



REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

**INFORME DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
CON MENCIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS**

TEMA:

**PROTOCOLO PARA PREVENIR EL DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS
EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA**

AUTOR:

**MARÍA FERNANDA MAYA MALDONADO
CAROL YULEISBI MONCADA YANZA
MARÍA JOSÉ SAGAL RODRÍGUEZ
JOSEPH FERNANDO ZAMBRANO REQUELME**

TUTORA:

LIC. JEANNETTE MERCEDES ACOSTA NUÑEZ , PhD

MILAGRO, 2025

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **María Fernanda Maya Maldonado**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 1 de agosto del 2025



María Fernanda Maya Maldonado

C.I.: 0705206076

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Carol Yuleisbi Moncada**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.



Carol Yuleisbi Moncada Yanza

C.I.: 0924431919

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **María José Sagal Rodríguez, Joseph Fernando Zambrano Requelme**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.



María José Sagal Rodríguez

C.I.: 0705946507

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Joseph Fernando Zambrano Requelme**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.



Joseph Fernando Zambrano Requelme

C.I.: 0705946507

V

Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación

Yo, Lic. Jeannette Mercedes Acosta Nuñez M.Sc.; Ph.D, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **María Fernanda Maya Maldonado, Carol Yuleisbi Moncada Yanza María José Sagal Rodríguez, Joseph Fernando Zambrano Requelme**, cuyo tema es **Protocolo Para Prevenir el Delirium en Pacientes Críticos en Unidades de Cuidados Intensivos. Revisión Sistemática**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 1 agosto del 2025



JEANNETTE MERCEDES
ACOSTA NUNEZ

Jeannette Mercedes Acosta Nuñez M.Sc.;Ph.D

C.I.: 1804378113

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los tres días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 11:30 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. ZAMBRANO REQUELME JOSEPH FERNANDO, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **PROTOCOLO PARA PREVENIR EL DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA.** ", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), LLERENA CRUZ CARMEN ALICIA en calidad de Vocal; y, HERNANDEZ NAVARRO ELENA VICENTA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo la calificación de: **99.30** equivalente a: **EXCELENTE**.

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:30 horas.



Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



LLERENA CRUZ CARMEN ALICIA
VOCAL



HERNANDEZ NAVARRO ELENA VICENTA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



LIC. ZAMBRANO REQUELME JOSEPH FERNANDO
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los tres días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 11:30 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, SALUD SAGAL RODRÍGUEZ MARÍA JOSÉ, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **PROTOCOLO PARA PREVENIR EL DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA.** ", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), LLERENA CRUZ CARMEN ALICIA en calidad de Vocal; y, HERNANDEZ NAVARRO ELENA VICENTA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo la calificación de: **97.50** equivalente a: **EXCELENTE**.

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:30 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmasEC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**CARMEN ALICIA
LLERENA CRUZ**
Validar únicamente con FirmasEC

LLERENA CRUZ CARMEN ALICIA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**ELENA VICENTA
HERNANDEZ NAVARRO**
Validar únicamente con FirmasEC

HERNANDEZ NAVARRO ELENA VICENTA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**MARIA JOSE SAGAL
RODRIGUEZ**
Validar únicamente con FirmasEC

SALUD SAGAL RODRÍGUEZ MARÍA JOSÉ
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los tres días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 11:30 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. MONCADA YANZA CAROL YULEISBI, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **PROTOCOLO PARA PREVENIR EL DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA.** ", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), LLERENA CRUZ CARMEN ALICIA en calidad de Vocal; y, HERNANDEZ NAVARRO ELENA VICENTA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo la calificación de: **98.83** equivalente a: **EXCELENTE**.

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:30 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaRC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**CARMEN ALICIA
LLERENA CRUZ**
Validar únicamente con FirmaRC

LLERENA CRUZ CARMEN ALICIA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**ELENA VICENTA
HERNANDEZ NAVARRO**
Validar únicamente con FirmaRC

HERNANDEZ NAVARRO ELENA VICENTA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Carol Yuleisbi
Moncada Yanza
Time Stamping
Security Data

LIC. MONCADA YANZA CAROL YULEISBI
MAGÍSTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los tres días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 11:30 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. MAYA MALDONADO MARÍA FERNANDA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **PROTOCOLO PARA PREVENIR EL DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA.** ", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), LLERENA CRUZ CARMEN ALICIA en calidad de Vocal; y, HERNANDEZ NAVARRO ELENA VICENTA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo la calificación de: **97.47** equivalente a: **EXCELENTE**.

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:30 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**CARMEN ALICIA
LLERENA CRUZ**
Validar únicamente con FirmaEC

LLERENA CRUZ CARMEN ALICIA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**ELENA VICENTA
HERNANDEZ NAVARRO**
Validar únicamente con FirmaEC

HERNANDEZ NAVARRO ELENA VICENTA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**MARIA FERNANDA MAYA
MALDONADO**
Validar únicamente con FirmaEC

LIC. MAYA MALDONADO MARÍA FERNANDA
MAGISTER

Dedicatoria

A Dios, sustento inalterable de nuestro camino, por iluminar cada fase de esta travesía intelectual y conferirnos la resiliencia para culminarla. Reconocidos por ser Él el cimiento de nuestro vigor y lucidez en esta conquista académica, dedicamos esta investigación con júbilo, afecto y certidumbre a nuestros seres queridos, columnas inquebrantables de nuestro progreso. Es privilegio de los autores dedicarles este logro, obtenido mediante rigor, diligencia y tenaz esfuerzo colectivo.

Agradecimientos

Mi sincero agradecimiento a mis colegas de grupo por el trabajo en equipo, a nuestros profesores por su guía, y a quienes me brindaron palabras de aliento en momentos clave.

María Fernanda Maya Maldonado

Agradezco a la institución por las oportunidades de aprendizaje, a mis compañeros por su colaboración, y a mi familia por creer en mí siempre.

Carol Yuleisbi Moncada Yanza

Agradezco a mi mamá, familia y amigos por sostenerme y acompañarme durante este proceso, sin su apoyo este logro académico no sería posible.

María José Sagal Rodríguez

Mi más sincero agradecimiento a Dios, a mi familia y a mis compañeros de maestría, quienes con su apoyo y confianza hicieron posible este logro.

Joseph Fernando Zambrano Requelme

Resumen

Introducción: Durante la estancia en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) uno de los síndromes más comunes es el Delirium, cuyos signos y síntomas neuropsiquiátricos de carácter agudo afectan a alrededor del 50% de los pacientes críticos y hasta el 80% en pacientes ventilados mecánicamente, pese a estos datos dentro del Ecuador actualmente no existe un protocolo estandarizado a nivel hospitalario que facilite su prevención y manejo eficiente lo que lo convierte en una problemática de Salud Pública, ya que aumenta la tasa de mortalidad, secuelas permanentes aumentado el costo sanitario y además, aumenta la carga laboral de los profesionales de la UCI. **Objetivo:** establecer el protocolo efectivo para la prevención del delirium en pacientes críticos en Unidades de Cuidados Intensivos. **Materiales y métodos:** revisión sistémica mediante el método PRISMA se creó una base de datos en Excel para mejorar la síntesis de datos donde se incluyeron variables específicas como: tema original, año, tipo de estudio, objetivo, metodología y resultados. **Resultados:** se analizaron 53 estudios clínicos sobre la efectividad de distintos protocolos e intervenciones mediante el cálculo de la incidencia del grupo de control, intervención y la reducción absoluta del riesgo (ARR); también en base a los resultados de 29 estudios clínicos, considerando los odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %). Todas las intervenciones analizadas mostraron una reducción significativa, la intervención más efectiva fue reducir y optimizar el uso de sedación, (OR: 0,48), lo que indica una reducción de más del 50 % en la probabilidad de delirio. **Conclusión:** La escala Nu-DESC es la herramienta más precisa para la detección temprana del delirium; el uso de omega-3 como factor protector en conjunto con las intervenciones no farmacológicas, en especial la movilización temprana y la reorientación cognitiva, se consolidan como alternativas eficaces, de bajo costo y fácilmente aplicables en el entorno hospitalario.

Palabras claves

Delirio, Cuidados Críticos, Protocolos Clínicos, Prevención de Enfermedades, Enfermería de cuidados críticos

Abstract

Introduction: During the stay in Intensive Care Units (ICU) one of the most common syndromes is Delirium, whose acute neuropsychiatric signs and symptoms affect around 50% of critically ill patients and up to 80% in mechanically ventilated patients, despite these data within Ecuador currently there is no standardized protocol at the hospital level that facilitates its prevention and efficient management, which makes it a Public Health problem, since it increases the mortality rate, permanent sequelae, increasing the health cost and also increases the workload of ICU professionals.

Objective: to establish the effective protocol for the prevention of delirium in critically ill patients in Intensive Care Units. **Materials and methods:** A systemic review using the PRISMA method was carried out. An Excel database was created to improve data synthesis and specific variables were included, such as: original topic, year, type of study, objective, methodology, and results. **Results:** 53 clinical studies on the effectiveness of different protocols and interventions were analyzed by calculating the incidence of the control group, intervention, and absolute risk reduction (ARR); also based on the results of 29 clinical studies, considering the odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95% CI). All interventions analyzed showed a significant reduction; the most effective intervention was reducing and optimizing the use of sedation (OR: 0.48), indicating a reduction of more than 50% in the probability of delirium. **Conclusion:** The Nu-DESC scale is the most accurate tool for the early detection of delirium. The use of omega-3 as a protective factor in conjunction with non-pharmacological interventions, especially early mobilization and cognitive reorientation, are established as effective, low-cost, and easily applicable alternatives in the hospital setting.

Keywords:

Delirium, Critical Care, Clinical Protocols, Disease Prevention, Critical Care Nursing

Lista de Figuras

Figura 1 Flujograma estrategias de búsqueda y resultados de la búsqueda bibliográficas	66
---	----

Lista de Tablas

Tabla 1 Operacionalización de las variables.....	12
Tabla 2 Protocolos efectivos para la prevención del delirium	28
Tabla 3 Factores de riesgo modificables vs no modificables del delirium.....	29
Tabla 4 Intervenciones no farmacológicas más efectivas en la prevención del delirium	30
Tabla 5 Precisión diagnóstica de Escalas de detección del delirium	31
Tabla 6 Complicaciones clínicas del delirium en Unidad de Cuidados Intensivos.	33
Tabla 7 Estrategias de Búsqueda y resultados de la búsqueda bibliográficas	61
Tabla 8 Resultados PRISMA.....	67

Índice / Sumario

Aprobación del Director del Trabajo de Titulación	III
Aprobación del Tribunal Calificador	IV
Dedicatoria	VIII
Agradecimientos	IX
Resumen.....	X
Palabras claves	X
Delirio, Cuidados Críticos, Protocolos Clínicos, Prevención de Enfermedades, Enfermería de cuidados críticos.....	X
Abstract.....	XI
Keywords.....	XI
Lista de Figuras	XII
Lista de Tablas.....	XIII
Índice / Sumario	XIV
Introducción.....	1
CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación.....	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Delimitación del problema.....	7
1.3. Formulación del problema.....	8
1.4. Preguntas de investigación	9
1.5. Objetivos.....	10
1.5.1. Objetivo general.....	10
1.5.2. Objetivos específicos.....	10
1.6. Hipótesis.....	10

1.7. Justificación	10
CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial	14
2.1. Antecedentes Referenciales	14
2.2. Marco Conceptual	17
2.3. Marco Teórico.....	20
CAPÍTULO III: Diseño Metodológico	22
3.1. Tipo y diseño de investigación	22
Estrategias de búsqueda.....	23
3.2. Población y Muestra.....	24
Selección de estudios.....	24
3.3. Los métodos y las técnicas.....	25
3.4. Procesamiento estadístico de la información	26
Extracción de datos	26
CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados	28
4.1. Análisis e Interpretación de Resultados	28
CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones.....	35
5.1. Discusión	35
5.2. Conclusiones	37
5.3. Recomendaciones.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	61
6. Anexo 1.....	61
7. Anexo 2.....	66

Introducción

Dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) uno de los síndromes más comunes es el Delirium un síndrome neuropsiquiátrico agudo, multifactorial siendo una de las complicaciones más frecuentes en este tipo de pacientes durante la estancia hospitalaria, dentro de los factores predisponentes se encuentran enfermedades neurodegenerativas y factores precipitantes como el uso de analgesia, sedantes, inmovilización, estrés por la hospitalización y privación del sueño (Sinu et al., 2024).

Se considera una problemática de Salud Pública, ya que es un indicador de pérdida de la función cerebral aguda, aumentando, las tasas de mortalidad y el costo sanitario ya que prolonga de la estancia hospitalaria; actualmente tiene una prevalencia del 80% si el paciente tiene ventilación mecánica y al menos del 50% en el caso de pacientes no ventilados, aunque por lo general suele ser transitorio, diversos estudios reportan que puede generar deterioro cognitivo persistente y reingresos a la UCI e incluso mortalidad post-alta (Mohsen et al., 2022).

En este contexto, la prevención del delirium surge como una necesidad esencial durante el manejo de pacientes críticos para mejorar sus expectativas de vida y disminuir secuelas neurológicas a largo plazo. Existen intervenciones no farmacológicas validadas cuya ejecución practica tiene un gran impacto en la reducción de la incidencia de delirium, tales como movilización precoz, reorientación cognitiva, optimización del ambiente hospitalario, el manejo adecuado del sueño y el control del dolor. Estas estrategias, cuando se implementan de forma estructurada

mediante protocolos de enfermería basados en evidencia, reducen la estancia hospitalaria y la necesidad de sedoanalgesia continua (Malik et al., 2021).

Si bien el manejo de pacientes críticos está conformado por un equipo multidisciplinario, el enfermero de la UCI tiene un rol activo fundamental ya que es el encargado del cuidado directo, esto, le da la pauta para detectar de manera precoz signos de alteración del estado mental e intervenir de manera oportuna con su criterio clínico basado en evidencia y diseñar un protocolo de prevención del Delirium eficiente.

No obstante, la escasa evidencia científica contextualizada a la realidad del Ecuador demuestra que no existen protocolos estandarizados para esta problemática implementados en los hospitales a nivel nacional, lo que aumenta las tasas de mortalidad y secuelas permanentes, por lo que sistematizar el conocimiento y adaptarlo a la realidad local permite que mejore la calidad de atención sanitaria y la percepción tanto del paciente como de las familias en las unidades de cuidados críticos (Vicente-Flores, 2023).

Por consiguiente, la presente revisión sistemática tiene como objetivo establecer el protocolo efectivo para la prevención del delirium en pacientes críticos en Unidades de Cuidados Intensivos, con la finalidad de fortalecer el cuidado crítico basado en evidencia, reducir la mortalidad asociada y las secuelas neurológicas en los pacientes.

Dentro de la revisión se concluyó que el manejo del delirium requiere un enfoque integral de intervenciones clínicas, farmacológicas y no farmacológicas, en conjunto con un diagnóstico basado en herramientas específicas son parte del protocolo, además de contrarrestar las respuestas inflamatorias incluyendo ácidos

grasos como el omega-3 que redujo el riesgo absoluto en un 20% y la minociclina, dentro de la intervención temprana esta la reorientación cognitiva; otro aspecto importante encontrado es que los pacientes con restricción de visitas presentan más probabilidades de desarrollar el síndrome delirante por lo que se retoma la importancia de un cuidado humanizado.

La escala con mayor evidencia de resultados positivos es la Nu-DESC siendo la que tras su correcta aplicación reduce el impacto clínico de esta condición, debido a que el delirium deja secuela y es el precursor de varias complicaciones posteriores al alta, esto ha impulsado que los hospitales locales busquen estrategias para reducir la incidencia de este síndrome y no catalogarlo solo como un evento transitorio.

El presente trabajo investigativo es una tesis cuya estructura se desglosa en un total de cinco capítulos desglosados de la siguiente manera: dentro del capítulo I se realiza una introducción que parte del estudio de una problemática actual, lo que justifica el estudio, planteando objetivos tanto general como específicos, siguiendo con el capítulo II donde se engloba la teoría del estudio que sustenta el marco teórico y referencial previo al estudio; por otro lado, el capítulo III desglosa la metodología empleada, basada en la guía PRISMA 2020 (PRISMA Statement.) para revisiones sistemáticas; el capítulo IV presenta el análisis e interpretación de los resultados, mientras que en el capítulo V se presenta la discusión, conclusiones y finalmente las recomendaciones.

CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

El delirium es una de las complicaciones evitables que se presentan con mayor frecuencia en pacientes ingresados en las salas de UCI, se caracteriza por un estado de alteración de la consciencia por lo que está catalogado dentro de los trastornos neuropsiquiátricos (S. Zhang et al., 2024) tiene un inicio agudo y evolución fluctuante, presenta disrupción del estado de conciencia afectando la capacidad pensamiento, alerta y cognición (Gómez Tovar & Henao Castaño, 2024; Nie et al., 2024). Su prevalencia e incidencia en pacientes críticos alcanza hasta un 80%, siendo mayor en personas con ventilación mecánica (60-80%) comparado con aquellos que no la requieren 50% (Fernandes et al., 2024; Fuentes et al., 2024).

El delirium se asocia significativamente a mayor mortalidad y estancia hospitalaria prolongada, incrementando la carga para el personal sanitario y los costes sanitarios a corto plazo hasta un 40% (Ali et al., 2021; Fernandes et al., 2024; Fuentes et al., 2024). Las consecuencias a largo plazo incluyen demencia, deterioro de la función cognitiva, limitaciones en la calidad de vida y aumenta el riesgo de reingresos hospitalarios (Bandyopadhyay et al., 2024; Owen et al., 2024). Dado su impacto multidimensional, debe manejarse con la misma prioridad que otros trastornos orgánicos típicos de esta área crítica. (Sinu et al., 2024).

La importancia del delirium trasciende las esferas clínicas, generando impacto psicológico significativo en pacientes y familiares, además, tiene un impacto negativo para los sistemas de salud en todo el mundo debido a las demandas especiales de cuidado que requieren estos pacientes (Sinu et al., 2024).

Los mecanismos fisiopatológicos que desencadenan el delirium no están completamente esclarecidos; sin embargo, la evidencia actual demuestra una etiología multifactorial resultante de múltiples interacciones (Ali et al., 2021). Se identifican factores predisponentes (características inherentes del paciente): mayor edad, antecedentes de demencia, diabetes, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, elevación de biomarcadores (Minami et al., 2023), coma previo, intervenciones de urgencia y trauma. Por otro lado, están los factores precipitantes, susceptibles de modificación: tratamiento farmacológico, dolor, deshidratación, estrés, alteración del ciclo sueño-vigilia, inmovilización física y factores ambientales (Fernandes et al., 2024; Mohsen et al., 2022; Sinu et al., 2024).

Un estudio realizado en un hospital regional de Estados Unidos con el fin de determinar la prevalencia de delirium en la UCI. Sus hallazgos revelaron que el 77,6 % de sus pacientes presentó esta complicación, y que aquellos con diagnóstico positivo experimentaron un tiempo de hospitalización promedio significativamente mayor (Mahrouqi et al., 2024).

A nivel nacional, (Vicente-Flores, 2023) realizó un estudio sobre el delirium en UCI, determinando que, aunque la prevalencia del delirium en pacientes críticos no está completamente esclarecida, su presencia constituye un factor pronóstico independiente de alta relevancia. Este se asocia con el incremento en las tasas de mortalidad, aumenta los días de hospitalización, prolongación del soporte ventilatorio y deterioro cognitivo posterior al alta. Los autores destacan el rol esencial del equipo de salud (médicos y enfermería) en la evaluación oportuna y precisa mediante la herramienta CAM-ICU, permitiendo detección temprana, abordaje terapéutico

inmediato y seguimiento adecuado como estrategia para disminuir la incidencia del delirium de manera significativa dentro de las unidades de cuidado crítico

En Ecuador, la investigación sobre delirium en pacientes críticos dentro de las salas de UCI es limitada. A pesar del amplio estudio internacional del delirium por su impacto negativo en la evolución clínica, existe una notable carencia de estudios nacionales que aborden su prevalencia, factores de riesgo, estrategias de detección precoz y manejo clínico. Esta falta de evidencia local dificulta la implementación de protocolos estandarizados basados en nuestra realidad epidemiológica y de recursos, subrayando la necesidad urgente de fomentar investigaciones para mejorar la calidad del cuidado intensivo y los desenlaces en salud de nuestros pacientes.

A pesar de que el delirium es común y significativo, gran parte del personal de salud refiere recibir formación insuficiente sobre detección, prevención y manejo, siendo frecuentemente infradiagnosticado y resultando en ausencia de tratamiento oportuno. La evidencia detalla que el personal de enfermería ha experimentado situaciones desagradables en la atención a pacientes con delirium, generando estrés y ansiedad como consecuencia del bajo nivel de preparación para enfrentar este cuadro clínico (Fuentes et al., 2024; Sinu et al., 2024).

Esta problemática revela vuelve necesario y urgente la implementación de protocolos en base a estrategias estructuradas y basadas en evidencia para el diagnóstico precoz y prevención del delirium, sino que también fortalezcan las competencias del personal de enfermería para brindar cuidados especializados y reducir el impacto negativo de esta complicación en los pacientes críticos.

Ante la alta prevalencia del delirium en pacientes críticos, su impacto negativo en los desenlaces clínicos, la limitada evidencia local, y las deficiencias identificadas

en la preparación del personal de salud para su manejo, surge la necesidad de evaluar intervenciones estructuradas que puedan ser ejecutadas de manera eficiente por el personal de enfermería, con el fin de optimizar la prevención y manejo de esta complicación en nuestro contexto.

Bajo este contexto, identificando la problemática actual se formula la pregunta de investigación para delimitar el objeto de estudio: ¿En pacientes críticos adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos, la implementación de un protocolo de enfermería estructurado y basado en evidencia para la prevención del delirium, en comparación con intervenciones fragmentadas o no sistematizadas de cuidado estándar, reduce significativamente la incidencia, duración y severidad del delirium, así como la necesidad de sedación y la estancia en UCI?

1.2. Delimitación del problema

Se presenta este estudio bajo la modalidad de revision sistemática:

- **Espacio:** Milagro, Guayas.
- **Tiempo de investigación:** Junio a Julio 2025
- **Población:** La población del estudio estará conformada por artículos científicos originales, guías clínicas, protocolos de enfermería e investigaciones relacionadas con la prevención del delirium en pacientes críticos hospitalizados en UCI. Incluyendo estudios de los últimos cinco años publicados dentro de revistas de alto impacto, sin restricción de idioma, que abordan de forma directa, explícitamente intervenciones, estrategias o protocolos destinados a la prevención del delirium en este contexto clínico. Solo se considerarán aquellos estudios que cumplan con los criterios metodológicos establecidos para una revisión sistemática, con el objetivo de

garantizar la actualidad, relevancia y validez científica de la evidencia recopilada.

Aspectos clave: Protocolos direccionados a la prevención del delirium aplicados en UCI(Variable independiente) e Incidencia del delirium en pacientes críticos (Variable dependiente), con un tipo de estudio de revisión sistemática de literatura científica. Se utilizarán diversas bases de datos científicas reconocidas a nivel internacional, como PubMed (PubMed, n.d.), Scopus (Scopus - Búsqueda de Documentos, n.d.), Web of Science (WOS, n.d.) ScienceDirect (ScienceDirect.Com | Science, Health and Medical Journals, Full Text Articles and Books., n.d.), ClinicalKey (ClinicalKey, n.d.), Redalyc (Redalyc, n.d.) Dialnet (Dialnet, n.d.)Springer (Inicio | Ciencias de La Computación SN, n.d.), Cochrane Library (Revisiones Cochrane | Biblioteca Cochrane, n.d.) y EBSCO (Bases de Datos de Investigación de EBSCOhost, n.d.). para asegurar una búsqueda amplia y rigurosa de la literatura disponible.

1.3. Formulación del problema

El delirium es una complicación devastadora que afecta hasta el 50% de los usuarios hospitalizados en la UCI en estado crítico (Mohsen et al., 2022) y alrededor del 80% en pacientes ventilados mecánicamente (Ali et al., 2021; Li et al., 2022; Malik et al., 2021)

Se manifiesta como un síndrome de que afecta de manera aguda las funciones del cerebro, caracterizado por alteraciones fluctuantes de estado de alerta, cognición y conciencia. Su aparición está asociada a un aumento significativo de la probabilidad de muerte, prolongación de los días hospitalizados dentro de la UCI, deterioro cognitivo persistente y un aumento sustancial en los costos de atención médica,

además es multifactorial por lo que existen factores de riesgo que pueden precipitar su aparición o hacer que ciertos pacientes tengan una mayor predisposición a desarrollarlo respecto a otros (Rahimi-Bashar et al., 2021)

En la actualidad existe una basta evidencia respaldando que la implementación integral de protocolos multidisciplinarios como el bundle ABCDEF representan el estándar para la prevención del delirium (Mart et al., 2020; Sosnowski et al., 2023) y está asociado con mejoras clínicamente significativas en supervivencia, reduce la duración de la estancia en UCI y mejora múltiples resultados clínicos (Barr et al., 2024). Por tanto, resulta imperativo identificar, evaluar y estandarizar los protocolos de prevención más efectivos que integren prácticas basadas en evidencia, con el fin de disminuir sistemáticamente la incidencia del delirium en pacientes críticos y su duración en caso de presentarlo.

¿Cuáles son los protocolos de prevención más efectivos para reducir la incidencia de delirium en pacientes críticos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos?

1.4. Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es el protocolo más efectivo para prevenir el delirium en pacientes críticos hospitalizados en UCI?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo modificables más relevantes asociados al desarrollo del delirium en pacientes críticos?
3. ¿Qué intervenciones no farmacológicas han demostrado mayor eficacia en la prevención del delirium?
4. ¿Qué escalas de evaluación son más efectivas para identificar el riesgo de delirium en pacientes críticos?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Establecer el protocolo efectivo para la prevención del delirium en pacientes críticos en Unidades de Cuidados Intensivos.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo asociados con el delirium en pacientes críticos en UCI mediante la revisión de literatura científica reciente.
- Detallar intervenciones no farmacológicas que han demostrado mayor eficacia en la prevención del delirium.
- Describir las escalas de evaluación más efectivas para la identificación del delirium en pacientes críticos.
- Reconocer las complicaciones asociadas al delirium en pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

1.6. Hipótesis

La aplicación de estrategias protocolizadas de enfermería para la prevención del delirium reduce la incidencia, duración y severidad del síndrome en pacientes adultos críticos hospitalizados en cuidados intensivos.

