sí

	<p>Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, Web of Science, CINAHL Complete, Infraestructura Nacional de Conocimiento de China (CNKI), disco de Medicina Biológica de China (CBMdisc), datos WANFANG e información VIP</p> <p>La revisión sistemática y el metanálisis finalmente incluyeron siete estudios publicados en 2010-2021.</p>	
--	---	--

<b>TITULO</b>	<b>EFFECT OF PATIENT AND FAMILY CENTRED CARE INTERVENTIONS FOR ADULT INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS AND THEIR FAMILIES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS</b>	
<b>METODOLOGIA</b>	A systematic review and meta-analysis	
<b>AÑO</b>	2022	
<b>PREGUNTA</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</b>	Evaluar la evidencia sobre la viabilidad y el efecto de las intervenciones de atención centradas en el paciente y la familia proporcionadas en la unidad de cuidados intensivos, con uno o varios componentes, versus atención habitual, para reducir el delirio.	Se encontró evidencia de certeza moderada a baja que indica que la atención centrada en el paciente y la familia no tiene efectos sobre el delirio, la ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático, la mortalidad hospitalaria, la duración de la estancia en cuidados intensivos o la ansiedad, la depresión y la ansiedad de los familiares. trastorno de estrés traumático
<b>¿Parecen útiles los hallazgos para RESOLVER mi problema?</b>	El estudio evalúa la evidencia de varios aspectos sobre la viabilidad y el efecto de las intervenciones de atención centradas en el paciente y la familia proporcionadas en la UCI, con uno o varios componentes, frente a la	No lo resuelve.

	<p>atención habitual; sin embargo, considera varios componentes, entre ellos el delirio, y otros como la ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático en pacientes y familiares.</p>	
<p><b>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</b></p>	<p>No, porque dan muy poca evidencia de aspectos relacionados con el efecto de las intervenciones de atención centrada en el paciente y la familia relacionada específicamente al delirio.</p>	<p>No puedo aplicarlo.</p>
<p><b>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</b></p>	<p>Se utilizó GRADE para evaluar la certeza de la evidencia. Dos autores (evaluaron por separado cada resultado mediante los criterios GRADE; riesgo de sesgo, inconsistencia, imprecisión, falta de direccionalidad y sesgo de publicación. La certeza de la evidencia se categorizó posteriormente como alta, moderada, baja o muy baja</p>	<p>Sí</p>
<p><b>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</b></p>	<p>Se realizó una revisión sistemática y metanálisis; se planificó, realizó e informó siguiendo las</p>	<p>Sí</p>

	<p>pautas PRISMA. Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática, cribado e inclusión de estudios, extracción de datos y evaluación del riesgo de sesgo según la metodología Cochrane; y el estudio se registró en PROSPERO (CRD42020160768).</p>	
--	--	--

<b>TITULO</b>	<b>COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS FOR PREVENTING DELIRIUM IN CRITICALLY ILL ADULTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND NETWORK META-ANALYSIS</b>	
<b>METODOLOGIA</b>	Revisión sistemática y un metaanálisis en red	
<b>AÑO</b>	2022	
<b>PREGUNTA</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</b>	Las comparaciones de intervenciones basadas en el tratamiento indicaron que las intervenciones específicas de múltiples tratamientos redujeron significativamente la incidencia y la duración del delirio en la UCI, en particular la implicación de la movilización temprana y la participación familiar	La movilización temprana y la participación de la familia en intervenciones no farmacológicas parecieron ser más efectivas para reducir la incidencia de delirio en la UCI.
<b>¿Parecen útiles los hallazgos para RESOLVER mi problema?</b>	Sí es útil porque indican la participación de la familia en la UCI para reducir la incidencia de delirio.	Sí, resuelve el problema.
<b>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</b>	Sí, porque dan evidencia de que los resultados de este estudio son aplicables a mi realidad a investigar.	Puedo aplicarlo
<b>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</b>	Dos revisores examinaron de forma independiente la elegibilidad del título y el resumen según los criterios de inclusión y exclusión.  Se utilizó el metaanálisis de red de efectos aleatorios para estimar los	Sí

	efectos comparativos de las intervenciones no farmacológicas en la reducción de la incidencia y la duración del delirio.	
<b>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</b>	Se incluyeron un total de 29 estudios con 7005 pacientes en estado crítico. 26 y 11 estudios informaron la incidencia y la duración del delirio, respectivamente.	Sí

<b>TITULO</b>	<b>THE FAMILY IN PREVENTING DELIRIUM IN THE INTENSIVE CARE UNIT: SCOPING REVIEW</b>	
<b>METODOLOGIA</b>	Revisión sistemática	
<b>AÑO</b>	2022	
<b>PREGUNTA</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</b>	Los resultados se describieron en 3 categorías: flexibilidad vs restricción de visitas en UCI, reorientación como estrategia de prevención y síndrome post-UCI en la familia.	Las visitas prolongadas, el desarrollo de actividades mediadas por la familia y la redirección son estrategias no farmacológicas que reducen la incidencia de delirio en la UCI y ofrecen múltiples beneficios para el paciente y la familia.
<b>¿Parecen útiles los hallazgos para RESOLVER mi problema?</b>	Sí, Las intervenciones reportadas en la literatura para la prevención del delirio que incluyen a la familia son horarios de visita flexibles y reorientación del paciente en la UCI, tanto presencial como audio mediadas, ambas intervenciones pueden ser útiles para reducir la incidencia del delirio, aunque los autores refieren que se necesitan más estudios sobre el componente de flexibilidad para estar más seguros de su eficacia.	Lo resuelve parcialmente.
<b>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</b>	Para su aplicación, requiere de recurso humano disponible.	Puedo aplicarlo, bajo ciertas condiciones, como es flexibilización de visitas o visitas extendidas.



<p><b>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</b></p>	<p>Los artículos incluidos tienen el 60% del puntaje posible en el análisis de lectura crítica de la herramienta CASPe, no existe homogeneidad en la calidad de los artículos evaluados, por lo que mencionan, puede afectar el nivel de evidencia de los resultados.</p>	<p>No</p>
<p><b>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</b></p>	<p>Se llevó a cabo una revisión de alcance o scoping review, utilizando los 5 pasos definidos por Arskey y O'Malley como marco: 1) Identificación de la pregunta de investigación, 2) Identificación de estudios relevantes, 3) Selección de estudios, 4) Análisis de datos y 5) Cotejo, resumen y reporte de resultados.</p>	<p>Sí</p>