

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**REVISIÓN CRÍTICA: BENEFICIOS DE LA VISITA FLEXIBLE PARA  
EVITAR DELIRIUM EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADO  
INTENSIVOS**

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

**AUTOR**

**DEYSI PAOLA UCEDA DIAZ**

**ASESOR**

**MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS**

<https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

**Chiclayo, 2021**

**REVISIÓN CRÍTICA: BENEFICIOS DE LA VISITA  
FLEXIBLE PARA EVITAR DELIRIUM EN PACIENTES DE  
UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS**

PRESENTADA POR:

**DEYSI PAOLA UCEDA DIAZ**

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

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

APROBADA POR:

Mercedes López Díaz  
PRESIDENTE

Aurora Zapata Rueda  
SECRETARIO

Mirtha Flor Cervera Vallejos  
VOCAL

# ÍNDICE

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN..... 6**

**ABSTRACT ..... 7**

**INTRODUCCIÓN..... 8**

**CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO..... 11**

**1.1. Tipo de Investigación..... 11**

**1.2. Metodología ..... 11**

**1.3. Formulación De la pregunta según marco PS..... 12**

**1.4. Viabilidad y pertinencia de la pregunta ..... 13**

**1.5. Metodología de búsqueda de información ..... 14**

**1.6. Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad  
aparentes de Gálvez Toro ..... 19**

**1.7. Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados ..... 21**

**CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO ..... 22**

**2.1. Artículo para revisión ..... 22**

**2.2. Comentario crítico..... 23**

**2.3. Respuesta a la pregunta ..... 27**

**2.4. Nivel de evidencia ..... 28**

**2.5. Importancia de los resultados..... 28**

**Recomendaciones ..... 28**

**Referencia Bibliográfica ..... 29**

**ANEXOS ..... 34**

## **DEDICATORIA**

Con mucho amor, gran estimación y eterna  
Gratitud a mi PADRE, por ser persona que siempre  
Me ha motivado a seguir adelante y ha  
Confiado siempre en mis decisiones.  
Por darme las facilidades para obtener el más  
Valioso obsequio: mi profesión.

A mis MADRE que desde el cielo Guía  
mi camino y me bendice.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, porque a través de su fortaleza  
Brindada, me permitió perseverar en el día  
a día para cumplir con el desarrollo del  
Presente estudio; iluminando mi camino y  
Guiando mis pasos.

A los familiares de los pacientes  
hospitalizados en el servicio de UCI por su  
colaboración Voluntaria ya que con su  
participación se pudo hacer posible el  
presente estudio.

A mi asesora Dra. Mirtha Cervera Vallejos  
Por su acertada asesoría y acompañamiento.  
Su revisión exquisita y recomendaciones  
Contribuyeron de sobremanera  
En la realización de la presente investigación.

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue identificar el beneficio de la visita flexible para evitar el delirium en pacientes de una UCI. Se ha demostrado a través de investigaciones primarias que las visitas flexibles, podrían tener algún beneficio para la evitación del delirium en pacientes de una UCI, favoreciendo su recuperación además de ser beneficiosas para los familiares. Esta investigación es de tipo secundaria, bajo la metodología de Enfermería Basada en Evidencia (EBE). La pregunta formulada dentro del Marco PS fue: ¿Cuál es el beneficio de la visita flexible para evitar el delirium en pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos? La búsqueda se realizó en las bases de datos: Proquest, Scielo, Elsevier, fueron seleccionados 12 artículos de investigación aceptados con la lista de validez aparente de Gálvez Toro. Finalmente se seleccionó para la elaboración del comentario crítico una revisión sistemática con metaanálisis. La respuesta a la pregunta formulada concluye recomendando la visita abierta y flexible por los efectos beneficiosos para la prevención del delirium además de sobre los familiares de los pacientes ingresados en las UCI, pues incrementa su nivel de satisfacción, y favorece la información o la proximidad. Sin embargo, se necesita realizar más investigaciones al respecto.

Palabras Clave: Delirium (D003693), cuidados críticos (D003422), Familia (D005190).

## **ABSTRACT**

The objective of the research was to identify the benefit of flexible visiting to avoid delirium in ICU patients. It has been demonstrated through primary research that flexible visits could have some benefit for the avoidance of delirium in ICU patients, favoring their recovery as well as being beneficial for family members. This is secondary research, under the Evidence-Based Nursing (EBN) methodology. The question formulated within the PS Framework was: What is the benefit of the flexible visit to avoid delirium in patients admitted to an Intensive Care Unit? The search was conducted in the databases: Proquest, Scielo, Elsevier, 12 research articles accepted with Gálvez Toro's list of apparent validity were selected. Finally, a systematic review with meta-analysis was selected for the elaboration of the critical commentary. The answer to the question formulated concludes by recommending the open and flexible visit for the beneficial effects on the prevention of delirium as well as on the relatives of the patients admitted to the ICU, since it increases their level of satisfaction, and favors information or proximity. However, more research is needed in this regard.