1.7. Justificación

El delirium es un trastorno de origen neurológico y psiquiátrico que se presenta con mayor frecuencia en pacientes críticos durante su estadía en las Unidades de Cuidados Intensivos UCI, representa un gran desafío por su alta tasa de prevalencia, a pesar de tener evidencia sólida, aún carece de protocolo específicos enfocado en prevención, así mismo esta patología afecta hasta el 50% este tipo de pacientes

(Mohsen et al., 2022), y alrededor del 80% en pacientes ventilados mecánicamente (Ali et al., 2021; Li et al., 2022; Malik et al., 2021).

Además, la ausencia de una vigilancia sistemática con escalas validadas, como CAM-ICU o ICDSC, conduce a frecuentes diagnósticos tardíos o erróneos, limitando la posibilidad de intervenciones oportunas (Stollings et al., 2021)

Por otro lado, se evidencia que un gran número de UCI no cuenta con un protocolo o manual estandarizado, sumado a esto la detección subóptima del delirium crean un vacío en la atención clínica, lo que afecta directamente el pronóstico del paciente. Por ello, resulta esencial reconocer protocolos preventivos fundamentados en evidencia que mejore la identificación precoz y facilite intervenciones tempranas. De esta manera, se busca reducir la incidencia del delirium, optimizar la seguridad del paciente y disminuir costos hospitalarios (Mart et al., 2020).

Por ello, esta revisión sistemática permitirá consolidar la evidencia disponible y establecer protocolos viables, unificando criterios y optimizando la implementación clínica basada en resultados reales.

Desde el rol de enfermería crítica, la implementación de un protocolo de prevención del delirium es un paso vital para mejorar prácticas basadas en evidencia. El personal de enfermería está en posición privilegiada para evaluar cambios cognitivos sutiles, ajustar intervenciones no farmacológicas y promover prácticas seguras, como la movilización temprana y un entorno tranquilo. Además, contar con herramientas claras fomenta la confianza y cohesión del equipo clínico, reduciendo incertidumbres y variabilidad en el cuidado (Villagomez & Rivas, 2024).

También favorece el desarrollo profesional al fortalecer la cultura de investigación aplicada dentro de las UCI. El diseño de un protocolo basado en

evidencia abre la puerta a proyectos de mejora continua, educación permanente y liderazgo profesional, posicionando a enfermería como impulsora del cambio y garante del bienestar de los pacientes en estado crítico. Este enfoque busca optimizar recursos clínicos y, refuerza un cuidado humanizado y centrado en la persona (Villagomez & Rivas, 2024).

Tabla 1 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento	Escala
Protocolos de prevención del delirium	Protocolo de prevención del delirium es un conjunto sistemático de intervenciones clínicas, ambientales y educativas diseñadas para reducir la aparición, duración y severidad del delirium, especialmente en pacientes hospitalizados en situación crítica (Torres et al., 2021).	Bundle ABCDEF (Sosnowski et al., 2023) CAM-ICU (Fernández & Faus, 2021) ICSD (Detroyer et al., 2020) Nu-Desc (Henao-Castaño et al., 2023)	Método PRISMA 2020 (PRISMA Statement, n.d.)	Cuantitativa y cualitativa

Pacientes críticos en cuidados intensivos	Usuario cuya condición de salud es de alto riesgo vital, con funciones fisiológicas gravemente comprometidas, y que requiere monitoreo constante, soporte vital avanzado y de enfermería especializada de manera continua (Casas Rodríguez et al., 2021).	Evaluación de la gravedad del paciente crítico	APACHE II (<i>APACHE-II</i> <i>SAMIUC</i>, n.d.) SOFA (<i>SOFA Score</i> <i>SAMIUC</i>, n.d.) TISS 28 (<i>TISS-28</i> <i>SAMIUC</i>, n.d.)	Cuantitativa y cualitativa
---	--	---	---	-----------------------------------

CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial

2.1. Antecedentes Referenciales

El delirium en pacientes críticos es una alteración aguda y de curso fluctuante e indeterminado (Gómez et al., 2022) de la conciencia y la cognición, alcanzando una incidencia de hasta el 50% en pacientes no ventilados (Mohsen et al., 2022) y alrededor del 80% en pacientes ventilados mecánicamente (Ali et al., 2021; Li et al., 2022; Malik et al., 2021).

Su aparición se asocia con mayor mortalidad a corto plazo (Li et al., 2022), estancia hospitalaria prolongada y deterioro funcional a largo plazo (Fernandes et al., 2024; Fuentes et al., 2024). Estudios nacionales e internacionales han evaluado estrategias de prevención de este síndrome, destacando la necesidad de diseñar intervenciones no farmacológicas entre ellas la movilización temprana o la reorientación cognitiva (Palacio Jiménez, 2021).

A nivel internacional, la investigación "El delirio en la UCI, una revisión narrativa de la evidencia", enfatiza la necesidad de realizar una evaluación regular del delirium y aplicar estrategias de prevención lideradas por enfermería. Este estudio concluye que, si bien algunas investigaciones se centran en intervenciones específicas como la movilización temprana, otras proponen cambios en la dinámica de trabajo de las UCI para reducir la incidencia del delirium (Palacio Jiménez, 2021).

Previamente, antes de la aparición de la pandemia mundial por COVID-19 en 2020, la prevalencia venía mostrando una disminución en comparación con sus valores históricos. No obstante, durante este lapso de tiempo los sistemas sanitarios de todo el mundo colapsaron, obligando a la restricción de visitas, implementadas para contener la transmisión del virus, provocaron que la prevención del delirium

quedara en un segundo plano (Khan et al., 2020).

De acuerdo a la investigación de (Fiest et al., 2021) realizada en Alberta, Canadá a pacientes ingresados en UCI donde se evaluó cada 12 horas el delirium con la herramienta ICDSC reportó que la mediana de estancia hospitalaria en los antecedentes de delirium (11,4). A los 30 días posteriores al egreso hospitalario, se registró una tasa de mortalidad del 3.9% en los pacientes con delirium respecto a un 2.6% en aquellos que no desarrollaron dicha condición.

Una de las estrategias de prevención del delirium poco explorada es el rol de la familia, sin embargo, una revisión publicada en "Enfermería Intensiva" demostró que la integración de familiares en estrategias preventivas puede disminuir la incidencia de delirium cayó de 20,6 % en el modelo de visitas restringidas a 9,6 % con visitas extendidas, lo que supone una reducción relativa del 53 % (Pabón-Martínez et al., 2021).

Asimismo, (Vallés-Fructuoso et al., 2024) realizó el estudio "Diez puntos clave para la prevención, monitorización y tratamiento no farmacológico del delirium en el paciente crítico" destaca que la prevención debe centrarse en regular la calidad del sueño, manejo del dolor, la reducción de ruidos y la movilización temprana, junto con la estimulación cognitiva a través de actividades como el uso de relojes, conversaciones y juegos lúdicos.

Otro estudio realizado en Chile evaluó un protocolo de prevención y diagnóstico precoz del síndrome de delirio en pacientes adultos en estado crítico, destacando como la implementación de estrategias estandarizadas redujo significativamente el uso de quetiapina en estos pacientes, aunque la incidencia general del delirium se mantuvo alrededor del 50% antes y después de la

intervención (Paganelli, 2021).

El estudio "Tratamiento del delirium en pacientes en cuidados intensivos", enfocado en mejorar la clínica y reducir la mortalidad asociada al delirium, resalta la importancia de la movilización temprana, capacitando al personal de salud y la implementación de protocolos de prevención bien estructurados para reducir la morbimortalidad en pacientes críticos (Ormaza et al., 2020).

En la UCI del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán reveló que el síndrome confusional agudo afectó al 41.3% de los pacientes críticos durante las primeras 72 horas posteriores a su admisión, manteniéndose la sintomatología en el 24.8% de los casos hasta el día seis de hospitalización. Esta investigación identificó como principales factores desencadenantes: la necesidad de intubación orotraqueal, estados de coma y alteraciones metabólicas (Andino, 2022)

Pese a su elevada incidencia documentada en estudios, los datos son escasos en países en vías de desarrollo, una de las razones podría ser la menor sensibilización y capacitación del personal de la UCI, lo que puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento oportunos, como se puede evidenciar en la literatura, donde se suele clasificar como demencia, depresión o síndrome de la UCI

A pesar de los avances en la comprensión del delirium y sus estrategias preventivas, persiste la variabilidad en la implementación de protocolos en las UCI. Mientras que algunos hospitales han adoptado estrategias basadas en evidencia, otros carecen de guías estandarizadas. Es necesario continuar investigando sobre la efectividad de estos protocolos en diferentes entornos clínicos para garantizar su implementación sistemática (Gonzalez-Baz et al., 2024; Paganelli, 2021; Palacio Jiménez, 2021; Vallés-Fructuoso et al., 2024).

2.2. Marco Conceptual

El paciente crítico es aquel que presenta condiciones que amenazan la vida y requieren monitoreo continuo y soporte avanzado de órganos (respiratorio, cardiovascular, renal, etc.). La vulnerabilidad de estos pacientes, combinada con los factores estresantes del entorno de la UCI, como ruido, luz intensa y aislamiento, incrementa el riesgo de delirium (Casas Rodríguez et al., 2021).

El delirium es un trastorno neurocognitivo agudo y reversible que afecta principalmente a pacientes críticos. Caracterizado por alterar es estado de conciencia, pensamiento y capacidad de atención (Dziegielewski et al., 2021; Fiest et al., 2021; Villagomez & Rivas, 2024).

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición* (DSM-5), el delirium se clasifica en tres subtipos: hiperactivo, hipoactivo y mixto. El subtipo hiperactivo, más fácilmente reconocible, el subtipo hipoactivo se manifiesta con somnolencia diurna, apatía y respuestas inadecuadas (Cipriani et al., 2020). Por su parte, el subtipo mixto alterna episodios de hiperactividad e hipoactividad (Hatta et al., 2024).

Se identifican factores inherentes del paciente, no modificables (Minami et al., 2023; Palmero & Lassard, 2021; Wilson et al., 2020) y los factores precipitantes que son susceptibles a modificación (Fernandes et al., 2024; Sinu et al., 2024)

Los mecanismos fisiopatológicos del delirium en el paciente crítico involucran un deterioro reversible del metabolismo cerebral oxidativo, desequilibrios en neurotransmisores clave y una respuesta inflamatoria sistemática, evidenciada por

marcadores como un alto índice sistémico de inflamación (SII) elementos que interaccionan para desencadenar y perpetuar el trastorno (Xu et al., 2024).

Cualquier situación de estrés incrementa la actividad simpática y reduce la parasimpática, lo que compromete la función colinérgica y predispone al delirium, siendo los adultos mayores particularmente susceptibles a esta alteración debido a su vulnerabilidad en la transmisión colinérgica. Todo este proceso culmina en una afectación de los hemisferios cerebrales, tanto en el sistema activador reticular encefálico como en el tálamo, independientemente del factor desencadenante inicial (Ramírez & Umaña, 2021)

El delirium tiene manifestaciones clínicas como trastorno global del estado mental con fluctuación en el estado de conciencia, además presentan desorientación espacial-temporal y perturbaciones del ciclo sueño-vigilia, acompañadas de cambios afectivos y perceptivos que abarcan desde la ansiedad o la depresión hasta episodios de euforia y alucinaciones, con un patrón de intensificación frecuente durante la noche (Jeong & Cho, 2023; Tobar & Alvarez, 2020).

La prevención del delirium en UCI consiste en implementar protocolos multicomponentes que integran intervenciones clínicas (como sedación mínima, movilización precoz, gestión de sedantes y analgésicos), ambientales (control de ruido y luz, estimulación sensorial) y educativas (formación del personal) teniendo como finalidad la reducir la duración, gravedad e incluso la aparición de delirium en pacientes críticos (Malik et al., 2021).

Actualmente, el manejo de UCI en cuanto al delirium consiste en acciones estructuradas, aplicadas según protocolo durante la estancia crítica, destinadas a disminuir la incidencia, duración o severidad del trastorno (Hualian et al., 2021).

El cuidado de enfermería es un conjunto de acciones intencionales, fundamentadas científicamente y orientadas en un enfoque más allá del cuidado clínico ya que esta direccionado a lograr el bienestar del paciente, sus familiares y el entorno de una manera integral; en enfermería el cuidado trasciende las tareas técnicas para convertirse en un arte y ciencia que combina conocimiento, habilidades y compasión (Villagomez & Rivas, 2024).

Un protocolo es un conjunto sistemático de intervenciones clínicas, ambientales y educativas diseñadas para minimizar la aparición, duración y severidad de un evento que puede repercutir de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes ingresados en UCI en este caso el Delirium (Torres et al., 2021)

El paquete ABCDEF consiste en un grupo de intervenciones que están organizadas y conectadas, para satisfacer las necesidades de cuidado específicas de pacientes en estado crítico. Este enfoque incluye evaluar y mantener controlado los niveles de dolor, la coordinación, control de la respiración y mantener el estado neurológico, la elección correcta de sedantes y alivio del dolor, así como la prevención y tratamiento del delirium. Además, se enfoca en la movilización temprana e incluir a los familiares como parte del equipo de cuidado, todo con el propósito de disminuir complicaciones, favorecer la recuperación y lograr resultados funcionales favorables (Sosnowski et al., 2021).

En las UCI el Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) cuya traducción del inglés es “Evaluación de la Confusión para la Unidad de Cuidados Intensivos” es un instrumento estandarizado y validado diseñado para identificar delirium en pacientes de cuidados intensivos. Esta herramienta valora la aparición

repentina de síntomas, la capacidad atencional, la coherencia del pensamiento y los cambios en el nivel de conciencia (Fernández & Faus, 2021).

La Escala de Cribado de Delirio en Enfermería (the Nursing Delirium Screening Scale, Nu-DESC) es un instrumento clínico diseñado para identificar la sospecha de delirium mediante la evaluación de cinco dimensiones fundamentales, las cuales se alinean rigurosamente al manual de clasificación en cuando a los criterios de diagnóstico de trastornos mentales, proporcionando así una herramienta sistemática y estandarizada para la detección temprana de este síndrome (Jeong & Cho, 2023).

La Lista de Verificación para la Detección del Delirio en Cuidados Intensivos (ICDSC) es un instrumento para cribado que evalúa ocho dimensiones clínicas fundamentales, proporcionando una evaluación estandarizada para la identificación temprana de este síndrome en pacientes críticos (Detroyer et al., 2020).

2.3. Marco Teórico

El delirium puede aparecer cuando el paciente sufre de incomodidad sensorial, psíquica o ambiental, en este sentido la teoría del confort de Kolcaba ofrece un marco teórico para manejar las necesidades de los pacientes, en los diferentes ámbitos físico (control del dolor), psicoespiritual (acompañamiento, tranquilidad), sociocultural y ambiental (iluminación orientación temporal); e identifica tres tipos de confort, primero: el alivio es la eliminación de una necesidad específica, segundo: la tranquilidad es el estado de calma y seguridad y tercero: trascendencia es la capacidad de sobrellevar situaciones adversas (Lin et al., 2023)

El cuestionario de confort (CQ-ICU) desarrollado por Kolcaba es un instrumento para medir las necesidades de confort en diversas dimensiones, que permite establecer una base cuantitativa que permite de esta manera desarrollar un

plan de cuidados centrado en el confort como herramienta preventiva del delirium para identificar factores de disconfort físico como el dolor, calor o frío, emocional en el cual se encuentra el miedo, ansiedad (Gonzalez-Baz et al., 2024)

El Dr. Eugene Wesley Ely es el pionero en los estudios del delirium en cuidados intensivos, investigador y fundador del Grupo de estudio sobre delirium y deterioro cognitivo de la UCI de Vanderbilt, ha liderado el bundle ABCDEF (referencia) y desarrolló la escala CAM-ICU, su trabajo ha contribuido para que los equipos de salud identifiquen, manejen y prevengan el delirium en pacientes críticos (Mart et al., 2020).

También, existen pruebas para detectar alteraciones del estado de conciencia el nivel de confusión que presenta un paciente a través del Método de Evaluación de la Confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM-ICU) por sus siglas en ingles. Que está compuesto en base a preguntas específicas y ordenes puntuales que permiten el diagnostico de cambios en el estado confusional (Fernández & Faus, 2021).

La CAM-ICU fue diseñada para usarse en UCIs donde hay mucho movimiento para facilitar y optimizar tanto los recursos clínicos como el personal de salud que cuida a los pacientes críticos, puede realizarse incluso en pacientes intubados o que no puedan hablar, dentro de sus ventajas sobresale su rapidez y fácil implementación ya que lo puede hacer cualquier miembro del equipo de salud incluso si no cuenta con demasiada experticia (Miranda et al., 2023).

CAPÍTULO III: Diseño Metodológico

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente revisión sistémica, mantiene un diseño con enfoque mixto, cualicuantitativo, porque permite identificar, analizar, recopilar y sintetizar estudios previos que aborden la temática sobre los protocolos para prevenir el delirium en pacientes críticos en UCI, así como otros aspectos asociados a la problemática. Además, el trabajo siguió lineamientos de la declaración PRISMA 2020 (*PRISMA Statement*, n.d.) con el fin de asegurar que el proceso de búsqueda, selección y documentación de los artículos sea clara, coherente, transparente y reproducible.

La guía de reporte que utilizada para garantizar la calidad metodología PRISMA 2020 (*PRISMA Statement*, n.d.) es una guía estandarizada que tiene como propósito de ayudar a los investigadores a mejorar la presentación de informes, al indicar la razón por la que se ha efectuado la revisión, los métodos considerados para identificar y seleccionar los estudios, y que se ha encontrado.

La pregunta de investigación se realizó mediante la metodología PICO (Chocobar & Barreda, 2025) ¿En pacientes críticos adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos, la implementación de un protocolo de enfermería estructurado y basado en evidencia para la prevención del delirium, en comparación con intervenciones fragmentadas o no sistematizadas de cuidado estándar, reduce de manera significativa en cuanto a la incidencia, duración y severidad del delirium, además reduce la necesidad de sedantes y la estancia en UCI?

Fuentes de información

La evidencia científica se indagó en bases de datos reconocidas a nivel internacional, como PubMed (*PubMed*, n.d.), Scopus (Scopus - Búsqueda de Documentos, n.d.), Web of Science (WOS, n.d.) ScienceDirect (*ScienceDirect.Com | Science, Health and Medical Journals, Full Text Articles and Books.*, n.d.), ClinicalKey (*ClinicalKey*, n.d.), Redalyc (*Redalyc*, n.d.) Dialnet (*Dialnet*, n.d.) Springer (*Inicio | Ciencias de La Computación SN*, n.d.), Cochrane Library (*Revisiones Cochrane | Biblioteca Cochrane*, n.d.) y EBSCO (*Bases de Datos de Investigación de EBSCOhost*, n.d.).

La búsqueda sistemática se efectuó durante junio del 2025. Para garantizar que la búsqueda sea amplia, rigurosa y reproducible se empleará descriptores con términos claves en inglés y español, sinónimos, acompañados de operadores booleanos, dichos aspectos se detallarán más adelante.

Estrategias de búsqueda

Se busca evidencia científica se considerarán diferentes aspectos con el fin de encontrar mayores fuentes de información relacionadas a la temática y evitar el hallazgo de artículos poco relevantes. En primer lugar, se establecieron términos MeSH y DeCS (BIREME / PAHO / WHO, 2025), Delirium, Critical Care, Clinical Protocols, Disease Prevention, Critical Care Nursing, en español Delirio, Cuidados Críticos, Protocolos Clínicos, Prevención de Enfermedades, Enfermería de cuidados críticos y el operador booleano AND que ayudó a aumentar la eficacia de la búsqueda sistemática.

Posteriormente, se emplearon descriptores (algoritmo de búsqueda) en base a los términos y operadores booleanos que son: Delirium AND Critical Care, Delirium AND Clinical Protocols, Delirium AND Disease Prevention, Critical Care AND Clinical

Protocols, Delirium AND Critical Care Nursing. Estas estrategias de búsqueda son reproducibles para cada base de datos a ser consultada. Por otro lado, se aplicaron filtros por idioma sin límite que incluyeron: tipo de publicación artículos originales, texto completo abierto y tiempo desde 2020 hasta el 2025.

Además, se utilizará el gestor bibliográfico Mendeley (Mendeley, 2025) que servirá para importar de manera automática las referencias desde las bases de datos, lo que permitirá organizar la información con respecto a estudios incluidos, excluidos o duplicados y extraer datos específicos (resumen, título, año, otros) que facilitaran la creación de tablas de análisis bibliográfico (Anexo 1. tabla 7).

3.2. Población y Muestra

Para la población y la toma de muestra se basa en los artículos recolectados dentro de las revistas indexadas a bases de datos científica.

Selección de estudios

Criterios de inclusión/exclusión

Dentro de los criterios de inclusión y exclusión considerados en el estudio se mencionan a continuación:

Criterios de inclusión

- Artículos científicos originales (cuantitativos, cualitativos o mixtos)
- Población, pacientes críticos
- Estudios que aborden protocolo de prevención de delirium
- Publicaciones de los últimos 5 años, desde 2020 hasta 2025
- Idioma sin limite
- Artículos con texto completo

Criterios de exclusión

- Revisiones narrativas, metaanálisis, sistemáticas, de alcance.
- Estudios duplicados
- Publicaciones desactualizadas
- Artículos pagados
- Artículos no incluidos en las bases de datos consideradas

3.3. Los métodos y las técnicas

Cribado de los estudios

La selección de estudios se efectuó en base a tres fases con la finalidad de dar cumplimiento a los criterios de inclusión y evidenciar la calidad de los artículos escogidos.

- Primera fase, consiste en el cribado de títulos y resúmenes acorde a la temática analizada
- Fase dos, los artículos que quedaron luego de la etapa uno, serán revisados de manera completa.
- Fase tres, los estudios considerados serán evaluados de forma crítica para conocer la calidad, mediante la herramienta CONSORT (*Equator*, n.d.) para la evaluación de enseñios aleatorizados, STROBE (*Equator*, n.d.) para calificar los estudios observacionales y la escala COREQ (*Equator*, n.d.) para analizar los estudios de investigación cualitativos, para diseños mixtos utilizando la lista de verificación de evaluación crítica para texto y opinión, Estos instrumentos permitirá analizar y validar los datos cuantitativos y cualitativos eficaz y objetivamente para una toma de decisiones más acertado con respecto a las metas y problema de investigación que se desea lograr y resolver.

La valoración se realiza con dos revisores independientes, la selección de estudios fue evaluada por 4 revisores independientes, los cuales trabajaran de manera independiente para evitar que la percepción de uno influya en el otro (Anexo 2. flujograma).

3.4. Procesamiento estadístico de la información

Extracción de datos

Para la extracción de datos se utilizó una matriz en Excel donde se incluyó autor, tema original, año, tipo de estudio, objetivo, metodología y resultados. Los datos se agruparon temáticamente en cinco ejes:

- Protocolo efectivo para la prevención del delirium en pacientes críticos en Unidades de Cuidados Intensivos.
- Factores de riesgo asociados con el delirium en pacientes críticos en UCI
- Intervenciones no farmacológicas que han demostrado mayor eficacia en la prevención del delirium.
- Escalas de evaluación más efectivas para la identificación del delirium en pacientes críticos.
- Complicaciones asociadas al delirium en pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

Síntesis de datos

Para mejorar y optimizar la sistematización de datos se diseñó una matriz en el programa Excel 2016 donde se incluirán variables específicas como (Anexo 3 tabla 8): tema original, año, tipo de estudio, objetivo, metodología y resultados. Además, en función de los datos extraídos de los diferentes artículos se efectuará un análisis narrativo, por categoría porque permitirá describir y explicar los hallazgos como, por

ejemplo, cuáles son los protocolos de prevención más efectivos para reducir la incidencia de delirium en pacientes críticos hospitalizados en la UCI

CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados

4.1. Análisis e Interpretación de Resultados

Tabla 2 Protocolos efectivos para la prevención del delirium.

Protocolo	Incidencia Control (%)	Incidencia Intervención (%)	ARR media (pp)
Protocolo de profilaxis con ácidos grasos omega-3 en pacientes críticos ventilados mecánicamente	40%	20%	20%
Profilaxis con minociclina para la prevención del delirium en pacientes críticos	35%	20%	15%
DyDel	14,80%	5.6%	9,20%
ABCDEF Bundle	31.86%	28,74%	6,57%
Política de prohibición total de visitas en la UCI	59%	64%	5%

Elaborado por los autores

El análisis integrado de 53 estudios clínicos permitió evaluar la efectividad de distintos protocolos e intervenciones preventivas del delirium en pacientes en estado crítico, mediante el cálculo de la incidencia del grupo de control, intervención y la reducción absoluta del riesgo (ARR).

El protocolo con mayor efectividad fue la profilaxis con ácidos grasos omega-3 en pacientes ventilados mecánicamente, lo que indica una disminución sustancial en la incidencia del delirium al reducirla un 20%, este resultado resalta la importancia del soporte nutricional antiinflamatorio en la fisiopatología del delirium (Naghbi et al., 2020).

Le sigue la profilaxis con minociclina, un antibiótico con efectos neuroprotectores, que logró una reducción del 15%, esta estrategia farmacológica sugiere beneficios adicionales más allá de la terapia antimicrobiana convencional, probablemente por su acción antiinflamatoria sobre el sistema nervioso central (Dal-Pizzol et al., 2024).

El protocolo DyDel, que logró reducir la incidencia 9,2% lo que demuestra que intervenciones estructuradas centradas en la evaluación y detección del delirium también son altamente eficaces en contextos clínicos seleccionados, así mismo El ABCDEF bundle, un enfoque multimodal ampliamente promovido en cuidados intensivos, mostró una reducción más modesta del 6,57% (Gómez & Henao, 2024).

Sin embargo, la política de prohibición total de visitas en la UCI fue la única intervención asociada a un efecto negativo, ya que esta aumentaba la incidencia del trastorno, lo que se refleja en una ARR negativa, este hallazgo subraya la relevancia del apoyo familiar y la humanización del cuidado como factores protectores frente al delirium (Shinohara et al., 2022).

Tabla 3 Factores de riesgo modificables vs no modificables del delirium.

Tipo	Factor de riesgo	OR (IC 95%)
No modificable	Edad $\geq$ 65 años	2,25 (2,10–2,40)
	Comorbilidades (demencia, ECV)	2,20 (1,80–2,60)
	Sexo masculino	1,30 (1,10–1,60)
Modificable	Uso de benzodiazepinas IV	2,38 (1,65–3,10)
	Ventilación mecánica invasiva	2,36 (1,92–2,80)
	Sedación prolongada	1,85 (1,50–2,20)

Déficit sensorial	1,65 (1,30–2,00)
Privación del sueño	1,80 (1,40–2,10)
Inmovilidad prolongada	1,70 (1,35–2,00)
Alteraciones metabólicas	1,90 (1,50–2,30)

Elaborado por los autores

El análisis de los factores de riesgo asociados al delirium en pacientes críticos reveló una combinación de elementos no modificables y modificables, con distintos niveles de impacto según los valores de odds ratio (OR).

Entre los factores no modificables, la edad ≥ 65 años mostró una asociación significativa con el desarrollo de delirium (OR: 2,25), lo que indica que los adultos mayores presentan más del doble de probabilidad de padecer esta condición.

Respecto a los factores modificables, los de mayor impacto fueron el uso de benzodiacepinas intravenosas (OR: 2,38); y la ventilación mecánica invasiva (OR: 2,36); ambos asociados a un riesgo más del doble de desarrollar delirium

En conjunto los factores modificables subrayan la importancia de implementar estrategias de enfermería orientadas al diagnóstico precoz y modificar los factores prevenibles, especialmente en pacientes mayores y con comorbilidades neurológicas, a fin de disminuir las tasas de incidencia de delirium en unidades críticas.

Tabla 4 Intervenciones no farmacológicas más efectivas en la prevención del delirium.

Intervención	Estudios (n)	OR (IC 95%)
Movilización temprana	6	0,50 (0,38–0,65)
Reorientación cognitiva	4	0,55 (0,42–0,73)

Manejo del sueño	5	0,60 (0,45–0,80)
Estimulación sensorial (audífonos/lentes)	3	0,62 (0,40–0,95)
Visitas familiares estructuradas	3	0,70 (0,50–0,98)
Educación del personal	2	0,68 (0,51–0,90)
Reducir y optimizar el uso de sedación	6	0,48 (0,36–0,63)

Elaborado por los autores

Las intervenciones no farmacológicas son múltiples y variadas, basándose en los resultados de 29 estudios clínicos, considerando los odds ratios (OR) que alcanzan un nivel de confianza del 95 % (IC 95 %). Todas las intervenciones analizadas mostraron una amplia reducción en la probabilidad de desarrollar delirium al momento de comparar con el grupo control.

La intervención más efectiva fue reducir y optimizar el uso de sedación, (OR: 0,48), lo que indica una reducción de más del 50 % en la probabilidad de delirium. Le siguió la movilización temprana (OR: 0,50), con resultados consistentes en 6 estudios, confirmando su alto impacto en la prevención del delirium.

La reorientación cognitiva, aplicada en 4 estudios, mostró también una notable reducción del riesgo (OR: 0,55), al igual que el manejo del sueño (OR: 0,60).

En conjunto, los hallazgos evidencian que las intervenciones de bajo costo, centradas en el cuidado humanizado y la estimulación cognitiva, tienen un efecto preventivo claro y medible frente al delirium, particularmente cuando articuladas con la intervención de reducir y optimizar el uso de sedación.

Tabla 5 Precisión diagnóstica de Escalas de detección del delirium.

Escala	Sensibilidad Mediana % (IQR)	Especificidad Mediana % (IQR)
--------	---------------------------------	----------------------------------

Nu-DESC	91,6%	95,6%
CAM-ICU	89,25	85,925
ICDSC	86,5	92,5

Elaborado por los autores

Se evaluaron tres escalas clínicas ampliamente utilizadas para mejorar el diagnóstico de delirium en pacientes que permanecen en la UCI en estado crítico: Nu-DESC, CAM-ICU e ICDSC, con indicadores como la sensibilidad y la especificidad y determinar la escala efectiva en la detección del delirium.

La escala Nu-DESC evidenció mayor impacto en la efectividad, con una sensibilidad mediana del 91,6 % y una especificidad del 95,6 %, lo que indica una excelente capacidad para detectar delirium tanto la presencia como la ausencia de delirium, estos valores la posicionan como una herramienta de referencia para entornos como en unidades de cuidados intensivos (Henao-Castaño et al., 2023).

La escala CAM-ICU mostró un nivel de sensibilidad mediana del 89,25 % y especificación del 85,93 %, confirmando su utilidad como herramienta diagnóstica robusta, aunque su especificidad es menor que la de Nu-DESC, su alta sensibilidad la convierte en una opción eficaz para la detección precoz, especialmente considerando su amplio uso clínico y validación internacional (Dal-Pizzol et al., 2024).

Por su parte, la ICDSC presentó la menor sensibilidad (86,5 %), pero una especificidad intermedia (92,5 %), lo que sugiere una mayor capacidad para descartar falsos positivos, esta combinación de parámetros diagnósticos podría resultar útil en contextos donde es prioritario evitar sobrediagnósticos de delirium (Detroyer et al., 2020).

Tabla 6 Complicaciones clínicas del delirium en Unidad de Cuidados Intensivos.

Complicación	Prevalencia Total (%)	OR (IC 95%)
Aumento de la estancia hospitalaria	42–60 %	2,54 (2,10–3,07)
Ventilación mecánica prolongada	30–45 %	2,90 (2,20–3,60)
Mortalidad hospitalaria	20–30 %	2,20 (1,70–2,85)
Reingreso hospitalario	18–24 %	1,80 (1,40–2,30)
Deterioro cognitivo persistente	Hasta 40 %	3,10 (2,50–3,90)
Dependencia funcional	45–55 %	2,85 (2,10–3,50)
Uso prolongado de fármacos sedantes	>60 %	2,40 (1,90–3,10)

Elaborado por los autores

El delirium en pacientes hospitalizados se asocia significativamente con una amplia gama de complicaciones clínicas, funcionales y cognitivas, con altos niveles de prevalencia y el riesgo.

La complicación más prevalente asociada al delirium es el deterioro cognitivo persistente, con una OR de 3,10, esto indica que los pacientes con delirium tienen más del triple de probabilidades de presentar déficits cognitivos duraderos en comparación con aquellos sin delirium, seguido de ventilación mecánica prolongada, con una OR de 2,90, el delirium puede provocar agitación, alteración del estado de conciencia y compromiso neurológico,

Así mismo, destaca la dependencia funcional, con una OR de 2,85, la estancia hospitalaria es otra consecuencia importante, con una OR de 2,54 y el uso prolongado

de fármacos sedantes tiene una OR de 2,40, lo cual puede estar relacionado con el manejo de la agitación y la alteración del sueño propias del delirium.

CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones

5.1. Discusión

Establecer el protocolo efectivo en la prevención del delirium, se obtuvo con un 20% de reducción del riesgo absoluto, que el protocolo de profilaxis con ácidos grasos omega-3 en pacientes críticos es el más efectivo en la prevención del delirium, debido a la disminución en ciertos factores de riesgo modificables como a la estancia hospitalaria, la ventilación mecánica, Según (Naghibi et al., 2020) afirma que el protocolo está relacionado con la disminución de la incidencia de pacientes con delirium.

Sin embargo, (Singer et al., 2023) encontró una reducción de la estancia hospitalaria en 2.14 días en dentro de la UCI, luego de administrar omega 3 durante su dieta, también una disminución del riesgo de infecciones en un 35%, este resultado respalda a lo que se obtuvo como el protocolo más efectivo en la disminución de incidencia de casos de delirium, pero este autor (Söylemez & Bulut, 2024), menciona que el Protocolo de prevención, diagnóstico e intervención del delirium postoperatorio tiene un 12,5% de reducción del riesgo absoluto, este resultado corrobora en donde se mantiene como el más efectivo el protocolo de profilaxis con omega 3, mejorando las posibilidades de una detección precoz.

Identificar cuales constituyen y se catalogan como factor de riesgo evitable dentro de las UCI, se evidenció con que el uso de benzodiacepinas intravenosas con un (OR: 2,38), la ventilación mecánica invasiva con un (OR: 2,36) y las alteraciones metabólicas (OR: 1.90) como los factores de riesgo con mayor probabilidad de que desarrollen delirium durante el tiempo de ingreso a las UCI. Según (Bulic et al., 2020)

y (Frade-Mera et al., 2022) respaldan que estos son elementos que influyen de manera directa en el desarrollo del delirium.

Así mismo, (van Gelder et al., 2024) respalda estos resultados, en donde se evidenció que el uso de midazolam como benzodiazepina demuestra un alto riesgo con (OR: 1.04), señalando así que, este es un factor determinante a la hora de presentar delirium, asimismo, este autor (Lobo-Valbuena et al., 2021), respalda este resultado en pacientes con la ventilación mecánica aumenta el riesgo y desarrollo del delirium en la UCI.

Detallar las intervenciones no farmacológicas efectivos en la prevención del delirium, se encontró que reducir y optimizar el uso de sedación con el (OR: 0,48), es la intervención no farmacológica más efectiva para en la prevención del delirium en estos pacientes debido a su estado crítico, al igual que, el autor (van der Hoeven et al., 2024) sustenta que la elección y optimización de la sedación disminuye la probabilidad de presentar el delirium.

No obstante, el autor (Zhou et al., 2025) difiere los resultados, debido a que el evidenció que la intervención más efectiva fue la movilización temprano con (OR:65), lo que implica una disminución del 35% en la probabilidad desarrollar delirium, aunque, este resultado contradice lo que se obtuvo en la presente investigación.

5.2. Conclusiones

1. Para prevenir el Delirium y sus complicaciones asociadas en los pacientes críticos exige un abordaje centrado en la integralidad, que combine intervenciones farmacológicas, estrategias no farmacológicas y herramientas diagnósticas validadas, todas respaldadas por evidencia científica.

2. Los protocolos que incorporan ácidos grasos omega-3 y minociclina han demostrado una mayor eficacia preventiva, lo que subraya el papel central de la modulación inflamatoria como respuesta fisiopatológica propia de este trastorno.

3. Dentro de las estrategias no farmacológicas, destacan la movilización temprana y la reorientación cognitiva, se consolidan como alternativas eficaces, de bajo costo y fácilmente aplicables en el entorno hospitalario.

4. Las políticas restrictivas que impiden el contacto familiar, lejos de prevenir el delirium, incrementan su incidencia. Este hallazgo destaca la importancia de integrar prácticas de cuidado humanizado dentro de la UCI.

5. La escala Nu-DESC es por excelencia la herramienta más precisa para la el diagnóstico precoz del delirium, permitiendo actuar de manera oportuna y reducir el impacto clínico de esta condición.

6. El delirium no debe considerarse un evento transitorio, ya que se asocia con complicaciones neurológicas persistentes como el deterioro cognitivo y la pérdida de funcionalidad, afectando significativamente la calidad de vida tras el alta hospitalaria.

5.3. Recomendaciones

1. Diseñar e implementar protocolos preventivos interdisciplinarios, como el ABCDEF bundle, que integren intervenciones farmacológicas, medidas no farmacológicas y monitoreo continuo del estado neurológico. Se recomienda incluir en estos protocolos la suplementación con omega-3 en pacientes ventilados y con factores de riesgo identificados.

2. Establecer guías clínicas específicas para la movilización precoz, basadas en criterios de seguridad, monitoreo progresivo y evaluación continua del estado clínico y neurológico del paciente.

3. Promover talleres con el fin de capacitar a los miembros del equipo de enfermería, para mejorar la identificación precoz del delirium, el manejo de factores de riesgo y la aplicación estratégica de prácticas preventivas basadas en la evidencia.

4. Favorecer la interacción familiar estructurada dentro de la UCI, asegurando condiciones de bioseguridad, con el fin de preservar el bienestar emocional del paciente y reducir el riesgo de delirium.

5. Asignar recursos institucionales para facilitar la adquisición de suplementos nutricionales, dispositivos de apoyo sensorial (audífonos, lentes) y otros insumos necesarios para implementar eficazmente los protocolos de prevención.

6. Desarrollar estudios enfocados en poblaciones vulnerables como adultos mayores, pacientes con deterioro cognitivo previo o intervenciones quirúrgicas complejas, para diseñar estrategias preventivas personalizadas y más efectivas.

7. Fomentar investigaciones clínicas en entornos latinoamericanos, donde la evidencia sigue siendo limitada. Es esencial explorar la eficacia de combinaciones de intervenciones, adaptaciones culturales de los protocolos y la evaluación de su impacto a mediano y largo plazo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abazid, R. M., Al-Harbi, S. A., Allihimy, A. S., Aldrewesh, D. A., Alkuraydis, S. A., Alhammad, I. M., Elbashir, A. Y., Widyan, A. M., & Abohamr, S. I. (2021). Incidence of delirium in the critical care unit and risk factors in the Central Region, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 42(4), 445–448. <https://doi.org/10.15537/SMJ.2021.42.4.20200754>
- Alaterre, C., Fazilleau, C., Cayot-Constantin, S., Chanques, G., Kacer, S., Constantin, J. M., & James, A. (2023). Monitoring delirium in the intensive care unit: Diagnostic accuracy of the CAM-ICU tool when performed by certified nursing assistants – A prospective multicenter study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 79, 103487. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2023.103487>
- Ali, M. A., Hashmi, M., Ahmed, W., Raza, S. A., Khan, M. F., & Salim, B. (2021). Incidence and risk factors of delirium in surgical intensive care unit. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 6(1), 1–5. <https://doi.org/10.1136/TSACO-2020-000564>
- Andino, J. (2022). *Prevalencia de delirium en el paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos del hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán* [Universidad Regional Autónoma de Los Andes “UNIANDÉS”]. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/17741/1/UT-MEC-EAC-001-2023.pdf>
- APACHE-II | SAMIUC. (n.d.). <https://www.samiuc.es/apache-ii/>.
- Bandyopadhyay, A., Yaddanapudi, L. N., Saini, V., Sahni, N., Grover, S., Puri, S., & Ashok, V. (2024). Efficacy of melatonin in decreasing the incidence of delirium in

- critically ill adults: a randomized controlled trial. *Critical Care Science*, 36, 1–7.
<https://doi.org/10.62675/2965-2774.20240144-EN>
- Barr, J., Downs, B., Ferrell, K., Talebian, M., Robinson, S., Kolodisner, L., Kendall, H., & Holdych, J. (2024). Improving Outcomes in Mechanically Ventilated Adult ICU Patients Following Implementation of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle Across a Large Healthcare System. *Critical Care Explorations*, 6(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001001>
- Bases de datos de investigación de EBSCOhost*. (n.d.). Retrieved June 7, 2025, from
<https://research-ebSCO-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/c/xvzbvn/search>
- BIREME / PAHO / WHO. (2025). *Health Sciences Descriptors: DeCS*.
<https://Decs.Bvsalud.Org/Es/>.
- Boehm, L. M., Pun, B. T., Stollings, J. L., Girard, T. D., Rock, P., Hough, C. L., Hsieh, S. J., Khan, B. A., Owens, R. L., Schmidt, G. A., Smith, S., & Ely, E. W. (2020). A multisite study of nurse-reported perceptions and practice of ABCDEF bundle components. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60, 102872.
<https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2020.102872>
- Bulic, D., Bennett, M., Georgousopoulou, E. N., Shehabi, Y., Pham, T., Looi, J. C. L., & van Haren, F. M. P. (2020). Cognitive and psychosocial outcomes of mechanically ventilated intensive care patients with and without delirium. *Annals of Intensive Care*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S13613-020-00723-2/TABLES/3>
- Casas Rodríguez, J., Zambrano Córdova, J. R., Vélez Muentes, J. R., & Vera Pinargote, R. G. (2021). Criterios de patologías que requieren ingreso a la unidad

- de cuidados intensivo. *RECIMUNDO*, 5(1), 172–178.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(esp.1\).nov.2021.172-178](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.172-178)
- Chen, K., Yang, Y. L., Li, H. L., Xiao, D., Wang, Y., Zhang, L., & Zhou, J. X. (2021). A gap existed between physicians' perceptions and performance of pain, agitation-sedation and delirium assessments in Chinese intensive care units. *BMC Anesthesiology*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12871-021-01286-W/TABLES/2>
- Chocobar, E., & Barreda, R. (2025). *Estructuras metodológicas PICO y PRISMA 2020 en la elaboración de artículos de revisión sistemática: Lo que todo investigador debe conocer y dominar*.
<https://Ciencialatina.Org/Index.Php/Cienciala/Article/View/16491/23603>.
https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16491
- ClinicalKey*. (n.d.). <https://Www.Clinicalkey.Es/#/>. Retrieved June 26, 2025, from <https://www.clinicalkey.es/#/>
- Coolens, O., Kaltwasser, A., Melms, T., Monke, S., Nydahl, P., Pelz, S., von Haken, R., & Hasemann, W. (2025). Delirium management in 2024: A status check and evolution in clinical practice since 2016. *Intensive and Critical Care Nursing*, 89, 103995. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2025.103995>
- Dal-Pizzol, F., Coelho, A., Simon, C. S., Michels, M., Corneo, E., Jeremias, A., Damásio, D., & Ritter, C. (2024). Prophylactic Minocycline for Delirium in Critically Ill Patients: A Randomized Controlled Trial. *Chest*, 165(5), 1129–1138. <https://doi.org/10.1016/J.CHEST.2023.11.041/ATTACHMENT/7AC853D0-9548-469D-BF4A-0025C8E960C6/MMC1.DOCX>

- de Toledo Montesanti, L., de Souza Francisco, D., Pastore, L., Yamaguti, W. P., Righetti, R. F., & de Brito, C. M. M. (2025). Person-centered occupational therapy intervention for the prevention of delirium and improvement in occupational performance in elderly patients admitted to an intensive care unit: A randomized controlled single-blinded trial protocol. *PLOS ONE*, 20(3), e0319651. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0319651>
- den Boogaard, M. van, Leenders, M., Pop-Purceleanu, M., & Tilburgs, B. (2024). Performance and validation of two ICU delirium assessment and severity tools; a prospective observational study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 83, 103627. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2024.103627>
- Denk, A., Müller, K., Schlosser, S., Heissner, K., Gülow, K., Müller, M., & Schmid, S. (2022). Liver diseases as a novel risk factor for delirium in the ICU—Delirium and hepatic encephalopathy are two distinct entities. *PLOS ONE*, 17(11), e0276914. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0276914>
- Detroyer, E., Timmermans, A., Segers, D., Meyfroidt, G., Dubois, J., Van Assche, A., Joosten, E., & Milisen, K. (2020). Psychometric properties of the intensive care delirium screening checklist when used by bedside nurses in clinical practice: A prospective descriptive study. *BMC Nursing*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00415-z>
- Dialnet*. (n.d.). <https://Dialnet.Unirioja.Es/>.
- Dziegielewski, C., Skead, C., Canturk, T., Webber, C., Fernando, S. M., Thompson, L. H., Foster, M., Ristovic, V., Lawlor, P. G., Chaudhuri, D., Dave, C., Herritt, B., Bush, S. H., Kanji, S., Tanuseputro, P., Thavorn, K., Rosenberg, E., & Kyeremanteng, K. (2021). Delirium and Associated Length of Stay and Costs in

- Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice*, 2021, 1–8.
<https://doi.org/10.1155/2021/6612187>
- Equator*. (n.d.). <https://www.equator-network.org/>.
- Erel, S., Aydın, E. M., Nazlıel, B., Karabıyık, L., Erel, S., Aydın, E. M., Nazlıel, B., & Karabıyık, L. (2024). Evaluation of Delirium Risk Factors in Intensive Care Patients. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 52(6), 213–222.
<https://doi.org/10.4274/TJAR.2024.241526>
- Faustino, T. N., Suzart, N. A., Rabelo, R. N. dos S., Santos, J. L., Batista, G. S., Freitas, Y. S. de, Saback, D. A., Sales, N. M. M. D., Brandao Barreto, B., & Gusmao-Flores, D. (2022). Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients: A randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 68, 114–120.
<https://doi.org/10.1016/J.JCRC.2021.12.015>
- Fernandes, F., Santos, M., Anacleto, A. M., Jerónimo, C., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2024). Nursing Intervention to Prevent and Manage Delirium in Critically Ill Patients: A Scoping Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(11).
<https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE12111134>
- Fernández, M., & Faus, M. (2021). Medidas no farmacológicas para la prevención del delirium en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. *Terapeía*, 14, 113–140. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7949255>
- Fiest, K. M., Soo, A., Lee, C. H., Niven, D. J., Ely, E. W., Doig, C. J., & Stelfox, H. T. (2021). Long-term outcomes in ICU patients with delirium a population-based cohort study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 204(4),

412–420.

[https://doi.org/10.1164/RCCM.202002-](https://doi.org/10.1164/RCCM.202002-0320OC/SUPPL_FILE/DISCLOSURES.PDF)

[0320OC/SUPPL_FILE/DISCLOSURES.PDF](https://doi.org/10.1164/RCCM.202002-0320OC/SUPPL_FILE/DISCLOSURES.PDF)

Frade-Mera, M. J., Arias-Rivera, S., Zaragoza-García, I., Martí, J. D., Gallart, E., San José-Arribas, A., Velasco-Sanz, T. R., Blazquez-Martínez, E., & Raurell-Torredà, M. (2022). The impact of ABCDE bundle implementation on patient outcomes: A nationwide cohort study. *Nursing in Critical Care*, 27(6), 772–783. <https://doi.org/10.1111/NICC.12740>

Fuentes, A. L., Makhija, H., Fine, J. M., Reyes, P. A., De Leon, B. D., Sanchez-Azofra, A., Rodriguez-Flores, L., Weston, J., Marquine, M. J., Hu, E., Espinosa-Meza, R., Higuera, I. R. S., Jacques, P. V., Pollack, D., Novelli, F., Ely, E. W., Malhotra, A., Needham, D. M., Martin, J. L., ... Figueroa-Ramos, M. I. (2024). Spanish Translation and Cultural Adaptation of the Intensive Care Unit Delirium Playbook. *ATS Scholar*, 5(2), 259–273. <https://doi.org/10.34197/ATS-SCHOLAR.2023-0114OC>

Gómez, L., & Henao, A. (2024). *Dynamic delirium - Nursing intervention to reduce delirium in patients critically ill, a randomized control trial*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339724000739>. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103691>

Gómez, L., Henao-Castaño, Á., & Troche-Gutiérrez, I. (2022). Prevenir y tratar delirium en cuidados intensivos: hermenéutica de las vivencias del equipo de enfermería. *Enfermería Intensiva*, 33(3), 113–125. <https://www-clinicalkey-es.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/#!/content/playContent/1-s2.0-S113023992100081X?returnurl=null&referrer=null>

- Gonzalez-Baz, M. D., Pacheco-del Cerro, E., Durango-Limárquez, M. I., Alcantarilla-Martín, A., Romero-Arribas, R., Ledesma-Fajardo, J., & Moro-Tejedor, M. N. (2024). The comfort perception in the critically ill patient from the Kolcaba theoretical model. *Enfermería Intensiva*.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.11.001>
- Gravante, F., Giannarelli, D., Pucci, A., Pisani, L., & Latina, R. (2023). Calibration of the PREdiction of DELIRium in ICu Patients (PRE-DELIRIC) Score in a Cohort of Critically Ill Patients: A Retrospective Cohort Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 42(4), 187–195. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000586>
- Hebeshy, M. I., Gaballah, S. H., & Ibrahim, N. M. (2024). Assessment of ICU nurses' competency towards delirium among critically ill patients. *BMC Nursing*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12912-024-02330-Z/TABLES/6>
- Heesakkers, H., Devlin, J. W., Slooter, A. J. C., & van den Boogaard, M. (2020). Association between delirium prediction scores and days spent with delirium. *Journal of Critical Care*, 58(9), 6–9. <https://www-clinicalkey-es.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/#!/content/playContent/1-s2.0-S0883944120300733?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0883944120300733%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
- Henao-Castaño, Á. M., González, L. L., & Tovar, L. O. G. (2023). Validation to Spanish of nursing assessment scale for early diagnosis of delirium - Nu-DESC. *Investigacion y Educacion En Enfermería*, 41.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e03>
- Hualian, W., Tiantian, G., Miao, C., Xiaojuan, L., Xuning, Z., Yong, W., & Mingtao, Q. (2021). Effect of early off-bed mobility on delirium in mechanical ventilated

- patients in intensive care unit: a prospective randomized controlled study. *Chinese Critical Care Medicine*, 33, 1353–1357.
<https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121430-20210209-00238>
- Huespe, I., Giunta, D., Acosta, K., Avila, D., Prado, E., Sanghavi, D., Bisso, I. C., Giannasi, S., & Carini, F. C. (2024). Comparing Bispectral Index Monitoring vs Clinical Assessment for Deep Sedation in the ICU. *CHEST*, 166(4), 733–742.
<https://doi.org/10.1016/j.chest.2024.05.031>
- Inicio | Ciencias de la Computación SN*. (n.d.). Retrieved June 7, 2025, from <https://link-springer-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/journal/42979>
- Jeong, I. S., & Cho, M. K. (2023). Factors Affecting Delirium in ICU Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20105889>
- Khan, S. H., Lindroth, H., Perkins, A. J., Jamil, Y., Wang, S., Roberts, S., Farber, M., Rahman, O., Gao, S., Marcantonio, E. R., Boustani, M., MacHado, R., & Khan, B. A. (2020). Delirium Incidence, Duration, and Severity in Critically Ill Patients With Coronavirus Disease 2019. *Critical Care Explorations*, 2, E0290.
<https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000290>
- Kiliç, G., & Kav, S. (2023). Effect of using eye masks and earplugs in preventing delirium in intensive care patients: A single-blinded, randomized, controlled trial. *Nursing in Critical Care*, 28(5), 698–708.
<https://doi.org/10.1111/NICC.12901>;WGROU:STRING:PUBLICATION
- Klosko, R., Arnold, J., Murphy, C., Exline, M., McLaughlin, E., Martz, J., Hagy, N., & Elefritz, J. (2021). Delirium Incidence and Risk Factors in Hematology-Oncology

- Patients Admitted to the ICU. *Critical Care Medicine*, 49(1), 295–295.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000728300.54057.B4>
- Kooken, R. W. J., van den Berg, M., Slooter, A. J. C., Pop-Purceanu, M., & van den Boogaard, M. (2021). Factors associated with a persistent delirium in the intensive care unit: A retrospective cohort study. *Journal of Critical Care*, 66, 132–137.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.09.001>
- Kucuk, O., Memis, D., Inal, M. T., Turan, F. N., & Memis, I. (2023). Comparison of the effectiveness of delirium evaluation tools in intensive care patients: pre-deliric versions 1 and 2, E-pre-deliric and ICDSC. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 27(21), 10365–10374.
https://doi.org/10.26355/EURREV_202311_34310
- Li, H. C., Chen, C. C. H., Yeh, T. Y. C., Liao, S. C., Hsu, A. S., Wei, Y. C., Shun, S. C., Ku, S. C., & Inouye, S. K. (2023). Predicting hospital mortality and length of stay: A prospective cohort study comparing the Intensive Care Delirium Screening Checklist versus Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Australian Critical Care*, 36(3), 378–384.
<https://doi.org/10.1016/J.AUCC.2022.01.010>
- Li, H. C., Yeh, T. Y. C., Wei, Y. C., Ku, S. C., Xu, Y. J., Chen, C. C. H., Inouye, S., & Boehm, L. M. (2022). Association of Incident Delirium With Short-term Mortality in Adults With Critical Illness Receiving Mechanical Ventilation. *JAMA Network Open*, 5(10), e2235339–e2235339.
<https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2022.35339>
- Lin, Y., Zhou, Y., & Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of

- international effectiveness studies. *Systematic Reviews*, 12(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/S13643-023-02202-8>
- Lindroth, H., Byrnes, T., Fuchita, M., Hetland, B., Liu, K., Maya, K., McAndrew, N. S., Mulkey, M. A., Nydahl, P., Palakshappa, J., von Haken, R., Psoter, K. J., Oh, E. S., Anderson, E., Banchemo, L., Bettic, D., Branch, L., Brown, K., Brynes, T., ... Windsor, K. (2024). Delirium in the United States: Results From the 2023 Cross-Sectional World Delirium Awareness Day Prevalence Study. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 65(5), 430.
<https://doi.org/10.1016/J.JACLP.2024.06.005>
- Lobo-Valbuena, B., Gordo, F., Abella, A., Garcia-Manzanedo, S., Garcia-Arias, M. M., Torrejón, I., Varillas-Delgado, D., & Molina, R. (2021). Risk factors associated with the development of delirium in general ICU patients. A prospective observational study. *PLOS ONE*, 16(9), e0255522.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0255522>
- Mahrouqi, B., Namani, H., Harmali, Z., Sulaimi, F., & Shibani, A. (2024). Delirium in Adult Critical Care Unit: Prevalence and Outcomes at Regional Hospital. *American Journal of Health Research*, 12(6), 237–243.
<https://doi.org/10.11648/J.AJHR.20241206.18>
- Malik, A. K., Baidya, D. K., Anand, R. K., & Subramaniam, R. (2021). A New ICU Delirium Prevention Bundle to Reduce the Incidence of Delirium: A Randomized Parallel Group Trial. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 25(7), 754–760.
<https://doi.org/10.5005/JP-JOURNALS-10071-23881>

- Mart, M. F., Williams Roberson, S., Salas, B., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2020). Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 42(1), 112–126. <https://doi.org/10.1055/S-0040-1710572>
- Meghani, S., & Timmins, F. (2024). Intensive care nurses' perceptions and awareness of delirium and delirium prevention guidelines. *Nursing in Critical Care*, 29(5), 943–952. <https://doi.org/10.1111/NICC.13060>;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:147851 53;WGROUPE:STRING:PUBLICATION
- Mendeley. (2025). <https://www.Mendeley.Com/Reference-Manager/Library/All-References>.
- Minami, T., Watanabe, H., Kato, T., Ikeda, K., Ueno, K., Matsuyama, A., Maeda, J., Sakai, Y., Harada, H., Kuriyama, A., Yamaji, K., Kitajima, N., Kamei, J., Takatani, Y., Sato, Y., Yamashita, Y., Mizota, T., & Ohtsuru, S. (2023). Dexmedetomidine versus haloperidol for sedation of non-intubated patients with hyperactive delirium during the night in a high dependency unit: study protocol for an open-label, parallel-group, randomized controlled trial (DEX-HD trial). *BMC Anesthesiology*, 23(193), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12871-023-02158-1>
- Miranda, F., Gonzalez, F., Plana, M. N., Zamora, J., Quinn, T. J., & Seron, P. (2023). Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013126.PUB2>
- Mohsen, S., Moss, S. J., Lucini, F., Krewulak, K. D., Stelfox, H. T., Niven, D. J., Sauro, K. M., & Fiest, K. M. (2022). Impact of Family Presence on Delirium in Critically Ill

- Patients: A Retrospective Cohort Study. *Critical Care Medicine*, 50(11), 1628–1637. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005657>
- Moss, S. J., Lee, C. H., Doig, C. J., Whalen-Browne, L., Stelfox, H. T., & Fiest, K. M. (2022). Delirium diagnosis without a gold standard: Evaluating diagnostic accuracy of combined delirium assessment tools. *PLOS ONE*, 17(4), e0267110. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0267110>
- Naghbi, T., Shafigh, N., & Mazloomzadeh, S. (2020). Role of omega-3 fatty acids in the prevention of delirium in mechanically ventilated patients. *Journal of Research in Medical Sciences*, 25(1). https://doi.org/10.4103/JRMS.JRMS_567_18
- Nazari-Ostad, Z., Namazinia, M., Hajiabadi, F., Aghebati, N., Esmaily, H., & Peivandi Yazdi, A. (2024). Effect of protocol-based family visitation on physiological indicators in ICU patients: a randomized controlled trial. *BMC Anesthesiology*, 24(18), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12871-023-02396-3>
- Nicholas, M., Wittmann, J., Norena, M., Ornowska, M., & Reynolds, S. (2023). A randomized, clinical trial investigating the use of a digital intervention to reduce delirium-associated agitation. *Npj Digital Medicine*, 6(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/S41746-023-00950-4>;SUBJMETA=2779,308,565,692,700,777;KWRD=RANDOMIZED+CONTROLLED+TRIALS,THERAPEUTICS
- Nie, J., Li, W. J., & Jiang, Z. Y. (2024). Self-efficacy of ICU nurses in delirium care: an analysis of the current status and influencing factors. *BMC Nursing*, 23(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12912-024-02379-W>
- Ormaza, J., Pozo, M., Arroyo, G., Solano, X., Villacrés, K., Reyes, A., Zambrano, D., Hidalgo, G., & Delgado, S. (2020). Tratamiento del delirium en pacientes en

- cuidados intensivos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(1), 25–31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55969798007>
- Owen, V. S., Sinnadurai, S., Morrissey, J., Colaco, H., Wickson, P., Dyjur, D., Redlich, M., O'Neill, B., Zygun, D. A., Doig, C. J., Harris, J., Zuege, D. J., Stelfox, H. T., Faris, P. D., Fiest, K. M., & Niven, D. J. (2024a). Multicentre implementation of a quality improvement initiative to reduce delirium in adult intensive care units: An interrupted time series analysis. *Journal of Critical Care*, 81, 1–9. <https://doi.org/10.1016/J.JCRC.2024.154524>
- Pabón-Martínez, B. A., Rodríguez-Pulido, L. I., & Henao-Castaño, A. M. (2021). La familia en la prevención del delirium en la unidad de cuidados intensivos: scoping review. *Enfermería Intensiva*, 33(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/J.ENFI.2021.01.003>
- Paganelli, V. (2021). Evaluación de un protocolo para prevención, diagnóstico precoz y manejo del delirium en pacientes críticos adultos de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Clínico Universidad de Chile [Universidad de Chile]. In *Repositorio académico de la Universidad de Chile*. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/184421/Evaluacion-de-un-protocolo-para-prevencion-diagnostico-precoz-y-manejo-del-delirium.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Palacio Jiménez, M. (2021). El delirio en la UCI, una revisión narrativa de la evidencia existente. *Conocimiento Enfermero*, 4(14), 5–21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8394930>
- Palmero, J., & Lassard, J. (2021). Delirium: una revisión actual. *Aten Fam*, 28(4), 284–290. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.4.80600>

- Pelin, M., & Sert, H. (2025). The effect of nursing care provided to coronary intensive care patients according to their circadian rhythms on sleep quality, pain, anxiety, and delirium: a randomised controlled trial. *BMC Nursing*, 24(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12912-025-02793-8/FIGURES/2>
- Perelló, P., Gómez, J., Mariné, J., Cabas, M. T., Arasa, A., Ramos, Z., Moya, D., Reynals, I., Bodí, M., & Magret, M. (2023). Analysis of adherence to an early mobilization protocol in an intensive care unit: Data collected prospectively over a period of three years by the clinical information system. *Medicina Intensiva*, 47(4), 203–211. <https://doi.org/10.1016/J.MEDIN.2022.03.008>
- Pick Amiruddin. (2021). Drug Therapy in delirium. *Journal of the Intensive Care Society*, 21(2), 1–23. <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02230678/full>
- PRISMA statement*. (n.d.). <https://www.Prisma-Statement.Org/>.
- PubMed*. (n.d.). Retrieved June 7, 2025, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Rahimi-Bashar, F., Abolhasani, G., Manouchehrian, N., Jiryaee, N., Vahedian-Azimi, A., & Sahebkar, A. (2021). Incidence and Risk Factors of Delirium in the Intensive Care Unit: A Prospective Cohort. *BioMed Research International*, 2021, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2021/6219678>
- Ramírez, M., & Umaña, A. (2021). Delirio: una visión global. *Revista Médica Sinergia*, 6(5), 1–7. revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/672/1214
- Rashid, U. A., Fatima, Z., Nasim, U., & Muattar, H. A. (2023). Delirium in critical care unit patients: prevalence and associated risk factors. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 73(12), 2438–2441. <https://doi.org/10.47391/JPMA.8135>

Redalyc. (n.d.).

<https://www.Redalyc.Org/BusquedaArticuloFiltros.Oa?Q=tesis%20pregrado>.

Revisiones Cochrane | Biblioteca Cochrane. (n.d.). Retrieved June 7, 2025, from <https://www.cochranelibrary.com/>

Rood, P. J. T., Zegers, M., Ramnarain, D., Koopmans, M., Klarenbeek, T., Ewalds, E., van der Steen, M. S., Oldenbeuving, A. W., Kuiper, M. A., Teerenstra, S., Adang, E., van Loon, L. M., Wassenaar, A., Vermeulen, H., Pickkers, P., van den Boogaard, M., Rood, P., Zegers, M., Ramnarain, D., ... van den Boogaard, M. (2021). The impact of nursing delirium preventive interventions in the ICU a multicenter cluster-randomized controlled clinical trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 204(6), 682–691. <https://doi.org/10.1164/RCCM.202101-0082OC>

Sanchez, D., Brennan, K., Al Sayfe, M., Shunker, S. A., Bogdanoski, T., Hedges, S., Hou, Y. C., Lynch, J., Hunt, L., Alexandrou, E., Saxena, M., Abel, S., Lakshmanan, R., Bhonagiri, D., Parr, M. J., Aneman, A., Chroinin, D. N., Hillman, K. M., & Frost, S. A. (2020). Frailty, delirium and hospital mortality of older adults admitted to intensive care: the Delirium (Deli) in ICU study. *Critical Care*, 24(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S13054-020-03318-2/FIGURES/2>

Schreiber, N., Eichlseder, M., Orlob, S., Klivinyi, C., Zoidl, P., Pichler, A., Eichinger, M., Fandler-Höfler, S., Scholz, L., Baumgartner, J., Schörghuber, M., & Eller, P. (2024). Sex specific differences in short-term mortality after ICU-delirium. *Critical Care*, 28(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S13054-024-05204-7/FIGURES/1>

ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books. (n.d.). Retrieved June 7, 2025, from <https://www.sciencedirect.com/>

Scopus - Búsqueda de documentos. (n.d.). Retrieved June 7, 2025, from [https://www-scopus-](https://www-scopus-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/search/form.uri?display=basic&zone=header&origin=searchbasic#basic)

[com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/search/form.uri?display=basic&zone=header&origin=searchbasic#basic](https://www-scopus-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/search/form.uri?display=basic&zone=header&origin=searchbasic#basic)

Shinohara, F., Unoki, T., & Horikawa, M. (2022). Relationship between no-visitation policy and the development of delirium in patients admitted to the intensive care unit. *PLOS ONE*, 17(3), e0265082. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0265082>

Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo-Gonzalez, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., Szczeklik, W., van Zanten, A. R. H., & Bischoff, S. C. (2023). ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 42(9), 1671–1689. <https://doi.org/10.1016/J.CLNU.2023.07.011/ASSET/27BB8739-D9CD-4185-9567-F256AEDD661F/MAIN.ASSETS/GR8.JPG>

Sinu, J., Maneesha, C., & Manju, D. (2024). Nurses' Knowledge and Subjective Strain in Delirium Care: Impact of a Web-based Instructional Module on Nurses Competence. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 28(2), 111–119. <https://doi.org/10.5005/JP-JOURNALS-10071-24626>

SOFA Score | SAMIUC. (n.d.). <https://www.samiuc.es/sofa-score/>.

Sosnowski, K., Lin, F., Chaboyer, W., Ranse, K., Heffernan, A., & Mitchell, M. (2023). The effect of the ABCDE/ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes, and quality of life in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 1–14. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2022.104410>

- Sosnowski, K., Mitchell, M., Cooke, M., White, H., Morrison, L., & Lin, F. (2021). Effectiveness of the ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes and quality of life in intensive care patients: A study protocol for a randomised controlled trial with embedded process evaluation. *BMJ Open*, 11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044814>
- Söylemez, G. K., & Bulut, H. (2024). The effectiveness of postoperative delirium prevention, diagnosis, and intervention protocol in patients monitored in the intensive care unit after cardiac surgery: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12912-024-02547-Y/TABLES/5>
- Spiegelberg, J., Song, H., Pun, B., Webb, P., & Boehm, L. M. (2020). Early Identification of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Improving the Quality of Care. *Critical Care Nurse*, 40(2), 43. <https://doi.org/10.4037/CCN2020706>
- Stollings, J. L., Kotfis, K., Chanques, G., Pun, B. T., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2021). Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Medicine*, 47(10), 1103. <https://doi.org/10.1007/S00134-021-06503-1>
- Tan, H., Zhou, L., Wu, S., Dong, Q., Yang, L., Xu, J., Zhao, S., Wang, X., & Yang, H. (2021). Subjective strain of care experienced by pulmonary and critical care medical nurses when caring for patients with delirium: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S12913-021-06860-Z/TABLES/4>
- TISS-28 | SAMIUC. (n.d.). <https://www.samiuc.es/tiss-28/>.

- Tobar, E., & Alvarez, E. (2020). Delirium en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2019.11.008>
- Torres, C., Páez, A., Durán, M., da Silva, C., & Duarte, N. (2021). Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1–11. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200278>
- Vallés-Fructuoso, O., Rodríguez-Mondéjar, J. J., Alonso-Crespo, D., Robleda-Font, G., López-López, C., Gil-Castillejos, D., & Acevedo-Nuevo, M. (2024). Diez puntos clave para la prevención, monitorización y tratamiento no farmacológico del delirio en el paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/J.ENFI.2024.05.004>
- van Bochove-Waardenburg, M., van der Jagt, M., de Man-van Ginkel, J., & Ista, E. (2023). Sustained adherence to a delirium guideline five years after implementation in an intensive care setting: A retrospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 76, 1–8. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2023.103398>
- van der Hoeven, A. E., Bijlenga, D., van der Hoeven, E., Schinkelshoek, M. S., Hiemstra, F. W., Kervezee, L., van Westerloo, D. J., Fronczek, R., & Lammers, G. J. (2024). Sleep in the intensive and intermediate care units: Exploring related factors of delirium, benzodiazepine use and mortality. *Intensive and Critical Care Nursing*, 81, 103603. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2023.103603>
- van Gelder, T. G., van Diem-Zaal, I. J., Dijkstra-Kersten, S. M. A., de Mul, N., Lalmohamed, A., & Slooter, A. J. C. (2024). The risk of delirium after sedation

- with propofol or midazolam in intensive care unit patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 90(6), 1471–1479. <https://doi.org/10.1111/BCP.16031>
- Rojas, V., Romero, C., Tobar, D., Alvarez, E., Aranda, R., Bugedo, G., Cariqueo, M., Sepúlveda, M., Sánchez, J., & Tobar, E. (2021). Prácticas nacionales de analgesia, sedación y delirium en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos en Chile. *Revista Médica de Chile*, 149(6), 864–872. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021000600864>
- Vicente-Flores, G. E. (2023). Delirio en pacientes en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Multidisciplinaria Perspectivas Investigativas*, 3(2), 9–13. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.10049331>
- Villagomez, L., & Rivas, L. (2024). Efectividad de la intervención de enfermería en la prevención del delirium en pacientes críticos. *Revista Cubana de Enfermería*, 40, 1–17. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192024000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Wang, X. P., Lv, D., Chen, Y. F., Chen, N., Li, X. D., Xu, C. F., Li, Y., & Tian, L. (2022). Impact of Pain, Agitation, and Delirium Bundle on Delirium and Cognitive Function. *Journal of Nursing Research*, 30(4), E222. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000497>
- Wibrow, B., Martinez, F. E., Myers, E., Chapman, A., Litton, E., Ho, K. M., Regli, A., Hawkins, D., Ford, A., van Haren, F. M. P., Wyer, S., McCaffrey, J., Rashid, A., Kelty, E., Murray, K., & Anstey, M. (2022). Prophylactic melatonin for delirium in intensive care (Pro-MEDIC): a randomized controlled trial. *Intensive Care Medicine*, 48(4), 414–425. <https://doi.org/10.1007/S00134-022-06638-9>

- Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLulich, A. M. J., Slooter, A. J. C., & Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 1–26. <https://doi.org/10.1038/S41572-020-00223-4>;SUBJMETA=132,2609,375,692,699;KWRD=DEMENTIA,ENCEPHALOPATHY
- WOS. (n.d.). <https://www.webofscience.com/Wos/Author/Author-Search>.
- Xu, F., Zhang, S., & Zhang, Y. (2024). High level of systemic immune inflammation index elevates delirium risk among patients in intensive care unit. *Scientific Reports*, 14, 30265. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-81559-9>
- Zhang, H., Yuan, J., Chen, Q., Cao, Y., Wang, Z., Lu, W., & Bao, J. (2021). Development and validation of a predictive score for ICU delirium in critically ill patients. *BMC Anesthesiology*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12871-021-01259-Z/FIGURES/4>
- Zhang, S., Cui, W., Ding, S., Li, X., Zhang, X.-W., & Id, Y. W. (2024). A cluster-randomized controlled trial of a nurse-led artificial intelligence assisted prevention and management for delirium (AI-AntiDelirium) on delirium in intensive care unit: Study protocol. *PLoS ONE*, 19(2), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298793>
- Zhang, S., Ding, S., Cui, W., Li, X., Wei, J., & Wu, Y. (2023). Impact of Clinical Decision Support System Assisted prevention and management for Delirium on guideline adherence and cognitive load among Intensive Care Unit nurses (CDSSD-ICU): Protocol of a multicentre, cluster randomized trial. *PLOS ONE*, 18(11), 1–14. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0293950>

Zhou, L., Xie, F., Zeng, Y., Xia, X., Wang, R., Cai, Y., Lei, Y., Xu, F., Li, X., & Chen, B. (2025). Preventive effects of early mobilisation on delirium incidence in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/S00063-024-01243-8/TABLES/3>

Zona de Lectura | Elsevier. (n.d.). Retrieved June 7, 2025, from <https://www.elsevier.es/es>

ANEXOS

6. Anexo 1.

Tabla 7 Estrategias de Búsqueda y resultados de la búsqueda bibliográficas

Base de Datos Buscador Biblioteca	Algoritmos de búsqueda	Resultados de la Búsqueda	Límites Criterios de Inclusión y exclusión	Artículos Obtenidos	Selección del Título	Duplicado	Selección del Resumen	Lectura Completa	Rigor científico	Artículos Incluidos
PubMed	Delirium AND Critical Care	4.844	Años 5 Artículos científicos, originales. (Ensayos clínicos) Acceso libre. Idioma sin límite.	226	112	3	10	2	2	2
	Delirium AND Clinical Protocols	466		115	30	5	11	2	2	2
	Delirium AND Disease Prevention	1.227		349	19	6	12	1	1	1
	Critical Care AND Clinical Protocols	7.771		74	5	2	1	0	0	0
Scopus	Delirium AND Critical Care	4.446	Años 5 Artículos científicos, originales. (Ensayos clínicos) Acceso libre. Idioma sin límite.	138	74	6	22	4	4	4
	Delirium AND Clinical Protocols	2.168		111	32	3	4	0	0	0
	Delirium AND Disease Prevention	1.767		79	34	2	4	0	0	0

	Critical Care AND Clinical Protocols	13.958		263	103	2	6	0	0	0
Web of Science	Delirium AND Critical Care	4.712	Años 5 Artículos científicos, originales. (Ensayos clínicos) Acceso libre. Idioma sin límite.	588	104	2	15	0	0	0
	Delirium AND Clinical Protocols	1.566		118	38	2	7	1	1	1
	Delirium AND Disease Prevention	2.253		113	20	5	9	0	0	0
	Critical Care AND Clinical Protocols	14.603		2.630	115	4	6	1	1	1
ClinicalKey	Delirium AND Critical Care	3.424	Años 5 Artículos científicos, originales. (Ensayos clínicos) Acceso libre. Idioma sin límite.	101	13	0	5	1	1	1
	Delirium AND Clinical Protocols	785		245	10	1	4	1	1	1
	Delirium AND Disease Prevention	453		246	25	0	0	0	0	0
	Delirium AND Critical Care Nursing	563		139	50	0	10	1	1	1
ScienceDirect	Delirium AND Critical Care	21.939	Años 5 Artículos científicos, originales. (Ensayos clínicos)	1.397	118	3	12	3	3	3
	Delirium AND Clinical Protocols	16.229		1319	79	2	4	0	0	0

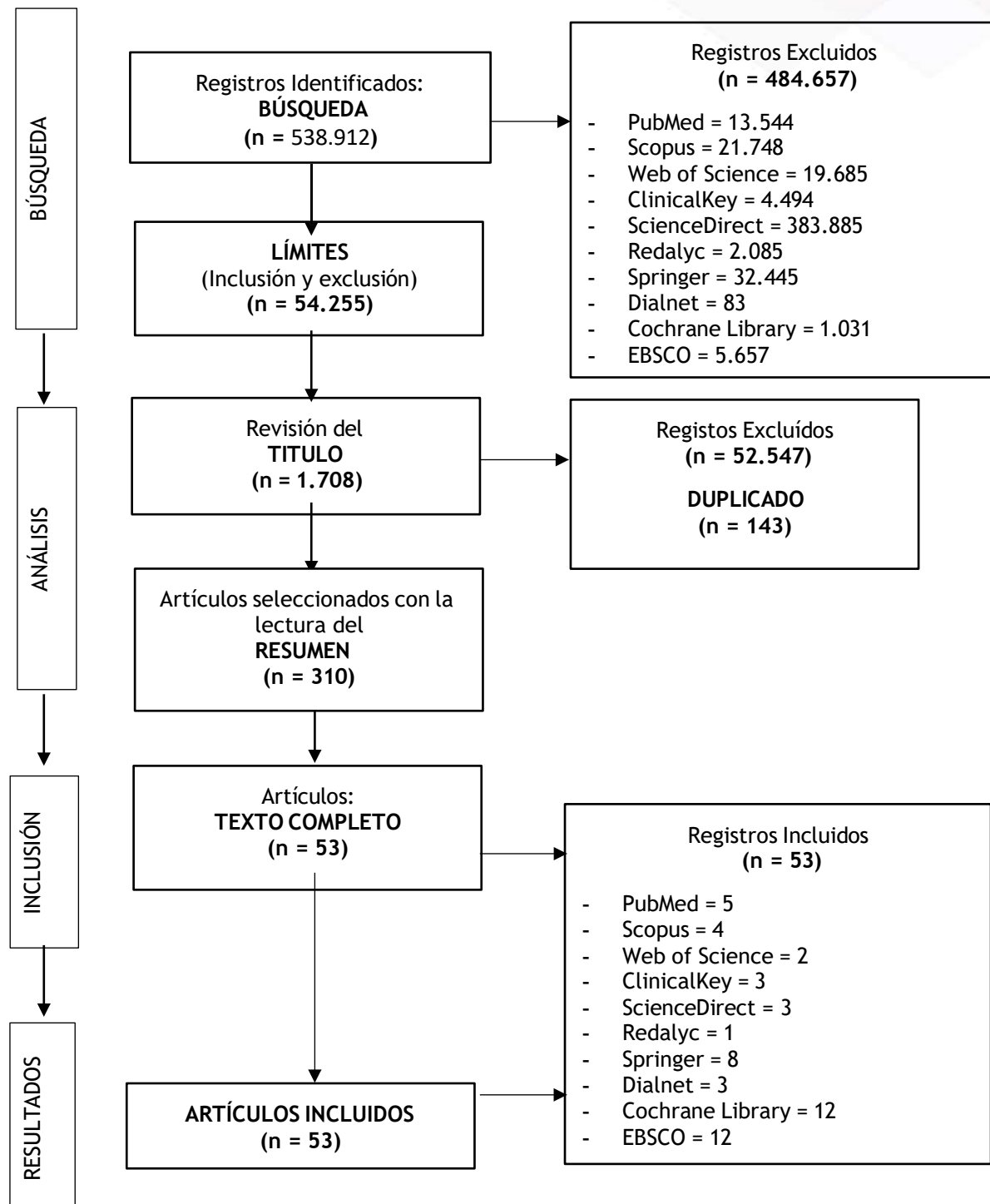
	Delirium AND Disease Prevention	15.902	Acceso libre. Idioma sin límite.	644	31	0	3	0	0	0
	Critical Care AND Clinical Protocols	368.211		35.036	221	6	6	0	0	0
Redalyc	Delirium AND Critical Care	352	Años 5 Artículos científicos, originales. (Ensayos clínicos) Acceso libre. Idioma sin límite.	96	12	0	5	0	0	0
	Delirium AND Clinical Protocols	769		171	6	3	2	1	1	1
	Delirium AND Disease Prevention	801		168	5	5	0	0	0	0
	Delirium AND Clinical Care Nursing	769		171	17	3	0	0	0	0
Springer	Delirium AND Critical Care	14.994	Años 5 Artículos científicos, originales. (Ensayos clínicos) Acceso libre. Idioma sin límite.	2.252	68	8	8	4	4	4
	Delirium AND Clinical Protocols	6.111		1.246	47	2	1	0	0	0
	Delirium AND Disease Prevention	11.598		1.387	22	5	2	0	0	0
	Delirium AND Critical Care Nursing	5.424		797	18	4	9	4	4	4
Dialnet	Delirium AND Critical Care	65	Años 5 Artículos científicos,	37	17	2	12	2	2	2

	Delirium AND Clinical Protocols	9	originales. (Ensayos clínicos) Acceso libre. Idioma sin límite.	5	3	0	0	0	0	0
	Delirium AND Disease Prevention	15		8	4	2	1	0	0	0
	Critical Care AND Clinical Protocols	99		55	6	3	4	1	1	1
Cochrane Library	Delirium AND Critical Care	681	Años 5 Artículos científicos, originales. (Ensayos clínicos) Acceso libre. Idioma sin límite.	330	43	7	39	9	9	9
	Delirium AND Clinical Protocols	724		393	20	4	12	1	1	1
	Delirium AND Disease Prevention	371		102	30	2	7	1	1	1
	Delirium AND Critical Care Nursing	145		65	20	7	2	1	1	1
EBSCO	Delirium AND Critical Care	7.305	Años 5 Artículos científicos, originales. (Ensayos clínicos) Acceso libre. Idioma sin límite.	2.560	53	16	29	8	8	8
	Delirium AND Clinical Protocols	558		146	24	2	9	0	0	0
	Delirium AND Disease Prevention	103		31	10	3	2	1	1	1

	Delirium AND Critical Care Nursing	732		304	50	11	15	3	3	3
Total		538.912		54255	1708	143	310	53	53	53
Fuente: Búsqueda Bibliográfica										

7. Anexo 2.

Figura 1 Flujograma estrategias de búsqueda y resultados de la búsqueda bibliográficas



Fuente: referencias bibliográficas

Anexo 3.

Tabla 8 Resultados PRISMA

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
1. Luz Omaira Gómez Tovar, Ángela María Henao Castaño (Gómez & Henao, 2024)	Dynamic delirium - Nursing intervention to reduce delirium in patients critically ill, a randomized control trial	Ensayo clínico aleatorizado, doble enmascarado, de grupos paralelos (cuantitativo experimental)	Determinar la efectividad de una intervención de enfermería no farmacológica (DyDel), basada en evidencia científica y teoría enfermera, para reducir la incidencia y duración del delirium en pacientes de UCI	Estudio clínico aleatorizado, prospectivo y doble ciego, realizado en la UCI del Hospital Universitario de Neiva (Colombia), con 213 pacientes adultos sin delirium al ingreso, distribuidos en grupo control (atención habitual) e intervención. El protocolo tuvo tres fases: 1) detección de delirium con herramienta validada; 2) intervención "DyDel", basada en el Dynamic Symptoms Model, aplicada por enfermería 2-3 veces al día, abordando dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales; 3) evaluación de resultados clínicos como incidencia y duración del delirium, sedación, dolor, ventilación mecánica, sujeciones físicas, estancia en UCI y mortalidad.	Los resultados evidenciaron una reducción significativa en la incidencia de delirium en el grupo intervención (5,6%) frente al control (14,8%; $p=0,037$), así como en su duración ($0,07 \pm 0,308$ vs. $0,34 \pm 1,28$ días; $p=0,016$). También se observó menor intensidad del dolor ($p=0,002$) y una tendencia a menor uso de sujeciones físicas ($p=0,06$) en el grupo intervención. No se encontraron diferencias significativas en estancia en UCI, días de ventilación mecánica, nivel de sedación ni mortalidad. Se concluye que el protocolo DyDel, liderado por enfermería, fue eficaz en reducir delirium y mejorar el control del dolor en pacientes críticos.
2. Hidde Heesakkers, John W. Devlin, Arjen J.C. Slooter, Mark van	Association between delirium prediction scores	Estudio cuasiexperimental	Evaluar el efecto de un programa de prevención del	Análisis secundario de datos del ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y	Delirium se presentó en el 36 % de los 1506 pacientes, con una

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
den Boogaard(Heesakkers et al., 2020)	and days spent with delirium	prospectivo con grupo control.	delirium liderado por enfermería en la incidencia de delirium en pacientes críticos.	controlado con placebo REDUCE, realizado en 21 hospitales de los Países Bajos (2013–2016), con 1506 pacientes adultos críticamente enfermos, sin delirium al ingreso y estancia en UCI ≥ 2 días. Se utilizaron los instrumentos CAM-ICU y RASS para identificar delirium (≥ 1 CAM-ICU positivo) y coma (≥ 1 RASS ≤ -4). Se evaluaron los modelos predictivos PRE-DELIRIC y E-PRE-DELIRIC.	mediana de duración de 2 días [IQR: 0–5]. Las correlaciones entre los modelos predictivos y los días con delirium fueron débiles: E-PRE-DELIRIC (R=0.08; p=0.005) y PRE-DELIRIC (R=0.26; p<0.001). Para delirium o coma, las correlaciones aumentaron ligeramente: E-PRE-DELIRIC (R=0.21) y PRE-DELIRIC (R=0.46). Los valores de AUROC
3. Detroyer E, Timmermans A, Segers D, Meyfroidt G, Dubois J, Van Assche A, Joosten E, Milisen K (Detroyer et al., 2020).	Psychometric properties of the intensive care delirium screening checklist when used by bedside	Prospectivo descriptivo	Investigar la precisión diagnóstica, la validez concurrente y la consistencia interna del ICDSC cuando lo realizan	Estudio prospectivo descriptivo realizado durante 6 meses en una UCI quirúrgica de 18 camas en un hospital universitario de Bélgica, con 77 pacientes adultos posoperados sin	para ambos modelos oscilaron entre 0.42 y 0.58, indicando baja capacidad discriminativa para predecir la duración del delirium, especialmente en periodos cortos. Se concluye que ambos modelos presentaron pobre rendimiento predictivo para estimar la duración del delirium en pacientes críticos. En un estudio con 77 pacientes posquirúrgicos, la prevalencia de delirium fue 22,1 % según CAM-ICU. El ICDSC (cut-off ≥ 4) mostró buena validez diagnóstica (AUROC

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
	nurses in clinical practice: a prospective descriptive study.		enfermeras de UCI en la práctica clínica.	delirium al ingreso. En la Fase 1, enfermeras aplicaron la escala ICDSC dos veces al día por hasta 10 días; paralelamente, un grupo investigador aplicó CAM-ICU y CAM-S de forma ciega como referencia. En la Fase 2, se evaluaron las propiedades psicométricas del ICDSC: sensibilidad, especificidad, valores predictivos, consistencia interna (alfa de Cronbach), validez concurrente con CAM-S y usabilidad, valorada mediante un cuestionario a 34 enfermeras clínicas.	0.873), sensibilidad del 81 %, especificidad del 87,7 %, y consistencia interna alta ($\alpha=0.839$). La concordancia con CAM-ICU fue moderada ($\kappa=0.56$), y su correlación con la escala CAM-S también fue moderada. El 97,1 % de las enfermeras consideraron los ítems claros, aunque 32,4 % requirió apoyo para completarlo. El tiempo de aplicación fue breve (88,2 % <2 minutos). Se concluye que el ICDSC es una herramienta válida, confiable y útil en la práctica clínica.
4. Heidi Lindroth, Tru Byrnes, Mikita Fuchita, Breanna Hetland, Keibun Liu, Kerri Maya, Natalie S. McAndrew, Malissa A. Mulkey, Peter Nydahl, Jessica Palakshappa, Rebecca von Haken, Kevin J. Psoter, Esther S. Oh (Lindroth et al., 2024).	Delirium in the United States: Results From the 2023 Cross-Sectional World Awareness Day Prevalence Study	Estudio cuantitativo retrospectivo de cohorte (antes-después).	Evaluar el impacto de la implementación de un bundle multicomponente no farmacológico sobre la incidencia de delirium en pacientes de la UCI de un hospital comunitario.	Estudio cuasiexperimental prospectivo realizado durante 15 meses en una UCI médica de un hospital universitario en Colombia, con 213 pacientes adultos sin delirium al ingreso, distribuidos en grupo control (atención habitual) e intervención (protocolo DyDel). Fase 1: detección diaria de delirium con CAM-ICU. Fase 2: implementación del protocolo DyDel, basado en el Dynamic Symptoms	El estudio mostró una reducción significativa en la incidencia (5,6 % vs. 14,8 %; $p=0.037$) y duración del delirium (0.07 ± 0.308 vs. 0.34 ± 1.28 días; $p=0.016$) en el grupo intervención. No hubo diferencias significativas en días de estancia en UCI, ventilación mecánica o mortalidad. Se observó menor intensidad del dolor ($p=0.002$) y una tendencia

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				Model, aplicado por enfermería 2–3 veces por turno, abordando dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Fase 3: evaluación de resultados como incidencia y duración del delirium, dolor, sujeciones físicas, días de ventilación mecánica, estancia en UCI y mortalidad.	a menor uso de sujeciones físicas ($p=0.06$) en el grupo intervención. Se concluye que el protocolo DyDel, liderado por enfermería, fue eficaz para reducir delirium y mejorar el confort del paciente, aunque sin impacto en otros desenlaces clínicos relevantes.
5. Zahra Nazari-Ostad, Mohammad Namazinia, Fatemeh	Effect of protocol-based family visitation on	Estudio cuantitativo prospectivo tipo	Evaluar la eficacia de un bundle de atención	Estudio cuasiexperimental prospectivo realizado durante cuatro semanas en una UCI	El estudio evidenció una reducción significativa en la incidencia de delirium en el
Hajiabadi, Nahid Aghebati, Habibolá Esmaily, Arash Peivandi Yazdi (Nazari-Ostad et al., 2024).	physiological indicators in ICU patients: a randomized controlled trial	antes-después.	perioperatoria multicomponente para prevenir el delirium postoperatorio en adultos mayores sometidos a cirugía mayor no cardíaca.	de un hospital universitario en Turquía, con 104 pacientes adultos post cirugía de bypass coronario, sin delirium al ingreso. Se asignaron aleatoriamente a grupo control ($n=52$, cuidado habitual) e intervención ($n=52$, cuidado basado en el Modelo de Adaptación de Roy). Fase 1: detección de delirium con CAM-ICU dos veces al día. Fase 2: aplicación del protocolo de enfermería centrado en adaptación fisiológica, autoconcepto, rol e interdependencia. Fase 3: evaluación de resultados como incidencia y duración	grupo intervención (9,6 % frente al control (28,8 %; $p=0.011$) y en su duración (1,0 vs. 1,5 días; $p=0.033$). No hubo diferencias en los días de estancia en UCI. Además, el grupo intervención mostró menores niveles de ansiedad ($p=0.001$) y mejor funcionalidad física al alta según el índice de Barthel ($p=0.002$). Se concluye que las intervenciones de enfermería basadas en el Modelo de Adaptación de Roy fueron efectivas para reducir delirium, ansiedad y mejorar el estado

AUTOR Y AÑO		TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
6.	Jessica Spiegelberg, Huaxin Song, Brenda Pun, Paula Webb,	Early Identification of Delirium in	Cuantitativo, observacional con diseño pretest-	Implementar un protocolo de detección	del delirium, niveles de ansiedad y funcionalidad física al alta. Estudio cuasiexperimental prospectivo realizado durante cuatro meses en una UCI	funcional, sin afectar la duración de hospitalización en UCI. Tras la implementación del CAM-ICU y la formación del personal, se redujo
	Leanne M Boehm (Spiegelberg et al., 2020)	Intensive Care Unit Patients: Improving the Quality of Care	postest.	temprana del delirium en la UCI mediante la capacitación del personal de enfermería en el uso del CAM-ICU y la reducción del uso de medicamentos de alto riesgo, con el fin de mejorar la calidad del cuidado.	médica de un hospital académico urbano en Estados Unidos. Se compararon dos grupos: control (sin herramienta validada) e intervención, con aplicación diaria del CAM-ICU para detección de delirium. Fase 1: implementación de CAM-ICU como instrumento estandarizado. Fase 2: capacitación del personal de enfermería en su uso y en el manejo seguro de opioides y benzodiacepinas. Fase 3: análisis de resultados mediante revisión de registros electrónicos, empleando gráficos de control y modelos de regresión para evaluar el impacto en el uso de medicamentos relacionados con la agitación.	significativamente el uso de medicamentos de alto riesgo en pacientes con bajo riesgo de delirium (de 7,37 % a una cifra menor no especificada) y se incrementó la detección y documentación de delirium por parte de enfermería. No se reportaron cambios significativos en la incidencia o duración del delirium, estancia en UCI ni mortalidad. El estudio concluyó que el protocolo liderado por enfermería mejoró el manejo farmacológico y la calidad de la práctica clínica, aunque no impactó en los principales desenlaces clínicos evaluados.
7.	Oliver Coolens, Arnold Kaltwasser, Tobias Melms, Stefanie	Delirium management in 2024: A status	Estudio cuantitativo comparativo	Evaluar el estado actual de la gestión del delirium en	Estudio transversal de comparación repetida realizado en UCI de países de	Entre 2016 y 2024 se observó un aumento en el uso de herramientas
	Monke, Peter Nydahl, Sabrina Pelz, Rebecca	check and evolution in	(encuesta observacional	2024 y analizar los cambios en la	habla alemana para evaluar el manejo del delirium en 2024,	validadas para detectar delirium (de 56,8 % a

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
von Haken, Wolfgang Hasemann (Coolens et al., 2025)	clinical practice since 2016	transversal en dos momentos: 2016 y 2024).	prevención, detección y tratamiento del delirium en unidades de cuidados intensivos desde 2016.	replicando la metodología de 2016. La encuesta, distribuida por muestreo en bola de nieve, recopiló datos sobre características institucionales, procesos clínicos, herramientas, protocolos, barreras y otros aspectos. Fase 1: se incluyeron 559 UCI en 2016 y 447 en 2024, garantizando comparabilidad. Fase 2: se evaluó el uso de herramientas validadas, programas preventivos, materiales educativos, cribado de demencia y sujeciones. Fase 3: análisis comparativo mediante estadística descriptiva e inferencial para identificar cambios entre ambos periodos.	74,4 %), en programas preventivos (34,6 % a 44,7 %) y en la entrega de materiales informativos (18,9 % a 33,8 %). En contraste, disminuyó el cribado de demencia (23,7 % a 14,8 %) y el uso de sujeciones físicas (68,3 % a 58,4 %). Persisten como principales barreras la falta de personal y tiempo. El estudio concluye que hay avances hacia una mejor gestión del delirium, aunque persisten limitaciones organizacionales que dificultan una implementación más amplia y sostenida.
8. Marlies van Bochove-Waardenburg, Mathieu van der Jagt, Janneke de Man-van Ginkel, Erwin Ista (van Bochove-Waardenburg et al., 2023).	Sustained adherence to a delirium guideline five years after implementation in an intensive care setting: A retrospective cohort study	Cuantitativo, descriptivo-cuasi experimental.	Determinar la asociación entre la adherencia al bundle ABCDE y los resultados clínicos de los pacientes críticos, especialmente la incidencia de delirium.	Estudio de cohorte retrospectivo realizado en una UCI universitaria de los Países Bajos entre noviembre de 2019 y febrero de 2020, con 236 pacientes adultos ingresados ≥ 24 horas, excluyendo casos neurológicos, quemaduras o ventilación domiciliaria. Fase 1: recolección de datos clínicos de registros	El estudio evidenció una sostenibilidad parcial de la guía de delirium. Aunque la prevalencia aumentó levemente (41 % a 43 %), la duración del delirium se redujo significativamente (mediana de 4.5 a 2 días; $p < 0.001$). Se observaron mejoras en movilización fuera de la cama (+11 %), terapia física (+9 %) y uso

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				electrónicos, siguiendo criterios previos. Fase 2: evaluación de la adherencia a siete indicadores de una guía clínica sobre delirium, incluyendo sedación ligera, movilización, fisioterapia, uso de analgésicos y benzodiacepinas, y tamizaje de delirium/sedación. Fase 3: comparación con resultados de dos periodos previos para valorar la sostenibilidad de la implementación de la guía.	de analgésicos ($p < 0.001$), pero también una disminución en días con sedación ligera (-28 %) y un aumento en el uso de benzodiacepinas (+7 %). La estancia en UCI fue más prolongada y los días en coma aumentaron. Se concluye que se requieren estrategias de monitoreo continuo para mantener la adherencia sostenida.
9. Gravante, Francesco; Giannarelli, Diana; Pucci, Antonello; Pisani, Luigi; Latina, Roberto (Gravante et al., 2023)	Calibration of the PREdiction of DELIRium in ICu Patients (PRE-DELIRIC) Score in a Cohort of Critically Ill Patients	Cuantitativo, observacional de cohortes	Validar la precisión del modelo PRE-DELIRIC para predecir el riesgo de delirium en pacientes ingresados en UCI.	Estudio de cohorte retrospectiva con más de 1.000 pacientes de UCI. Se aplicó el modelo predictivo y se comparó con la incidencia real de delirium para validar su sensibilidad y especificidad.	Este metaanálisis evidenció que el uso del ABCDEF bundle se asoció con una reducción del riesgo de delirium con un risk ratio de 0.57 (IC 95 %: 0.36–0.90; $p = 0.02$) y una disminución en la duración del delirium de 1.37 días en promedio (IC: -2.61 a -0.13; $p = 0.03$), consolidando su efectividad como estrategia preventiva integral en UCI.
10. Shan Zhang, Shu Ding, Wei Cui, Xiangyu Li, Jun Wei, Ying Wu (S. Zhang et al., 2023).	Impact of Clinical Decision Support System Assisted prevention and management for	Ensayo clínico controlado aleatorizado por conglomerados	Determinar la efectividad de un sistema de soporte clínico digital (CDSS-	Estudio cuasiexperimental prospectivo realizado durante ocho semanas en una UCI de un hospital universitario en Corea del Sur, con 156	El estudio mostró una reducción significativa en la incidencia de delirium en el grupo intervención (6,5 %) frente al control (20,3 %;

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	
	Delirium on guideline adherence and cognitive load among Intensive Care Unit nurses (CDSSD-ICU): Protocol of a multicentre, cluster randomized trial	(estudio cuantitativo)	AntiDelirium) en la mejora de la prevención, identificación y manejo del delirium en pacientes de cuidados intensivos, así como evaluar su impacto sobre la carga cognitiva del personal de enfermería y la adherencia al protocolo.	pacientes adultos sin delirium al ingreso (grupo control n=79, grupo intervención n=77) y 60 enfermeras. Fase 1: detección de delirium mediante CAM-ICU en cada turno por personal capacitado. Fase 2: implementación diaria de una intervención multicomponente basada en el enfoque ABCDEF, reforzada con formación en línea para enfermeras. Fase 3: evaluación de resultados clínicos como incidencia y duración del delirium, días de estancia en UCI y estado funcional al alta.	p=0.012), así como en su duración (1,1 vs. 2,3 días; p=0.031). Los días de estancia en UCI también fueron menores en el grupo intervención (6,5 vs. 8,4 días; p=0.043). Además, se evidenció una mejora en los niveles de conciencia y una mayor participación en la movilización temprana. Se concluye que la intervención liderada por enfermería, basada en el protocolo ABCDEF, fue eficaz para reducir el delirium y mejorar los desenlaces funcionales en pacientes críticos.	
11.	María Jesús Frade-Mera, Susana Arias-Rivera, Ignacio Zaragoza-García, Joan Daniel Martí, Elisabet Gallart, Alicia San José-Arribas (Frade-Mera et al., 2022)	The impact of ABCDE bundle implementation on patient outcomes: A nationwide cohort study	Cuantitativo, estudio de cohorte multicéntrico	de Evaluar la efectividad de protocolos de analgesedación, prevención de delirium y movilización temprana en pacientes con ventilación mecánica.	Estudio cuasiexperimental prospectivo y multicéntrico realizado en 39 UCI de España durante seis meses en 2018, con 1,221 pacientes adultos hospitalizados por más de 24 horas. Se dividieron en grupo control (baja implementación del protocolo ABCDE, n=568) e intervención (alta implementación, n=653). Fase 1: recolección de datos clínicos de historias y registros de enfermería. Fase	El estudio mostró una menor incidencia de delirium en el grupo intervención (23,7 %) frente al control (31,2 %; p=0.001), así como una reducción en su duración (2,4 vs. 3,6 días; p=0.041) y en la estancia en UCI (8,0 vs. 9,1 días; p=0.017). No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad. Se concluye que la implementación del protocolo ABCDE, liderado

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				2: clasificación de UCI según el nivel de cumplimiento del bundle ABCDE (dolor, despertar y respiración espontánea, sedación, delirium y movilización). Fase 3: evaluación de desenlaces como incidencia y duración del delirium, días con ventilación mecánica, estancia en UCI y mortalidad.	por enfermería, fue eficaz para disminuir la incidencia y duración del delirium, así como reducir la estancia en cuidados intensivos, contribuyendo a una mejora en los desenlaces clínicos de los pacientes críticos.
12.	Tassia Nery Faustino, Nathalia Almeida Suzart, Rebecca Neves Julieta Lima Santos Giuliana Santana Batista Yasmín Danilo Alves Saback, Nabila Monalisa Mendes	Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients: A randomized clinical trial	Ensayo controlado aleatorizado	Evaluar la eficacia de intervenciones no farmacológicas combinadas para la prevención del delirio en pacientes críticos.	Este es un ensayo controlado aleatorizado de un solo centro realizado en tres UCI brasileñas de febrero a septiembre de 2019. Población: n=144 pacientes adultos, ingresados en UCI con estancia prevista >48 h y E-PRE-DELIRIC ≥10 %.
	Dantas Ventas, Bruna Brandão Barreto y Dimitri Gusmao-Flores (Faustino et al., 2022)			Grupos: Grupo intervención: 72 pacientes, recibieron 5 intervenciones no farmacológicas combinadas Grupo control: 72 pacientes, atención estándar. Instrumento se utilizó CAM-ICU 2 veces al día. El bundle de intervenciones comenzó en las primeras 24 h tras el ingreso y se aplicó diariamente durante la estancia en UCI.	El estudio mostró que las intervenciones no farmacológicas redujeron significativamente la incidencia de delirium: densidad de incidencia (1.34×10^{-2} vs. 2.29×10^{-2}), aHR=0.40 (p=0.04) y aRR=0.44 (p=0.03). La incidencia acumulada fue menor en el grupo intervención (12.5 % vs. 22.2 %). No se observaron diferencias significativas en duración, severidad ni subtipos de delirium, mortalidad (UCI, 30 y 90 días), días en UCI, hospitalización, ventilación, ni días libres de delirium/coma. La mayoría de los delirium fueron

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	
13.	Adrienne van der Hoeven, Denise Bijlenga, Ernst van der Hoeven, Mink Schinkelshoek, Floor Hiemstra, Laura Kervezee, David van Westerlo, Rolf Fronczek y Gert Jan Lammers (van der Hoeven et al., 2024).	Sleep in the intensive and intermediate care units: Exploring related factors of delirium, benzodiazepine use and mortality	Estudio observacional longitudinal retrospectivo.	Examinar las dificultades del sueño y el delirio en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios; además, investigar los factores que impactan la duración y calidad del sueño nocturno, la mortalidad y el impacto del uso de benzodiazepinas en los resultados del sueño.	Estudio observacional longitudinal retrospectivo realizado en la UCI e IMCU del Leiden University Medical Center (Países Bajos) entre noviembre de 2018 y mayo de 2020, con 285 pacientes y 323 admisiones. Se incluyeron pacientes con al menos una noche en UCI/IMCU y una puntuación del cuestionario RCSQ. Se evaluó la calidad y duración del sueño, delirium (ICDSC ≥ 4 y/o haloperidol), y severidad clínica (SOFA). Se consideraron factores como edad, sexo, ventilación, benzodiazepinas, luz natural y traslados nocturnos. El análisis incluyó modelos GEE (asociación sueño), prueba de Wilcoxon (efecto de benzodiazepinas) y modelo de Cox (mortalidad a un año).	hipoactivos. Se concluye que las intervenciones no farmacológicas combinadas disminuyen la aparición de delirium, sin afectar otros desenlaces clínicos relevantes. El estudio mostró una mediana de sueño nocturno de 4.6 h (IQR: 3.8–5.7) y una puntuación media en el RCSQ de 4.9 ± 1.8 . La incidencia de delirium fue del 45.8 %, con inicio en el día 3. El uso de benzodiazepinas no mejoró el sueño y se asoció con menor calidad y duración del mismo ($p < 0.001$), al igual que el delirium y los traslados nocturnos. La edad se asoció con mejor RCSQ ($p = 0.048$). Un mayor cociente sueño día/noche precedió al delirium. La mortalidad al año fue del 29.7 %, asociada con edad, SOFA y sexo femenino, pero no con RCSQ.
14.	Mark van den Boogaard, Margot Leenders, Monica Pop-	Performance and validation of two ICU delirium	Estudio observacional prospectivo con	Determinar el rendimiento estadístico de	Estudio observacional prospectivo realizado entre octubre y diciembre de 2020	En una muestra de 86 pacientes (edad media 62.7 años), la incidencia de

AUTOR Y AÑO		TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
Purceanu, Bram		assessment and	múltiples	ambas	en el Radboud University	delirium fue del 41.9 %, con
Tilburgs (den Boogaard et al., 2024)		severity tools; a prospective observational study	mediciones transversales.	herramientas de evaluación del delirio en la práctica diaria, y la correlación con el estándar de oro Delirium Rating Scale (DRS)-R98, para la severidad del delirio.	Medical Center (Países Bajos), en UCI (36 camas) y UCM (10 camas), con 86 pacientes ≥16 años sin coma, COVID-19, afasia ni deterioro cognitivo severo. Se utilizó un diseño de medición cruzada con un solo grupo. Las herramientas CAM-ICU-7 e ICDSC fueron aplicadas por enfermeras cada 8 horas, y el DRS-R98 (estándar de oro) por expertos dos veces por semana. Se compararon CAM-ICU-7 e ICDSC frente al DRS-R98. El análisis incluyó sensibilidad, especificidad, valores predictivos y correlación de Spearman ($p < .05$).	mediana de duración de 0 días (IQR: 0–1). Comparadas con la escala DRS-R98, la CAM-ICU-7 mostró sensibilidad del 89.5 %, especificidad del 91.4 %, VPP 0.76 y VPN 0.80; la ICDSC presentó sensibilidad del 94.7 %, especificidad del 92.4 %, VPP 0.77 y VPN 0.97. Ambas correlacionaron significativamente con la severidad del delirium ($r \geq 0.70$; $p < .001$). Se concluye que tanto la CAM-ICU-7 como la ICDSC son herramientas válidas y precisas para la detección y seguimiento del delirium en UCI.
15.	Victoria S. Owen, Selvi Sinnadurai, Jeanna Morrissey, Heather Colaco, Patty Wickson, Donald Dyjur, Melissa Redlich, Barbara O'Neill, David A. Zygun, Christopher J. Doig, Jo Harris, Danny J. Zuege, Henry T. Stelfox, Peter D. Faris, Kirsten M. Fiest, Daniel	Multicentre implementation of a quality improvement initiative to reduce delirium in adult intensive care units: An interrupted time series analysis	Ensayo clínico	Evaluar si la introducción y puesta en práctica de una iniciativa de mejora de la calidad, basada en estrategias embasadas en la evidencia (checklists, protocolos de sedación,	Estudio cuasi-experimental, diseño pre-post con análisis de series temporales interrumpidas, realizado en 15 UCI generales/neuroquirúrgicas de adultos en Alberta, Canadá, entre noviembre 2014 y junio 2019. Muestra: 44,405 admisiones (38,400 pacientes únicos). Instrumento: ICDSC ≥ 4	Tras la implementación del bundle, la proporción de días con delirium en UCI disminuyó bimensualmente en 0.34 %, pasando de 35.31 % a 28.74 %. La incidencia de "ever delirium" también se redujo (de 50.66 % a 45.82 %; -0.35 % bimensual). El uso de midazolam mostró una

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
J. Niven (Owen et al., 2024).			movilización temprana, reorientación cognitiva, control ambiental, participación familiar, etc.), puede reducir la incidencia y duración del delirio en pacientes adultos en las UCI.	(Intensive Care Delirium Checklist). Intervención: implementación multicéntrica del ABCDEF bundle (evaluación y manejo del dolor, pruebas de despertar y respiración, elección de sedación, prevención y manejo de delirium, movilidad temprana, involucramiento familiar).	caída inmediata significativa de 7.58 %. No se observaron cambios en duración de ventilación, días en coma parcial, mortalidad ni estancia en UCI. Tampoco hubo variaciones en eventos adversos. Estos resultados sugieren un impacto positivo del bundle en la reducción del delirium sin afectar negativamente otros desenlaces clínicos.
16. Rens W.J. Kooken, Maarten van den Berg, Arjen J.C. Slooter, Monica Pop-Purceanu, Mark van den Boogaard (Kooken et al., 2021).	Factors associated with a persistent delirium in the intensive care unit: A retrospective cohort study	Estudio cohorte retrospectivo exploratorio	de Explorar diferencias entre pacientes con delirium persistente (PD), delirium no persistente (NPD) y sin delirium (ND), y determinar los factores demográficos y clínicos asociados con delirium persistente.	Estudio retrospectivo de cohorte, realizado en el Radboud University Medical Center (Países Bajos), entre enero 2015 y febrero 2020. Población n= 10,295 pacientes adultos en UCI, con ≥12 h de ingreso, seguidos durante toda su hospitalización. Grupos: Persistente delirium (PD): ≥14 días de delirium (n=284). No persistente (NPD): <14 días de delirium (n=2854). Sin delirium (ND): n=7157. Instrumentos: CAM-ICU, DOS scale, uso de antipsicóticos. Variables: edad, sexo, comorbilidad, APACHE IV,	El delirium ocurrió en el 30.5 % de las admisiones, siendo persistente (≥14 días) en el 9.1 %. Factores asociados a delirium persistente incluyeron mayor edad, admisión quirúrgica urgente, admisión médica, puntaje SOFA elevado y uso de restricciones físicas (aOR hasta 5.02; p < 0.001). La duración del delirium se relacionó significativamente con más días de ventilación mecánica (aOR 1.04; p = 0.01) y mayor estancia hospitalaria (aOR 1.23; p < 0.001), sin impacto en la

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
17. Hsiu-Ching Li, Cheryl Chia-Hui Chen, Tony Yu-Chang Yeh, Shih-Cheng Liao, Adrian-Shengchun Hsu, Yu-Chung Wei, Shiow-Ching Shun, Shih-Chi Ku, Sharon K. Inouye (Li et al., 2023).	Predicting hospital mortality and length of stay: A prospective cohort study comparing the Intensive Care Delirium Screening Checklist versus Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit	Estudio cohorte prospectivo	de Comparar dos herramientas, la Lista de verificación para la detección del delirio en cuidados intensivos (ICDSC) y el Método de evaluación de la confusión para la unidad de cuidados intensivos (UCI) (CAM-ICU), para su validez predictiva para los resultados relacionados con el delirio, la mortalidad hospitalaria y la duración de la estadía (LOS).	SOFA, uso de sedantes, duración de delirium, uso de restricciones físicas, días en coma, ventilación, estancia UCI/hospital, reingresos, mortalidad. Análisis: regresión logística multivariable, significación $p < 0.05$ Estudio prospectivo de cohorte en seis UCI médicas en Taiwán (dic. 2019–oct. 2020), incluyó 97 adultos sin delirium al ingreso y con estancia >24 h. Se aplicaron ICDSC y CAM-ICU diariamente durante 14 días o hasta alta, en orden aleatorio, con RASS previo. Se evaluaron incidencia de delirium, mortalidad, estancia hospitalaria, concordancia entre herramientas y tiempos de aplicación. Se utilizó análisis kappa, regresión logística y lineal ajustada (edad, APACHE II, Charlson), y análisis de sensibilidad por nivel de alerta. El estudio permitió comparar la utilidad y concordancia de herramientas diagnósticas en contexto clínico real.	mortalidad. El estudio cumplió su objetivo al identificar predictores clínicos y su repercusión en desenlaces clave. La incidencia de delirium fue mayor con ICDSC (69.1 %) que con CAM-ICU (50.5 %), con concordancia sustancial ($\kappa = 0.63$). El delirium se asoció con mayor mortalidad hospitalaria: 45.5 % (ICDSC) y 47.9 % (CAM-ICU), con riesgos ajustados de mortalidad de 4.93 (ICDSC) y 2.79 (CAM-ICU). El delirium según ICDSC se relacionó con mayor estancia hospitalaria (+17.6 días; $p = 0.003$), no así CAM-ICU. El tiempo de aplicación fue similar (~1.1 min). Ambas escalas fueron predictivas de mortalidad solo en pacientes con RASS ≥ 0 , sin validez en alerta reducida.

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
18. Henao-Castaño, Ángela M., Lozano González, L., & Gómez Tovar, L. O. (Henao-Castaño et al., 2023)	Validación al español de la escala de valoración de enfermería para el diagnóstico precoz del delirio - Nu-DESC	Estudio psicométrico exploratorio-observacional.	Determinar la validez y confiabilidad de la versión en español colombiano de la Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC).	Se realizó la traducción y validación al español de la escala Nu-DESC para la detección temprana del delirium en pacientes críticos. El proceso siguió la guía ISPOR, incluyendo retraducción y aprobación por los autores originales. La validez fue evaluada por cinco enfermeras especialistas en UCI y se aplicó a 210 pacientes hospitalizados en cuidados intensivos en un hospital universitario en Bogotá.	La escala Nu-DESC en español identificó delirium en el 14.2 % de los pacientes, comparado con 11.4 % según CAM-ICU. Mostró alta sensibilidad (91.6 %), especificidad (95.6 %) y un valor predictivo negativo del 98.8 %. Las manifestaciones más frecuentes fueron desorientación (22.1 %) y retardo psicomotor (18.3 %). La concordancia con CAM-ICU fue buena (Kappa = 0.788). Estos resultados confirman que Nu-DESC es una herramienta válida, confiable y útil para la detección precoz de delirium en UCI, permitiendo intervenciones tempranas que podrían mejorar los desenlaces clínicos.
19. Daniella Bulic, Michael Bennett, Ekavi N. Georgousopoulou, Yahya Shehabi, Tai Pham, Jeffrey CL Looi y Frank MP van Haren (Bulic et al., 2020)	Cognitive and psychosocial outcomes of mechanically ventilated intensive care	Cohorte prospectiva multicéntrica	Evaluar el impacto a largo plazo del delirio sobre la función cognitiva y los síntomas de PTSD.	Estudio de cohorte prospectiva multicéntrica realizado en dos UCI australianas (2012–2016), incluyó 103 adultos con ventilación mecánica >24 h. Se excluyeron pacientes con	En esta cohorte, el 36 % de los pacientes desarrollaron delirium en UCI. Estos presentaron mayor gravedad al ingreso, mayor duración de ventilación mecánica y estancia en

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
	patients with and without delirium			diagnóstico neurológico, deterioro cognitivo previo, pronóstico terminal, entre otros. El delirium se evaluó con CAM-ICU, y el seguimiento cognitivo incluyó MMSE al alta, TICS e IES-R a los 6 y 12 meses, e IQCODE a cuidadores al año. Las evaluaciones fueron ciegas y prospectivas. Se utilizó regresión lineal multivariable y bootstrapping (1000 muestras) para análisis robusto, enfocándose en el impacto del delirium en la función cognitiva a largo plazo.	UCI. Aunque no hubo diferencias en mortalidad al año ni en función cognitiva a los 12 meses (TICS, IQCODE), los pacientes con delirium tuvieron más deterioro cognitivo al alta (MMSE <25; p=0.015) y mayor sintomatología de estrés postraumático (IES-R: 30 vs. 11; p=0.028). El delirium se asoció de forma independiente con mayor severidad de PTSD al año (β =0.578; p=0.047), destacando su impacto en la salud mental a largo plazo.
20. Nikolaus Schreiber, Michael Eichlseder, Simon Orlob, Christoph Klivinyi, Philipp Zoidl, Alexander Pichler, Michael Eichinger, Simon Fandler-Höfler, Laura Scholz, Jekaterina Baumgartner, Michael Schörghuber, Philipp Eller (Schreiber et al., 2024).	Sex specific differences in short-term mortality after ICU-delirium	Estudio de cohorte retrospectivo.	de Evaluar las diferencias específicas por sexo en la mortalidad a corto plazo tras el delirio en la UCI.	Cohorte retrospectiva basada en la base MIMIC-IV v3.0 (2024), incluyó adultos con delirium confirmado por CAM-ICU (RASS ≥ -3) en UCI. Se clasificaron subtipos: hiperactivo (RASS +1 a +4) e hipoactivo (RASS 0 a -3). El desenlace primario fue la mortalidad a 30 días. Se aplicaron modelos de Cox, curvas de Kaplan-Meier y Propensity Score Matching (1:1, 24 covariables) con balance adecuado (SMD <0.1). Se excluyeron	n una cohorte de 8950 pacientes con delirium en UCI, las mujeres (42.6 %) eran mayores (mediana 71 vs. 66 años) y con mayor gravedad (SAPS II: 39 vs. 38; p < 0.001), pero recibieron menos ventilación invasiva y medicación vasoactiva. Tras Propensity Score Matching (3811 mujeres y 3811 hombres), la mortalidad a 30 días fue significativamente mayor en mujeres (26.0 % vs.

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				pacientes con datos incompletos. El estudio contó con validación por análisis de sensibilidad y robustez, permitiendo evaluar de forma confiable el impacto del subtipo de delirium sobre la supervivencia a corto plazo.	23.4 %), con HR ajustado de 1.16 (IC 95 %: 1.064–1.273; $p < 0.001$), incluso tras ajustar por subtipo de delirium. Estos hallazgos indican mayor riesgo de mortalidad a corto plazo en mujeres con delirium en UCI.
21. Michelle Nicholas, Jessica Wittmann, Monica Norena, Marlena Ornowska, Steven Reynolds (Nicholas et al., 2023).	A randomized, clinical trial investigating the use of a digital intervention to reduce delirium-associated agitation	Ensayo clínico aleatorizado.	Determinar si una intervención digital puede reducir la agitación en pacientes delirantes.	Ensayo clínico aleatorizado, abierto y unicéntrico realizado en Canadá (2021–2022), incluyó 73 pacientes adultos en UCI o unidades de alta complejidad con agitación ($RASS \geq +1$). Se comparó el uso del dispositivo MindfulGarden (proyección de imágenes de naturaleza por 4 horas) más atención estándar vs. atención estándar sola. Se evaluaron RASS, ICDSC, uso de medicación no programada, restricciones físicas y autoextracción de dispositivos. Participaron 70 pacientes (35 por grupo). La intervención se aplicó en una única sesión diurna, con mediciones horarias y postintervención, sin fases diferenciadas. El estudio permitió evaluar efectos inmediatos de un estímulo	El grupo intervención con MindfulGarden mostró una reducción significativa del puntaje RASS desde la primera hora (-1.3 vs. -0.3 ; $p < 0.0001$), con mayor proporción de pacientes mejorando (70.6% vs. 40% ; $p = 0.01$) y menor RASS promedio en 4 horas (0.3 vs. 0.9 ; $p = 0.01$). El uso de medicación no programada fue menor (48.6% vs. 74.3% ; $p = 0.03$), aunque el OR ajustado no fue significativo. No hubo diferencias en ICDSC, uso de restricciones ni autoextracciones. El efecto fue mayor en pacientes no ventilados, sin TCE, con delirium ≥ 24 h e ingresos médicos. No se reportaron eventos adversos.

AUTOR Y AÑO		TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
22.	David Sanchez, Kathleen Brennan, Masar Al Sayfe, Sharon-Ann Shunker, Tony Bogdanoski, Sonja Hedges, Yu Chin Hou, Joan Lynch, Leanne Hunt, Evan Alexandrou, Manoj Saxena, Simon Abel, Ramanathan Lakshmanan, Deepak Bhonagiri, Michael J. Parr, Anders Aneman, Danielle Ni Chroinin, Kenneth M. Hillman, Steven A. Frost (Sanchez et al., 2020).	Frailty, delirium and hospital mortality of older adults admitted to intensive care: the Delirium (Deli) in ICU study	Estudio observacional.	Explorar la relación entre la fragilidad, el delirio y la mortalidad hospitalaria en adultos mayores ingresados en cuidados intensivos.	visual interactivo sobre agitación y delirium. Subanálisis de cohorte prospectiva del estudio "Delirium in Intensive Care (Deli)" en cuatro UCI australianas, incluyó 997 pacientes ≥50 años sin delirium al ingreso y con estancia prevista ≥24 h. Se aplicó el Clinical Frailty Score (CFS) al ingreso y se evaluó delirium con CAM cada turno. Se compararon pacientes frágiles (CFS ≥ 5) y no frágiles (CFS < 5), con y sin delirium. El estudio permitió analizar la interacción entre fragilidad y aparición de delirium en UCI, proporcionando información clave sobre su identificación y pronóstico en adultos mayores críticamente enfermos.	En una cohorte de 997 pacientes UCI, el 39.2 % presentó fragilidad (CFS ≥ 5) y el 13 % desarrolló delirium. La fragilidad se asoció a mayor riesgo de delirium (17 % vs. 10 %; adjRR = 1.71; p = 0.003), mayor mortalidad en UCI (10 % vs. 3 %) y hospitalaria (19 % vs. 7 %; adjRR = 2.54; p < 0.001), así como estancias prolongadas. La combinación de fragilidad y delirium elevó significativamente la mortalidad hospitalaria (35.9 % vs. 9.9 % en no frágiles; adjRR = 4.16, p = 0.004), evidenciando una interacción que potencia el riesgo de desenlace fatal.
23.	Meryem Pelin y Havva Sert (Pelin & Sert, 2025)	The effect of nursing care provided to coronary intensive care patients according to their	Ensayo clínico aleatorizado.	Analizar el efecto del cuidado de enfermería basado en el ritmo circadiano sobre la calidad del sueño, dolor, ansiedad y	Ensayo clínico aleatorizado realizado en Turquía (2022–2023) incluyó 44 pacientes con síndrome coronario agudo, sin delirium ni sedación. Se compararon cuidados estándar vs.	La intervención de cuidados adaptados al ritmo circadiano mejoró significativamente la calidad del sueño (SQ-CC: 22.4 vs. 50.5; p < 0.001), redujo la ansiedad (HADS:

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
	circadian rhythms on sleep quality, pain, anxiety, and delirium: a randomised controlled trial.		delirio en pacientes de unidad coronaria.	cuidados de enfermería adaptados al ritmo circadiano durante tres días (uso de tapones, antifaz, reducción de interrupciones nocturnas). Se evaluaron sueño (SQ-CC, smartwatch), dolor (VAS), ansiedad/depresión (HADS), delirium (ICDSC) y niveles salivales de melatonina y cortisol. Se aplicaron análisis estadísticos robustos (t-test, ANOVA, no paramétricos) y cálculo de tamaño del efecto. El estudio permitió evaluar el impacto de una intervención no farmacológica centrada en cronobiología sobre indicadores clínicos clave en pacientes cardiológicos.	3.2 vs. 8.5; $p = 0.001$) y el delirium (ICDSC: 0.32 vs. 1.18; $p < 0.001$) respecto al grupo control. El dolor disminuyó solo en el grupo intervención ($p = 0.036$). No hubo diferencias significativas en melatonina o cortisol, aunque ambos mejoraron con el tiempo. El sueño profundo y total fue mayor en intervención según smartwatch, sin diferencias en duración total. Estos hallazgos apoyan el uso de intervenciones no farmacológicas para optimizar el sueño y reducir síntomas neuropsiquiátricos en UCI.
24. Jing Nie, Wen-Jun Li y Zheng-Ying Jiang (Nie et al., 2024)	Self-efficacy of ICU nurses in delirium care: an analysis of the current status and influencing factors.	Estudio transversal descriptivo.	Evaluar el estado actual de la autoeficacia en el cuidado del delirio entre enfermeras de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y su nivel de conocimiento sobre el delirio en la UCI; más importante aún, analizar los	Estudio transversal realizado en ocho hospitales de Chongqing (China) entre julio y septiembre de 2023, incluyó 283 enfermeras de UCI con ≥ 1 año de experiencia. Se aplicaron los instrumentos DCSE-I (autoeficacia en cuidado del delirium) e IDKQ (conocimientos sobre delirium), mediante encuesta online anónima (94.3 % respuestas válidas). El	El puntaje medio de autoeficacia en el cuidado del delirium fue 47.84 ± 9.93 , y el de conocimiento 12.32 ± 3.47 , con una correlación positiva significativa entre ambos ($r = 0.591$; $p < 0.001$). Las enfermeras con formación en delirium mostraron mayor autoeficacia (50.01 vs. 41.69; $p < 0.001$). Factores

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
			factores que influyen en la autoeficacia en el cuidado del delirio de las enfermeras de la UCI y proporcionar una base teórica para que los gerentes de enfermería de la UCI desarrollen estrategias para el cuidado y manejo efectivos del delirio.	análisis estadístico empleó ANOVA, t-test, correlaciones de Pearson y regresión lineal múltiple. El estudio permitió identificar niveles de conocimiento y autoeficacia en el manejo del delirium, así como factores asociados, aportando evidencia útil para diseñar intervenciones educativas dirigidas al personal de enfermería en UCI.	asociados positivamente fueron: género masculino, hospital terciario, ≥ 6 años en UCI, especialización, formación en delirium y mayor conocimiento. El modelo de regresión fue significativo ($R^2 = 0.541$), siendo el nivel de conocimiento el predictor más fuerte. Estos hallazgos destacan la importancia de la educación específica para fortalecer la autoeficacia en el manejo del delirium en UCI.
25. Hongyi Tan, Lihua Zhou, Shuang Wu, Qiyu Dong, Liu Yang, Jiao Xu, Sue Zhao, Xiaoshan Wang y Hongzhong Yan (Tan et al., 2021)	Subjective strain of care experienced by pulmonary and critical care medical nurses when caring for patients with delirium: a cross-sectional study	Descriptivo transversal.	Investigar el nivel subjetivo de presión asistencial que experimentan el personal de enfermería de neumología y cuidados críticos al atender a pacientes con delirio.	Estudio descriptivo transversal realizado en 2018 en el departamento de PCCM del Changsha Central Hospital, incluyó 100 enfermeras encuestadas durante turno matutino. Se utilizó el Strain of Care for Delirium Index (SCDI), adaptado al chino, para evaluar la dificultad percibida en el manejo del delirium. La puntuación media total fue 2.66 ± 0.48 (moderada dificultad), siendo más altas en conductas como agitación, alucinaciones y	El puntaje global del Índice de Tensión de Atención para el Delirio (SCDI) fue 2.94 ± 1.77 . Los servicios con mayor carga percibida fueron EPOC, enfermedad pulmonar intersticial y UCI respiratoria, sin diferencias significativas entre ellos ($p = 0.082$). Las conductas que generaron más carga fueron manejo de pacientes no cooperativos, arranque de tubos y irritabilidad. Las de menor carga fueron tranquilidad excesiva, depresión y

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				autoextracción de dispositivos. La fiabilidad test-retest fue alta ($r = 0.90$). Hubo diferencias significativas entre servicios ($p < 0.05$). El estudio evidencia que el delirium genera carga asistencial considerable, subrayando la necesidad de formación y apoyo específico para enfermería.	lentitud. Solo el 47 % de las enfermeras había recibido formación previa en delirium, aunque en UCI respiratoria la formación fue del 100 %. El estudio destaca áreas críticas para intervenciones formativas y apoyo clínico al personal.
26. Mona Ibrahim Hebeshy, Samia Hussieny Gaballah y Noha Mohammed Ibrahim (Hebeshy et al., 2024)	Assessment of ICU nurses' competency towards delirium among critically ill patients	Estudio correlacional descriptivo de corte transversal.	Evaluar la competencia de las enfermeras de UCI en delirium entre pacientes críticamente enfermos, con un enfoque específico en examinar la relación entre el conocimiento, las prácticas y las actitudes de las enfermeras hacia el delirium y sus características sociodemográficas.	Estudio descriptivo correlacional transversal realizado en la UCI médica del Suez Canal University Hospital (Egipto, 2023–2024), incluyó 67 enfermeras con >6 meses de experiencia, seleccionadas por conveniencia. Se aplicaron instrumentos para evaluar conocimientos (11 ítems), prácticas (9 ítems; $\alpha = 0.75$) y actitudes (8 ítems validados) sobre delirium, mediante encuesta online. El análisis utilizó ANOVA, t-test y correlación de Pearson ($p \leq 0.05$). El estudio permitió identificar niveles de conocimiento, práctica y actitud hacia el manejo del delirium en UCI, proporcionando evidencia útil	El puntaje medio fue: conocimiento 8.55 ± 1.90 , práctica 6.62 ± 1.67 y actitud 21.65 ± 4.71 . Las enfermeras con Maestría mostraron mayor nivel de práctica ($p = 0.041$), sin diferencias en conocimiento o actitud por nivel educativo. Mayor experiencia en UCI se asoció con mayor conocimiento ($p < 0.001$), pero no con actitud o práctica. Los hombres presentaron actitud más positiva que las mujeres ($p = 0.028$).

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				para diseñar estrategias educativas y mejorar la atención de pacientes críticos.	Hubo correlaciones positivas entre conocimiento y práctica ($r = 0.747$), y entre experiencia en UCI y conocimiento ($r = 0.253$), práctica ($r = 0.338$) y educación ($r = 0.412$). Estos hallazgos refuerzan la importancia de la formación continua en delirium en UCI.
27. Villagomez Chang, Liz Maribel, & Rivas Díaz, Luisa Hortensia (Villagomez & Rivas, 2024).	Efectividad de la intervención de enfermería en la prevención del delirium en pacientes críticos	Estudio cuasiexperimental	Evaluar la efectividad de la intervención de enfermería en la prevención del delirium en pacientes críticos.	Estudio cuasiexperimental con 49 pacientes sin delirium al ingreso (CAM-ICU negativo, RASS -3 a +3), mayores de 23 años. Se excluyeron casos con trastornos neurológicos o psiquiátricos. Se evaluó la percepción del entorno hospitalario como estresor antes y después de aplicar una guía de cuidados de enfermería personalizada durante cinco días, en cada turno. Se utilizaron las escalas RASS y CAM-ICU diariamente. El análisis incluyó curvas de Kaplan-Meier, proporciones y prueba de Shapiro-Wilk. El estudio	Tras aplicar una guía de cuidados de enfermería personalizada, solo 3 de 49 pacientes desarrollaron delirium, con una incidencia acumulada de 6.12 % y una densidad de 5.19 casos por 10,000 pacientes-día. La supervivencia libre de delirium fue del 97.9 % al inicio y 93.8 % al quinto día. El análisis de proporciones ($Z = -1.65$) evidenció una reducción significativa frente al 28 % de incidencia histórica sin intervención. Estos resultados respaldan la efectividad de la guía en

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
28. Rojas, Verónica, Romero, Carlos, Tobar, Daniel, Alvarez, Evelyn, Aranda, Rolando, Bugedo, Guillermo, Cariqueo, Marcial, Sepúlveda, M. Idalia, Sánchez, Juan Eduardo, & Tobar, Eduardo (Rojas et al., 2021).	Prácticas nacionales de analgesia, sedación y delirium en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos en Chile	Estudio descriptivo, no intervencional, mediante una encuesta anónima.	Determinar las prácticas sobre el uso de analgesia, sedación, delirium y bloqueo neuromuscular entre los profesionales de la salud que trabajan en UCI para adultos en Chile.	permitió valorar el impacto de intervenciones de enfermería en la percepción ambiental y prevención del delirium en pacientes críticos. Se realizó un estudio descriptivo, no intervencional, mediante una encuesta electrónica anónima y voluntaria aplicada a 182 profesionales de la salud que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos en Chile. El instrumento utilizado, previamente desarrollado por un grupo latinoamericano, fue traducido y adaptado al español con autorización del autor original. Contó con cinco secciones que abordaban datos sociodemográficos, prácticas en analgesia, sedación, uso de bloqueadores neuromusculares (BNM), y conocimientos y percepciones sobre el delirio, incluyendo el uso de estrategias de prevención no farmacológica (PNFD).	la prevención del delirium en pacientes críticos. De los 812 profesionales encuestados, predominaban médicos (52%) y enfermeros (34%), principalmente entre 30-39 años y con 1-5 años de experiencia en UCI. Solo el 48% evaluaba rutinariamente el delirio, mayormente con la escala CAM-ICU. Las barreras para implementar estrategias no farmacológicas incluían falta de personal, alta carga laboral y poca formación. Los fármacos más usados fueron antipsicóticos atípicos (92%), dexmedetomidina (60%) y haloperidol (53%). El 66% reportó rondas interprofesionales, y el 87% consideró útil capacitar al personal y disponer de protocolos escritos para mejorar la atención del delirio.

	AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
29.	P. Perelló; J. Gómez; J. Mariné; M.T. Cabas; A.	Análisis de adherencia a un protocolo de movilización precoz en una unidad de cuidados intensivos: datos recopilados prospectivamente durante un periodo de tres años por el sistema de información clínica	Estudio observacional y prospectivo.	Determinar la adherencia y barreras del protocolo de movilización precoz en pacientes que recibieron ventilación mecánica >48 horas en la práctica diaria habitual a través del sistema de información clínica durante toda su estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	En un estudio con 388 pacientes en UCI que recibieron ventilación mecánica por más de 48 horas, se implementó un protocolo de movilización temprana (EM) con el objetivo de reducir complicaciones como el delirium. La movilización se aplicó en 1.472 días de estancia (32,2% del total), alcanzando una adherencia real del 56,6%, y una adherencia ajustada del 72,2% al considerar días no elegibles por causas clínicas.	La movilización temprana inició en una mediana de 3 días tras el ingreso, alcanzando niveles activos el 34% del tiempo, incluso en pacientes sedados o con ventilación invasiva. A pesar de barreras como la falta de fisioterapeutas (33,3%) e inestabilidad clínica (42,2%), solo se reportaron seis eventos adversos (0,4%), evidenciando su seguridad. Aunque no se evaluó directamente el delirio, la movilización temprana segura y progresiva es una estrategia eficaz para reducir su incidencia, mejorar la recuperación funcional y acortar la estancia en UCI en pacientes críticamente enfermos, según evidencia ampliamente documentada en la literatura.
30.	Contreras CCT, Esteban ANP, Parra MD, Romero MKR, Silva CGD, Buitrago	Multicomponent nursing program to prevent delirium in	Ensayo clínico aleatorizado	Determinar la eficacia de un programa de enfermería	En un estudio clínico aleatorizado desarrollado en Bucaramanga, Colombia (2017-2018), se evaluó la efectividad de un programa de enfermería multicomponente para prevenir el	El estudio mostró una reducción significativa del delirium en el grupo intervención (5%) frente al grupo control (24%), con un riesgo relativo de 0.20,
	NPD (Torres et al., 2021)	critically ill patients:		multicomponente para prevenir el	efectividad de un programa de enfermería multicomponente	

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
	randomized clinical trial		delirio en pacientes críticos.	en la prevención del delirium en pacientes críticos. Se incluyeron 81 pacientes, distribuidos en dos grupos: 41 en el grupo control y 40 en el grupo de intervención. A pesar de cuatro muertes en el grupo control, el análisis se realizó bajo el principio de intención de tratar, manteniendo la validez del ensayo clínico.	lo que indica una disminución del 80% en el riesgo. La diferencia absoluta de riesgo fue del 19.39% y el NNT fue 5. La tasa de incidencia fue menor en el grupo intervención (7.87 vs. 42.37 por 1000 persona/días), con un hazard ratio de 0.19. No se registraron muertes en el grupo intervención, frente a 4 (9.75%) en el grupo control (p = 0.04), lo que evidencia un impacto clínico significativo.
31. Wang XP, Lv D, Chen YF, Chen N, Li XD, Xu CF, Li Y, Tian L (Wang et al., 2022).	Impact of Pain, Agitation, and Delirium Bundle on Delirium and Cognitive Function	Ensayo controlado aleatorizado	Evaluar los efectos del paquete de cuidados para el dolor, la agitación y el delirio (EAP) sobre la aparición de delirio y los resultados clínicos, específicamente en términos de función cognitiva a corto plazo, en pacientes con ventilación mecánica.	Se analizó 243 pacientes con ventilación mecánica, se comparó la atención habitual (grupo control, n = 120) con la aplicación del paquete EAP (grupo intervención, n = 123), que incluyó manejo del dolor, sedación ligera, despertar diario, movilización precoz, fomento del sueño y monitoreo del delirio. Se evaluaron la incidencia y duración del delirio, tiempo en ventilación mecánica y estancia en UCI. Además, se midió la función cognitiva al alta, y a los 3 y 6 meses	El grupo intervención mostró una reducción significativa en la incidencia (23.58% vs. 40%) y duración del delirio (2.83 vs. 4.02 días), tiempo en ventilación mecánica (153.07 vs. 170.90 horas) y estancia en UCI (7.88 vs. 10.13 días). El paquete EAP redujo casi a la mitad la probabilidad de delirio (OR = 0.46). No hubo diferencias en mortalidad a 28 días. A los 3 y 6 meses, la función cognitiva fue mejor en el grupo

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				usando la escala de Evaluación Cognitiva de Montreal, observando mejores resultados en el grupo intervención.	intervención, con menor deterioro y mayores puntuaciones MoCA en todas las dimensiones, evidenciando el impacto positivo del EAP en la recuperación global del paciente crítico.
32. Pick J, Amiruddin N (Pick Amiruddin, 2021)	Drug Therapy in delirium	Estudio retrospectivo comparativo cuantitativo	Evaluar cómo la elección del fármaco, la dosis y la duración, por supuesto, influyeron en una serie de resultados.	Se incluyeron 110 pacientes. La mayoría de los pacientes recibieron combinaciones de fármacos de los fármacos elegidos para el análisis. La dosis total y el número de dosis de melatonina, haloperidol y quetiapina se extrajeron y cotejaron de nuestro registro de prescripción y entrega de medicamentos. Solo 2 pacientes recibieron quetiapina.	Hubo una correlación lineal significativa entre la dosis total de melatonina y el número de 12 horas positivas para CAM-UCI ($p = 0,049$) Y entre el número de dosis de melatonina y la duración de la estancia en la UCI ($p = <2 \times 10^{-16}$). Esta última correlación fue mucho más fuerte que la anterior basada en valores de R cuadrado (0,026 frente a 0,52). La melatonina se asocia con una mayor duración del delirium (según el estado de la UCI por CAM) y la duración de la estancia en la UCI entre los pacientes de nuestro análisis en comparación con el haloperidol y la dexmetomidina.
33. Wu H, Gu T, Chen M, Li X, Zhang X, Wang Y,	Effect of early off-bed mobility on	Estudio prospectivo	Investigar la factibilidad de la	Se comparó la movilidad temprana fuera de la cama	En un total de 266 pacientes, la movilidad

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
Quan M (Hualian et al., 2021)	delirium in mechanical ventilated patients in intensive care unit: a prospective randomized controlled study	in controlado aleatorizado, cuantitativo.	movilidad precoz fuera de la cama en pacientes con ventilación mecánica y su efecto sobre el delirio y la duración del delirio en la unidad de cuidados intensivos (UCI).	(grupo experimental) con actividades en cama (grupo control) en pacientes con ventilación mecánica. Ambos grupos recibieron tratamientos estándar. La movilidad fuera de la cama incluyó sentarse y caminar asistido, según tolerancia; el grupo control realizó ejercicios pasivos y activos en cama por 30 minutos diarios. Se evaluaron delirio (CAM-ICU), uso de restricción física, tiempo de ventilación mecánica y estancia en UCI, observando mejores resultados en el grupo con movilidad fuera de la cama.	temprana fuera de la cama redujo significativamente la incidencia de delirio (26,3% vs. 42,1%), su duración (11,26 vs. 17 horas), la tasa (19,5% vs. 45,1%) y duración de restricción física (9,71 vs. 13,55 horas), el tiempo en ventilación mecánica (106,23 vs. 133,10 horas) y la estancia en UCI (8,35 vs. 13,25 días), en comparación con el grupo control. No hubo diferencias en características basales. Estos hallazgos evidencian que la movilidad temprana fuera de cama es efectiva y segura para mejorar los resultados clínicos en pacientes críticos.
34. Wibrow B, Martinez FE, Myers E, Chapman A, Litton E, Ho KM, Regli A, Hawkins D, Ford A, van Haren FMP, Wyer S, McCaffrey J, Rashid A, Kelty E, Murray K, Anstey M (Wibrow et al., 2022)	Prophylactic melatonin for delirium in intensive care (Pro-MEDIC): a randomized controlled trial	Ensayo multicéntrico, aleatorizado, controlado con placebo y doble ciego	Determinar si la administración de melatonina disminuye la prevalencia de delirio en pacientes críticos.	Se realizó un ensayo con 841 pacientes adultos ingresados en UCI, se administró melatonina líquida (4 mg, n = 419) o placebo (n = 422) por vía enteral a las 21:00 h durante 14 noches o hasta el alta. El objetivo principal fue evaluar la proporción de evaluaciones sin delirio mediante CAM-UCI dos veces	De 847 pacientes, 841 fueron incluidos en el análisis. No se encontraron diferencias significativas entre melatonina y placebo en la proporción de evaluaciones sin delirio (79,2% vs. 80%, p = 0,547), ni en los resultados secundarios: duración de estancia en UCI (5 días en

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				al día durante 14 días. También se analizaron calidad y cantidad del sueño, duración de estancia hospitalaria y en UCI, y mortalidad hospitalaria y a 90 días. Los pacientes fueron incluidos dentro de las 48 h del ingreso y requerían una estancia prevista mayor a 72 horas.	ambos grupos), hospitalización (14 vs. 12 días), mortalidad hasta 90 días (15,5% vs. 15,6%) ni calidad o cantidad de sueño. Las características basales fueron similares y no se reportaron eventos adversos graves. Estos hallazgos sugieren que la melatonina no tuvo efecto significativo en la prevención del delirio en pacientes críticos.
35. Rood PJT, Zegers M, Ramnarain D, Koopmans M, Klarenbeek T, Ewalds E, van der Steen MS, Oldenbeuving AW, Kuiper MA, Teerenstra S, Adang E, van Loon LM, Wassenaar A, Vermeulen H, Pickkers P, van den Boogaard M (Rood et al., 2021).	The Impact of Nursing Delirium Preventive Interventions in the ICU: a Multicenter Cluster-randomized Controlled Clinical Trial	Ensayo clínico controlado aleatorizado por grupos multicéntrico	Determinar los efectos de un programa de intervención de enfermería multicomponente sobre el delirio en la UCI.	Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados en UCI de 10 centros. Se incluyeron pacientes adultos gravemente enfermos quirúrgicos, médicos o traumatizados con alto riesgo de desarrollar delirio. Se incluyeron 1.749 pacientes (924 en el grupo intervención y 825 en el grupo control) de diez UCI, con una edad media de 71 años y un 60% hombres. Se emplearon herramientas como CAM-ICU para la detección del delirio y RASS para sedación, y se recopilaron datos mediante aplicaciones móviles y plataformas digitales seguras.	En el estudio, la mediana de días sin delirio ni coma fue similar en ambos grupos (23 días, $p = 0,15$), con incidencias de delirio del 39% (intervención) y 40% (control), sin diferencias significativas en duración del delirio, coma, ventilación, mortalidad, hospitalización o uso de contenciones. Sin embargo, la intervención aumentó el tiempo dedicado a intervenciones cognitivas ($p < 0,05$) y redujo niveles de luz nocturna y ruido diurno. No se reportaron eventos adversos graves. Aunque

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				Las observaciones cualitativas incluyeron registros de luz, ruido, tiempo dedicado a intervenciones cognitivas, y percepción del estrés laboral.	el programa UNDERPIN-ICU no redujo el delirio, mejoró aspectos ambientales y cognitivos sin afectar la seguridad del paciente, aunque elevó ligeramente el estrés laboral.
36. Dal-Pizzol F, Coelho A, Simon CS, Michels M, Corneo E, Jeremias A, Damásio D, Ritter C (Dal-Pizzol et al., 2024)	Prophylactic minocycline for delirium in critically ill patients: a randomized controlled trial	Ensayo controlado aleatorizado	Determinar si delirio es una forma potencialmente grave de encefalopatía aguda. La minociclina tiene efectos neuroprotectores en modelos de enfermedades neurológicas	Ensayo aleatorizado, controlado con placebo y doblemente anónimo realizado en cuatro unidades de cuidados intensivos. Los pacientes de 18 años o más fueron elegibles y aleatorizados para recibir minociclina (100 mg, dos veces al día) o placebo. El resultado primario fue la incidencia de delirio dentro de los 28 días o antes del alta de la UCI. Los resultados secundarios incluyeron días de delirio durante la estancia en la UCI, días sin delirio/coma, duración de la ventilación mecánica, duración de la estancia en la UCI, mortalidad en la UCI y mortalidad hospitalaria. Se utilizaron como resultados exploratorios la cinética de varios biomarcadores inflamatorios (IL-1 β , IL-6, IL-	Se analizaron los datos de 159 pacientes hubo una disminución pequeña pero significativa en la incidencia de delirio: 17 pacientes (20%) en el grupo de minociclina en comparación con 26 pacientes (35%) en el grupo de placebo (P = 0,043). El tratamiento con minociclina no modificó ningún otro resultado relacionado con el delirio. Inesperadamente, hubo una disminución significativa en la mortalidad hospitalaria (39% vs. 23%; P = 0,029). Entre todos los biomarcadores analizados, solo los niveles plasmáticos de proteína C reactiva disminuyeron significativamente después del tratamiento con

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
37. Klosko R, Arnold J, Murphy C, Exline M,	Delirium incidence and risk	Estudio cohorte	de Determinar la incidencia y los	10 y proteína C reactiva) y relacionados con el cerebro (factor neurotrófico derivado del cerebro y S100B). Evaluó pacientes de 18 a 89 años ingresados en la UCI	minociclina (F = 0,75, P = 0,78, dentro del tiempo; F = 4.09, P = .045, tiempo × grupo). La mortalidad intrahospitalaria fue
McLaughlin E, Martz J, Hagy N, Elefritz J (Klosko et al., 2021)	factors in hematology-oncology patients admitted to the ICU	retrospectivo unicéntrico	factores de riesgo para el desarrollo de delirio en pacientes hematológico-oncológicos críticos.	médica o quirúrgica de hematología-oncología entre el 1 de julio de 2018 y el 30 de junio de 2019. El criterio principal de valoración fue la incidencia de delirio dentro de los 7 días posteriores al ingreso en la UCI, definida como dos evaluaciones positivas del Método de Evaluación de la Confusión (CAM)-UCI dentro de las 24 horas. Los pacientes con delirio (DEL) se compararon con los que no lo tenían (No-DEL) para evaluar los criterios de valoración secundarios, como la mortalidad hospitalaria, la UCI y la LOS hospitalaria.	significativamente mayor en los pacientes con DEL en comparación con los No-DEL (32,8% vs. 15,1%, p=0,002). La mediana de la UCI y la duración hospitalaria fueron significativamente más largas en el grupo DEL. (6 [4-10] días frente a 3 [2-5] días, p<0,001; y 21 [14-36] días frente a 12 [8-22] días, p<0,001). La puntuación más alta de la Evaluación Secuencial de Insuficiencia Orgánica (odds ratio ajustado [AOR] 1,25 (1,14-1,39), p <0,001), los esteroides en dosis altas (AOR 3,79 (1,54-9,34), p=0,004), la ventilación mecánica (AOR 8,48 (4,41-16,29), p<0,001) y las metástasis cerebrales conocidas (AOR 5,38 (1,29-20,75), p=0,015) se asociaron con un mayor riesgo de delirio

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
38. Huespe I, Giunta D, Acosta K, Ávila D, Prado E, Sanghavi D, Bisso IC, Giannasi S, Carini FC (Huespe et al., 2024)	Comparing Bispectral Index Monitoring vs Clinical Assessment for Deep Sedation in the ICU: effects on Delirium Reduction and Sedative Drug Doses-A Randomized Trial	Ensayo controlado aleatorizado	Determinar la sedación profunda guiada por BIS (puntuación de la Escala de Sedación por Agitación de Richmond [RASS], -4 o -5) reducir la dosis de sedante y aumentar los días sin delirio y sin coma (DFCF).	Los pacientes se asignaron al azar a los grupos de evaluación clínica (CA) o BIS (rango BIS, 40-60). Ambos grupos utilizaron un sensor BIS, mientras que la pantalla del grupo CA permaneció cubierta. Después de la sedación profunda, se retiraron los sensores BIS y los investigadores enmascararon el delirio dos veces al día para enmascarar la aleatorización. El resultado primario fue el número de días de DFCF dentro de los 14 días posteriores a la sedación profunda. Además, se compararon las dosis de fármacos sedantes y los valores de BIS durante la sedación profunda.	Los pacientes se asignaron al azar a los grupos de evaluación clínica (CA) o BIS (rango BIS, 40-60). Ambos grupos utilizaron un sensor BIS, mientras que la pantalla del grupo CA permaneció cubierta. Después de la sedación profunda, se retiraron los sensores BIS y los investigadores enmascararon el delirio dos veces al día para enmascarar la aleatorización. El resultado primario fue el número de días de DFCF dentro de los 14 días posteriores a la sedación profunda. Además, se compararon las dosis de fármacos sedantes y los valores de BIS durante la sedación profunda.
39. Toledo Montesanti L, de Souza Francisco D, Pastore L, Pereira Yamaguti W, Fraga Righetti R, May Moran de Brito C (de Toledo Montesanti et al., 2025)	Person-centered occupational therapy intervention for the prevention of delirium and improvement in occupational performance in	Protocolo de ensayo aleatorizado, controlado simple ciego	de Evaluar el efecto de un protocolo de TO centrado en la persona sobre la prevención del delirio y el rendimiento ocupacional de los pacientes ancianos	La muestra está compuesta por 114 pacientes mayores de 65 años, se asignarán aleatoriamente 57 pacientes al grupo intervención (GI) y 57 al grupo control (GC). El GI recibirá siete sesiones de TO personalizadas que incluyen actividades significativas, En	La muestra está compuesta por 114 pacientes mayores de 65 años, se asignarán aleatoriamente 57 pacientes al grupo intervención (GI) y 57 al grupo control (GC). El GI recibirá siete sesiones de

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
	elderly patients admitted to an intensive care unit: a randomized controlled single-blinded trial protocol		ingresados en la UCI.	tanto, el GC seguirá únicamente el protocolo institucional estándar, que contempla prácticas de rehabilitación, sedación mínima y educación a cuidadores, evaluando diariamente el delirium con el instrumento CAM-ICU, esta evaluación será realizada por personal de enfermería ciego a la asignación de grupos. La hipótesis del estudio es que el enfoque individualizado de TO reducirá significativamente la aparición de delirium en el GI en comparación con el GC, apoyándose en estudios previos que muestran una menor incidencia de delirium (3%) en pacientes que reciben intervención ocupacional frente a un 20% en grupos control.	TO personalizadas que incluyen actividades significativas, En tanto, el GC seguirá únicamente el protocolo institucional estándar, que contempla prácticas de rehabilitación, sedación mínima y educación a cuidadores, evaluando diariamente el delirium con el instrumento CAM-ICU, esta evaluación será realizada por personal de enfermería ciego a la asignación de grupos. La hipótesis del estudio es que el enfoque individualizado de TO reducirá significativamente la aparición de delirium en el GI en comparación con el GC, apoyándose en estudios previos que muestran una menor incidencia de delirium (3%) en pacientes que reciben intervención ocupacional frente a un 20% en grupos control.
40. Naghibi T, Shafigh N, Mazloomzadeh S (Naghibi et al., 2020)	Role of omega-3 fatty acids in the prevention of delirium in mechanically	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo.	Evaluar los efectos de los ácidos grasos omega-3 en la prevención del delirio en pacientes	Se realizó un estudio clínico aleatorizado y controlado en pacientes ingresados en la UCI, con el objetivo de evaluar el efecto de los ácidos grasos	Los resultados primarios evaluados fueron los días sin delirium durante los primeros 10 días de ingreso, Los resultados

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
	ventilated patients		con ventilación mecánica.	omega-3 en la prevención del delirium. Se incluyeron 168 pacientes, de los cuales 164 fueron finalmente analizados (82 en el grupo intervención con omega-3 y 82 en el grupo placebo). Se excluyeron pacientes por antecedentes de tumor cerebral, fallecimiento temprano o extubación en menos de 72 horas. Ambos grupos fueron comparables al inicio del estudio en cuanto a edad, sexo, puntuación APACHE II, nivel de sedación (RASS), presencia de delirium al ingreso y causa de hospitalización.	secundarios incluyeron la mortalidad durante la hospitalización, número de días sin ventilación mecánica y duración total de estancia, se usó prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de los datos, pruebas t y Mann-Whitney, y prueba de Chi-cuadrado para variables categóricas. Se consideró significativa una $p < 0,05$. En cuanto a los resultados, el grupo que recibió omega-3 presentó significativamente menos días con delirium, menor duración de ventilación mecánica y menos días de estancia en comparación con el grupo placebo.
41. Kilic G, Kav S (Kiliç & Kav, 2023)	Effect of using eye masks and earplugs in preventing delirium in intensive care patients: a single-blinded, randomized, controlled trial	Estudio aleatorizado, controlado, intervención simple ciego.	de Examinar el efecto del uso de mascarillas y tapones para los oídos en la prevención del delirio en las unidades de cuidados intensivos (UCI).	La investigación se llevó a cabo en UCI médicas y quirúrgicas de un hospital de tercer nivel. Las enfermeras recibieron capacitación sobre factores de riesgo, diagnóstico, prevención y tratamiento del delirio. Se recopiló información con un formulario, la Escala de Evaluación de Delirio para	El estudio incluyó 60 pacientes, divididos en grupo experimental (30) y control (30). Se encontró diferencia significativa en la aparición de delirio durante la noche del segundo día ($p = 0,019$), el día tercero ($p < 0,001$) y la noche del tercer día ($p \leq 0,001$). La calidad global del sueño fue mayor

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
42. Kai Chen, Yan-Lin Yang, Hong-Liang Li, Dan Xiao, Yang Wang, Linlin Zhang y Jian-Xin Zhou (Chen et al., 2021)	A gap existed between physicians' perceptions and performance of pain, agitation-sedation and delirium assessments in Chinese intensive care units.	Estudio observacional multicéntrico de prevalencia puntual	Presentar la práctica actual de la evaluación del dolor, la agitación-sedación y el delirio en unidades de cuidados intensivos (UCI) chinas e investigar la brecha entre la percepción de los médicos y su desempeño clínico real.	Enfermería, la Escala de Sueño de Richard-Campbell y un formato diario. Se realizaron ajustes ambientales en las UCI y se implementaron intervenciones no farmacológicas basadas en evidencia en ambos grupos durante tres días, en turnos diurnos y nocturnos. Además, a los pacientes del grupo de intervención se les proporcionaron antifaces y tapones para los oídos durante tres noches, complementando las estrategias aplicadas. Se realizó un estudio transversal de prevalencia en 24 UCI de 20 hospitales en China, entre enero y marzo de 2019, con 387 pacientes adultos (≥ 18 años) y estancia ≥ 24 horas. Los pacientes se dividieron en dos grupos: 261 con lesión cerebral (67.4 %) y 126 sin lesión (32.6 %). Se excluyeron menores de 18 años, estancias menores a 24 horas y participantes en otros estudios. Se recogieron datos clínicos como ventilación mecánica, dispositivos invasivos, administración de	en el grupo intervención ($p \leq 0,001$ en las tres noches). La estancia en la UCI médica aumentó el riesgo de delirio (OR: 11,84; IC 95 %: 3,00–46,66; $p = 0,017$) en comparación con la UCI coronaria. Otros factores influyentes fueron edad ≥ 65 años, hipoacusia, ingreso desde quirófano y nivel educativo. La prevalencia real de evaluación del dolor fue 19.9 % (IC 15.9–23.9 %), y de agitación-sedación 25.6 % (IC 21.2–29.9 %), significativamente menor en pacientes con lesión cerebral ($p = 0.003$ y $p < 0.001$). Solo 0.8 % (IC 0.1–1.7 %) fueron evaluados formalmente para delirium con CAM-ICU. Opioides se administraron en 24.3 % y sedantes en 29.7 %, con combinación en 18.3 %. Médicos reportaron uso rutinario mayor (dolor 70.3

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				medicamentos y evaluaciones de dolor, agitación-sedación y delirium (PAD), usando escalas validadas (CPOT, VAS, NRS, FPS, RASS, SAS, Ramsay, CAM-ICU, ICDSC). El seguimiento se extendió hasta 60 días, alta hospitalaria o fallecimiento.	%, agitación 82.4 %, delirium 52.7 %). Opioides más usados: sufentanil 34 %, fentanyl 21.3 %, dezocine 21.3 %. Sedantes: midazolam 46.1 %, propofol 27 %, dexmedetomidina 20 %. Gran brecha entre percepción y práctica real. La incidencia global de delirium fue 21.1 % (64 casos). El modelo predictivo final incluyó seis factores independientes: hipertensión (RR 4.37; p=0.02), hipoxemia (RR 3.38; p=0.018), uso de benzodiacepinas (RR 5.50; p=0.013), sedación profunda (RR 3.34; p=0.048), ventilación mecánica (RR 3.55; p=0.037) y sepsis (RR 3.48; p=0.008). El modelo mostró buena discriminación con AUROC 0.862 (IC 0.80–0.92; p<0.001) en derivación y 0.739 (IC 0.62–0.86; p=0.002) en validación. No hubo diferencias entre casos observados y predichos (Hosmer-
43. Huijuan Zhang, Jing Yuan, Qun Chen, Yingya Cao, Zhen Wang, Weihua Lu y Juan Bao (H. Zhang et al., 2021).	Development and validation of a predictive score for ICU delirium in critically ill patients.	Estudio prospectivo observacional con derivación y validación de modelo predictivo (cohorte derivación + cohorte validación)	Desarrollar y validar un modelo predictivo simple del delirio.	Estudio prospectivo observacional en UCI mixta del Hospital Yijishan, China, entre sept 2015 y sept 2016, con 304 pacientes adultos (>18 años) y estancia >24 h. Se dividieron en cohortes: 223 para derivación y 81 para validación del modelo predictivo. Se excluyeron pacientes con enfermedad neurológica, demencia, esquizofrenia, coma persistente o muerte al ingreso. El delirium se evaluó dos veces al día con CAM-ICU por enfermeras entrenadas (confiabilidad interevaluador 0.92–0.96); delirium definido por ≥1 CAM-ICU positivo. Variables incluidas: edad, APACHE II, ventilación mecánica, sedación profunda (RASS -3	

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				a -5), uso de benzodiazepinas, sepsis, hipoxemia, acidosis, hipotensión y comorbilidades.	Lemeshow $p>0.05$). El riesgo estratificado fue: puntaje 0–4, delirium 4.4 %; 5–9, 27.9 %; 10–14, 61.3 %. El modelo permite predecir eficazmente el riesgo desde ingreso para prevención temprana.
44. Ujala Rashid, Zoha Fatima, Umara Nasim y Hafiza Muattar (Rashid et al., 2023)	Delirium in critical care unit patients: prevalence and associated risk factors.	Estudio transversal observacional.	Evaluar la prevalencia del delirio mediante una herramienta de detección validada en pacientes de la UCI médica y determinar los factores de riesgo modificables y no modificables asociados.	Estudio observacional prospectivo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Médica (UCI) del Hospital Holy Family, Rawalpindi, Pakistán, entre marzo y mayo de 2022. Se incluyeron 88 pacientes adultos (de un total inicial de 105; se excluyeron 17 por criterios preestablecidos), de 18 a 75 años, con estancia en UCI >24 h, sin diagnóstico previo de demencia, esquizofrenia, intoxicación, accidente cerebrovascular u otras causas de delirium conocidas. Se utilizó la Neecham Confusion Scale (aplicada diariamente), complementada con un cuestionario adicional de diseño propio para registrar la evolución clínica, estancia en UCI y uso de dispositivos médicos.	Se analizaron 88 pacientes; prevalencia total de delirium 55.7 % (49/88), con 20.4 % delirium moderado a severo y 35.2 % leve. El 38.6 % fue alto riesgo sin delirium y 5.6 % sin confusión. Entre delirium severo, 56.25 % hipoactivo, 37.5 % hiperactivo, 18.75 % mixto. Edad media mayor en delirium severo (59.7 ± 14.8 años) vs no delirium (32.1 ± 15.6 ; $p=0.01$). Estancia en UCI mayor en delirium severo (35.8 ± 6.2 días) vs no delirium (10.7 ± 4.0 ; $p=0.001$). Correlación positiva entre delirium y edad ($p=0.01$), estancia UCI ($p=0.001$), y deterioro sensorial previo ($p=0.03$). No se hallaron correlaciones significativas con comorbilidades,

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
45. Selin Erel, Eda Macit Aydın, Bijen Nazlıel y Lale Karabıyık (Erel et al., 2024).	Evaluation of Delirium Risk Factors in Intensive Care Patients.	Estudio observacional prospectivo.	Determinar la incidencia del delirio y sus factores modificables y no modificables asociados en la UCI para proporcionar información valiosa que permita mejorar la atención y los resultados de los pacientes.	También se empleó la estrategia ABCDEF bundle para el cuidado integral. El análisis estadístico incluyó chi-cuadrado y regresión lineal (OR, IC 95 %, $p \leq 0.05$) Estudio prospectivo observacional, realizado entre septiembre 2018 y mayo 2019 en tres UCI de un hospital universitario en Ankara, Turquía. Se incluyeron 212 pacientes adultos (>18 años), con estancia en UCI >48 h. Se excluyeron pacientes con enfermedad de Alzheimer, demencia, bajo nivel de conciencia (RASS ≤ -4) o sin dominio del idioma. Se aplicó CAM-ICU dos veces al día por el mismo anestesiólogo. Variables recogidas: edad, comorbilidades, APACHE II, SOFA, dispositivos invasivos, sedación, ventilación, nutrición, eliminación, hemodinámica, infecciones, movilidad, calidad de sueño, mortalidad. Análisis: regresión logística univariante (OR, IC 95 %), $P < 0.05$.	sedación, nutrición enteral o catéteres. Factores de riesgo principales: edad avanzada, estancia prolongada y déficits sensoriales previos. La incidencia global de delirium fue 32.5 % (69/212). Subtipos: hipoactivo 49.3 %, hiperactivo 36.2 %, mixto 14.5 %. Apareció en 2.1 ± 1.9 días, duración 5.8 ± 6.4 días. Factores no modificables: edad (OR 1.04; $p < 0.001$), analfabetismo (OR 4.00; $p = 0.024$), deterioro auditivo (OR 3.37; $p = 0.001$), visual (OR 3.90; $p < 0.001$), hipertensión (OR 2.56; $p = 0.002$), APACHE II (OR 1.20; $p < 0.001$), SOFA (OR 1.21; $p = 0.001$). Modificables: nutrición enteral (OR 2.54; $p = 0.025$), catéter nasogástrico (OR 2.15; $p = 0.012$), aspiración traqueal (OR 3.63; $p < 0.001$), sedación con midazolam (OR 3.4; $p = 0.02$), propofol (OR 2.91; $p = 0.04$), albúmina, esteroides, hipoxia,

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
46. Fiona Timmins y Salima Meghani (Meghani & Timmins, 2024).	Intensive care nurses' perceptions and awareness of delirium prevention guidelines	Estudio cuantitativo exploratorio transversal.	Identificar la percepción y la conciencia de las enfermeras de la UCI con respecto al delirio y explorar si se implementaron pautas de prevención del delirio dentro del monitoreo de rutina del delirio en el entorno de la UCI.	Estudio cuantitativo, exploratorio y transversal realizado en junio 2020 en la UCI médico-quirúrgica de un hospital universitario en Dublín, Irlanda. Participaron 145 enfermeras registradas con ≥6 meses de experiencia; respondieron 103 (71 %). Se aplicó un cuestionario diseñado para el estudio, basado en evidencia y guías internacionales sobre delirium, validado por expertos (S-CVI=0.99) y con alta confiabilidad (α Cronbach=0.95). El cuestionario abordó datos demográficos, percepciones sobre delirium y sus guías, y prácticas de evaluación y manejo en UCI. Se usó muestreo por conveniencia (COVID-19). El análisis	hipercarbica, anuria, estreñimiento, hipotensión, infección sanguínea, y cultivo positivo traqueal. Movilización protectora (OR 0.38; p=0.003). Delirium aumentó estancia UCI (12.2 vs 6.4 días; p<0.001) y mortalidad (24.6 % vs 4.9 %; p<0.001). El 85 % (87/103) de enfermeras reconoció que el delirium es frecuente en UCI y 72 % (75) lo consideró esperado, pero solo 45 % lo vio como síndrome infradiagnosticado que requiere acción. El 82 % (84) indicó que es difícil de evaluar; 72 % (74) señaló sedación excesiva; 48 % (56) creía que es prevenible. Riesgos reconocidos: deterioro neurocognitivo (94 %), sepsis (90 %), sedación liberal (83 %), edad avanzada (82 %). Barreras: intubación/sedación (99 %), complejidad de herramientas (69 %), tiempo (61 %), falta de integración (41 %).

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				estadístico incluyó SPSS v26, pruebas Shapiro-Wilk, t-test, Mann-Whitney U y chi-cuadrado, con significancia $p<0.05$.	Conocían PADIS 53 %, ABCDEF 70 %, pero solo 56 % aplicaban guías. Solo 14 % evaluaba delirium sistemáticamente; 31 % conocía CAM-ICU; 66 % ignoraba ICDSC. Más conocimiento en posgrado ($p=0.03$) y >4 años experiencia ($p=0.001$).
47. O. Kucuk, D. Memis, MT Inal, FN Turan, I. Memis (Kucuk et al., 2023)	Comparison of the effectiveness of delirium evaluation tools in intensive care patients: pre-deliric versions 1 and 2, E-pre-deliric and ICDSC.	Estudio observacional comparativo.	Comparar la efectividad del modelo de predicción del delirio (predelírico) y el modelo de predicción temprana (E-predelírico) en la predicción del delirio en una unidad de cuidados intensivos (UCI), según la Lista de Verificación para la Detección del Delirio en Cuidados Intensivos (ICDSC).	Estudio prospectivo observacional, realizado entre noviembre de 2017 y junio de 2019, en una UCI de 21 camas del Departamento de Anestesiología y Reanimación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Trakya, Turquía (registro ClinicalTrials ID NCT03934645). Población $n=1,597$ pacientes, de los cuales 458 cumplieron los criterios de inclusión; finalmente, se analizaron 250 pacientes (tras excluir sub-síndrome de delirium y otros criterios). Criterios de exclusión: <24 h en UCI, <18 años, demencia, Alzheimer, afasia severa, coma profundo (RASS -4/-5), delirium en primeras 24 h, ICDSC incompleto (<80 %),	Se analizaron 250 pacientes (55.6 % hombres), edad media 60.6 ± 18.7 años. El 59.2 % ingresaron de forma urgente; 15.6 % con historia de trauma. Delirium clínico (ICDSC ≥ 4) se diagnosticó en 125/250 pacientes (50 %). Factores asociados: edad (66.8 vs 54.3 años; $p<0.001$), sexo masculino (66.4 % vs 44.8 %; $p=0.001$), APACHE II (23.5 vs 10.5; $p<0.001$), ingreso urgente (68 % vs 50.4 %; $p=0.005$), trauma (21.6 % vs 9.6 %; $p=0.009$), urea (85.6 vs 40.1 mg/dL; $p<0.001$), creatinina (1.71 vs 0.87 mg/dL; $p<0.001$), sedantes (64.8 % vs 6.4 %; $p<0.001$), ventilación mecánica (98.4 % vs 77.6

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				sub-síndrome de delirium (ICDSC 1-3). Instrumento: ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist), aplicado dos veces al día; diagnóstico confirmado por psiquiatría con DSM-5. Modelos predictivos comparados: Pre-Deliric v1, Pre-Deliric v2, E-Pre-Deliric. Variables: edad, sexo, tipo de ingreso, APACHE II, historia de trauma, urea, creatinina, uso de sedación, ventilación mecánica, estancia en UCI y hospital, mortalidad. Análisis estadístico: t-test, U de Mann-Whitney, chi-cuadrado, ROC; significancia $p < 0.05$	%; $p < 0.001$). Estancia UCI: 16.6 vs 5.5 días ($p < 0.001$); hospitalaria: 31.8 vs 24.2 días ($p < 0.001$). Mortalidad global 29.2 %; 82.2 % de fallecidos tenían delirium ($p < 0.001$). Modelos Pre-Deliric v1, v2 y E-Pre-Deliric (AUROC=1); E-Pre-Deliric preferido por su cálculo temprano y menor complejidad.
48. Rami Abazid, Shaima Al-Harbi, Abdulaziz Allihimy, Dawood Aldrewesh, Sarah Alkuraydis, Ibtihal Alhammad, Ahmed Elbashir, Adel Widyan y Samah Abohamr (Abazid et al., 2021)	Incidence of delirium in the critical care unit and risk factors in the Central Region, Saudi Arabia.	Estudio observacional prospectivo multicéntrico	Determinar la incidencia y los factores de riesgo del delirio en la unidad de cuidados cardíacos (UCC) y la unidad de cuidados intensivos (UCI).	Estudio prospectivo observacional multicéntrico, realizado en 4 hospitales de la región central de Arabia Saudita, entre julio y noviembre de 2019. Se incluyeron 165 pacientes adultos (>18 años), conscientes al ingreso en UCI o CCU (unidad coronaria). Se excluyeron pacientes con demencia, psicosis, enfermedades neurológicas	Se analizaron 165 pacientes (53,9 % UCI, 46,1 % UCC); edad media 55 ± 18 años; 27,3 % mujeres. Incidencia de delirio: 14,5 % (24/165). Asociaciones significativas con delirio: sexo femenino (24.5 % vs 10.8 %, $p=0.028$), desnutrición (29.2 % vs 5 %, OR 8.46; $p < 0.001$), catéter urinario (75 % vs 30.5 %, OR 5.65;

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				severas, coma o <18 años. Instrumentos: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) para nivel de conciencia, Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) para diagnóstico de delirium. Variables recolectadas: edad, sexo, nutrición, dolor, infecciones, uso de catéter urinario, intubación, parámetros de laboratorio (Hb, PT), dispositivos invasivos, comorbilidades. Análisis estadístico: t-test, chi-cuadrado, regresión logística univariada, significación $p < 0.05$.	$p=0.001$), septicemia (50 % vs 14.9 %, OR 5.67; $p<0.001$), intubación (41,7 % vs 10,6 %, $p=0,001$), hemoglobina baja (10,79 vs 12,05 g/dL; $p=0,048$) y PT prolongado (15,87 vs 13,60 s; $p=0,011$). Regresión univariada indicó desnutrición, catéter, septicemia, anemia y PT prolongado como predictores. No hubo diferencia en estancia hospitalaria.
49. Stephana Moss, Chel Hee Lee, Christopher Doig, Liam Whalen-Browne, Henry Stelfox y Kirsten Fiest (Moss et al., 2022).	Delirium diagnosis without a gold standard: Evaluating diagnostic accuracy of combined delirium assessment tools.	Estudio diagnóstico observacional	Utilizar modelos de clase latente y análisis bayesianos por pares para evaluar la precisión diagnóstica de dos herramientas de evaluación del delirio clínicas combinadas o dos herramientas combinadas de evaluación familiar utilizadas en el	Estudio transversal diagnóstico en la UCI médico-quirúrgica del Foothills Medical Center (Calgary, Canadá), hospital terciario público. Se incluyeron 73 pacientes adultos (edad media 57.8 ± 15.8 años; 67 % hombres), con estancia >24 y al menos un familiar disponible, formando 73 días paciente-familia. Se aplicaron cuatro herramientas de evaluación del delirio: ICDSC	De los 73 pacientes (48 % ingreso médico), solo el 4,1 % fueron clasificados con delirio por ambas herramientas clínicas (ICDSC y CAM-ICU), y el 41,1 % presentaron resultados discordantes. ICDSC mostró sensibilidad 0,72 (IC 95 %: 0,54–0,92) y especificidad 0,90 (0,82–0,97); CAM-ICU: sensibilidad 0,92 (0,70–1,00), especificidad 0,94

AUTOR Y AÑO		TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				mismo paciente adulto gravemente enfermo.	(2 veces/día por enfermería), CAM-ICU (2 veces/día por asistente de investigación), y FAM-CAM y Sour Seven (1 vez/día por familiares). Las evaluaciones se realizaron en ventanas de 6 horas. Se emplearon análisis de clase latente y análisis bayesianos pareados para determinar la precisión diagnóstica de las combinaciones de herramientas. Software utilizado: SAS 9.4, STATA, R (poLCA) y WinBUGS.	(0,80–1,00). Evaluaciones familiares: FAM-CAM con sensibilidad 0,83 (0,73–0,92) y especificidad 0,93 (0,84–0,98); Sour Seven con sensibilidad 0,64 (0,47–0,82) y especificidad 0,85 (0,67–0,99). Las combinaciones mejoraron la precisión diagnóstica, pero la concordancia fue baja: solo 3/73 pacientes (4,1 %) coincidieron en ambas clínicas y 23/73 (31,5 %) en ambas familiares.
50.	Alexander Denk, Karolina Müller, Sophie Schlosser, Klaus Heissner, Karsten	Liver diseases as a novel risk factor for delirium in the ICU–Delirium and	Estudio observacional prospectivo	Examinar la incidencia, los factores de riesgo y la evolución del	Estudio observacional prospectivo, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Médica (MICU) del	De 163 pacientes, 53 (32,5 %) desarrollaron delirio. Edad mediana: 60 años [RIQ 50-70]; 57 %
	Gülow, Martina Müller y Stephan Schmid (Denk et al., 2022)	hepatic encephalopathy are two distinct entities		delirio en una unidad de cuidados intensivos (UCI), con especial atención a las enfermedades hepáticas.	Hospital Universitario de Regensburg, Alemania, entre febrero y agosto de 2017. Se incluyeron 164 pacientes consecutivos, adultos (≥ 18 años), con estancia en UCI ≥ 24 h, y nivel de consciencia RASS ≥ -3. Se excluyeron pacientes en coma, con estancia <24 h, o datos incompletos. Diagnóstico de delirium: CAM-ICU; subtipos motores clasificados según RASS.	hombres. Alcoholismo: 36,9 %; tabaquismo: 40,5 %. Subtipo más común: mixto (60,4 %); inicio a los 3 días [RIC 1–9,5]. Delirio fue más frecuente en enfermedad hepática (44,4 %; OR 3,24; p=0,03) y sepsis (55,6 %; OR 5,07; p=0,016). Factores de riesgo: alcoholismo (OR 4,54), SAPS II, sepsis, sodio, creatinina, urea, bilirrubina, hemoglobina

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				Evaluación complementaria: SOFA y SAPS II. Subgrupos: pacientes con enfermedades hepáticas (n=45), sepsis (n=27), gastrointestinales y otros (control, n=91). En pacientes con enfermedad hepática, se valoró encefalopatía hepática (EH) según la clasificación de West Haven. Análisis: regresión logística univariable con corrección de Holm-Bonferroni, comparando incidencia, factores de riesgo, desenlaces clínicos y costos	baja y VM (OR 4,81). SOFA aumentó en delirio (6,0 vs 5,0; p=0,008). Estancia en UCI: 14 vs 3 días (p=0,004); mortalidad: 22,6 % vs 7,3 % (p=0,036). Transferencia a rehabilitación: 19,5 % vs 3,9 % (p=0,02). Costos: 33.220 € vs 6.020 € (p=0,004).
51. Leanne Boehm, Brenda Pun, Joanna Stollings, Timothy Girard, Peter Rock, Catherine Hough, S Jean Hsieh, Babar Khan, Robert Owens, Gregory Schmidt, Susan Smith y E Wesley Ely (Boehm et al., 2020).	A multisite study of nurse-reported perceptions and practice of ABCDEF bundle components.	Estudio transversal	Comparar las actitudes del personal de enfermería sobre el paquete ABCDEF con la adherencia autoinformada a sus componentes.	Estudio transversal multicéntrico del ensayo MIND-USA (NCT01211522), realizado en 28 UCI de 18 hospitales de EE.UU. (17 académicos, 1 comunitario), entre noviembre de 2011 y agosto de 2015. Participaron 1,661 enfermeras registradas (RNs) con ≥4 turnos/mes; se excluyeron gestoras, educadoras y APNs. Se utilizó un cuestionario de 53 ítems diseñado por el equipo investigador, que evaluó actitudes, percepciones y	Se analizaron 1,661 encuestas válidas (26 % de respuesta); experiencia media en UCI: 2,4 años (DE 1,4). Adherencia "rutinaria": sedación 73 %, SAT 61 %, SBT 78 %, coordinación SAT-SBT 44 %. Actitudes negativas hacia la agitación no se asociaron con adherencia (rs = 0,03–0,13). La discusión en rondas se complicó débilmente con coordinación SAT-SBT (rs = 0,19). El 70 % consideró

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				auto-reporte de adherencia al paquete ABCDE (sin E ni F del ABCDEF). La adherencia se auto-monitoreó diariamente. Se aplicaron análisis descriptivos y correlaciones de Spearman (rs), considerando significación $p < 0.05$ y $rs \geq 0.45$ como mínimo efecto clínicamente relevante, definido a priori.	que médicos y gerentes facilitaban la reducción del delirio; 64 %, el entorno. Esta facilitación se comprometió con discusión de delirio ($rs = 0,27-0,36$). Movilización temprana fue baja: pasiva 19 %, sedestación 21 %, deambulación 14 %. La facilitación médica y ambiental se participa más fuertemente ($rs = 0,45-0,47$), ideal con $rs = 0,59-0,74$.
52. Camille Alaterre, Claire	Monitoring	Estudio	Evaluar la precisión	Estudio prospectivo	Se analizaron 268
Fazilleau, Sophie Cayot-Constantin, Gerald Chanques, Samia Kacer, Jean- Michel Constantin, Arthur James (Alaterre et al., 2023)	delirium in the intensive care unit: Diagnostic accuracy of the CAM-ICU tool when performed by certified nursing assistants – A prospective multicenter study	multicéntrico prospectivo	diagnóstica de una estrategia de detección del delirio en la UCI- CAM realizada por auxiliares de enfermería certificados en entornos clínicos, en comparación con evaluaciones paralelas ciegas realizadas por enfermeras y médicos.	multicéntrico en UCI generales de tres hospitales franceses (42 camas UCI), entre octubre 2020 y junio 2022. Se incluyeron 203 adultos ($RASS \geq -2$); se excluirán pacientes con incapacidad para comunicarse, embarazo, bajo tutela legal, $RASS \leq -3$ o sin equipo completo. Tras formación teórico-práctica en delirio, 203 pacientes fueron evaluados aleatoriamente con CAM-ICU por tres observadores (CNA, enfermera y médico), generando 268 tripletes. El	evaluaciones en 203 pacientes (edad mediana: 65 años [55–72]; 71/132 hombres); SAPS II: 39 [29- 52]; 56 % ventilados, 61 % con vasopresores. Prevalencia de delirio: 22 % (evaluaciones) y 23,6 % (pacientes). El desempeño de los CNA fue alto: sensibilidad 88 %, especificidad 95 %, VPP 84 %, VPN 97 %, AUC 0.92. Sin diferencias frente a enfermeras (sensibilidad 90 %, especificidad 98 %, AUC 0,94; $p = 0,40$). Kappa CNA-médico: 0,82;

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				CAM-ICU del médico fue referencia. Se analizaron sensibilidad, especificidad, VPP, VPN, AUC y coeficiente Kappa. También se realizó análisis por subgrupos: ≥ 65 años, ventilados y RASS < 0 .	enfermera-médico: 0,88; CNA-enfermera: 0,78. En subgrupos de riesgo, el rendimiento de CNA se mantiene. Duración CAM-ICU mayor en CNA (4 min vs 3 min enfermeras y 2 min médicos; $p < 0,001$). Se superó la sensibilidad esperada (≥ 74 %).
53. Fumihide Takeshi Megumi (Shinohara et al., 2022).	Shinohara, Unoki y Horikawa Relationship between no-visitation policy and the development of delirium in patients admitted to the intensive care unit.	Estudio unicéntrico, comparativo, retrospectivo y observacional.	Examinar si la política de no visitas se asociaba con una mayor incidencia de delirium en pacientes críticamente enfermos durante su estancia en la UCI.	Estudio observacional retrospectivo, comparativo antes-después, realizado en la UCI médico-quirúrgica del Kin-ikyo Chuo Hospital (Sapporo, Japón; 6 camas UCI, 450 hospitalarias), entre septiembre 2019 y octubre 2020. Se incluyó 200 adultos (≥ 18 años) con estancia ≥ 48 h. Se excluyeron reingresos, coma profundo (RASS ≤ -4), delirio al ingreso, enfermedad neurológica evidente o incapacidad para comunicarse. Se compararon las fases “antes” (visita restringida) y “después” (no-visita, desde febrero de 2020 por COVID-19). El delirio se evaluó 3 veces/día con ICDSC (≥ 4 puntos). Se registraron edad, sexo, APACHE II, SOFA,	De 467 pacientes, se incluyeron 200 (100 por fase: antes y después). Edad mediana: 76 años [RIC 68,8-84,2]; 38 % mujeres; 80,5 % ≥ 65 años. Incidencia de delirio: 61,5 % (123/200); antes: 59 %, después: 64 % ($p = 0,127$). Inicio: 2 días [RIC 2-3] en ambos ($p = 0,696$). Kaplan-Meier: sin diferencia ($p = 0,61$). Cox ajustado: política de no-visita no significativa (HR 0,895; IC 95 %: 0,613-1,306; $p = 0,565$). Factores asociados: demencia (HR 2,078; $p = 0,004$), APACHE II (HR 1,039/punto; $p = 0,001$), ventilación mecánica (HR 1,735; $p = 0,017$). Después: mayor APACHE II (19,5 vs 17,0; p

AUTOR Y AÑO	TEMA ORIGINAL	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
				ventilación, sedantes, opioides, benzodiacepinas, soporte avanzado y mortalidad. Se utilizó el modelo de Cox ajustado (7 covariables). Muestra: 200 pacientes.	= 0,008), ventilación (67 % vs 50 %; p = 0,015), opioides (68 % vs 46 %; p = 0,002), y mortalidad (20 % vs 7 %; p = 0,026).