Keywords: Delirium (D003693), Critical Care (D003422), Family (D005190)

## INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son servicios polivalentes, aquí podemos encontrar personas de distintos grupos etáreos en estado crítico y por lo general con diversos diagnósticos. La condición crítica de estos pacientes es una fuente de dolor y estrés e incluso de crisis para ellos y sus familias. (1) Sumado a ello las características de esta unidad, el ruido excesivo, carente de privacidad, el acceso restringido, incrementa la vulnerabilidad de estas personas.

Una de las complicaciones más frecuentes para los pacientes instalados en esta unidad es el delirio y se asocia con una morbilidad y mortalidad considerables, además de una mayor estancia en la UCI y en el hospital, mayores costos de atención y un mayor riesgo de deterioro cognitivo a largo plazo, de allí que representa un gran desafío para los profesionales de cuidados intensivos. (2)

Leslie e Inouye (3) encontraron que los pacientes con delirio tienen 62% más de riesgo de mortalidad que aquellos que no experimentan delirio. Esto contribuye a que los costos de salud totales atribuibles al delirio se incrementen considerablemente hasta 4 veces más por paciente cada año. (4)

A pesar de este panorama, esta condición es prevenible, pero a menudo se diagnostica erróneamente o de forma tardía, por lo tanto, se trata mal. (5) Existe evidencia que afirma que el delirio en el ámbito hospitalario podría prevenirse (6), para ello es necesario que médicos, enfermeras y familiares de los pacientes conozcan sus causas y hagan cambios pequeños pero significativos en la forma en que se trata a los pacientes. El reconocimiento oportuno de los síntomas y el manejo adecuado pueden acortar la duración del episodio, aliviar el sufrimiento y reducir los costos. (7)

De allí que la comunidad científica se haya preocupado por el estudio de la prevención del delirio. Es posible encontrar investigaciones que comparan los beneficios de las intervenciones farmacológicas versus no farmacológicas. Y es bien sabido que un método eficaz para prevenir el delirio es mediante la cooperación sinérgica entre las diversas disciplinas sanitarias.

Los estudios también reportan efectividad de intervenciones multicomponente que involucran dos o más de una variedad de intervenciones (es decir, estrategias de orientación, cambios ambientales, manejo de medicamentos) han demostrado ser efectivas para la prevención del delirio.

Sin embargo, aún resulta controversial los beneficios que la visita familiar puede lograr en beneficio del paciente para prevenir el delirium, lo que no se puede negar es que alivia el sufrimiento de la familia y su necesidad de proximidad con su familiar, aunque pueda significar para el personal de salud una estrategia no fácil de manejar por las características del ambiente. (8)

Velasco Bueno J; Prieto de Paula P, y otros (9) en su investigación titulada: Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España mencionan que históricamente, las visitas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) han sido muy restrictivas atendiendo a diversos criterios. En algunas de ellas se han liberalizado de forma progresiva propiciando mayor satisfacción en los familiares y mejor cobertura de sus necesidades.

La bibliografía más reciente sobre los beneficios de la visita flexible respecto del paciente internado en una UCI, reporta mayor satisfacción de familiares y pacientes acerca de los procesos informativos, surge la idea de que los familiares son elementos importantes. (10) Esta idea se expresa, mayormente, de dos maneras: bien a través de una falta de autocrítica hacia los sistemas cerrados, bien en forma de deseo de cambio hacia una mayor adaptación de las dinámicas de las unidades a las necesidades de los familiares (11).

Conocemos que la UCI es probablemente el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más. Sabemos que los deseos de los familiares acerca del entorno de la UCI implican contacto con el paciente y los profesionales del equipo de salud como el de tener una cercanía, tener esperanza, estar informados y saber que su familiar está en buenas manos. Diversos estudios han mostrado cómo la permanencia de familiares junto a los pacientes no produce alteraciones en las condiciones fisiológicas de éstos. Las enfermeras han justificado estas restricciones basándose en el agotamiento emocional y estrés que la relación continua con la familia les produce, junto a la posible interferencia en los cuidados provocada por su presencia en las unidades. (12)

Por otro lado, resultaría difícil que los familiares participen en el cuidado del paciente crítico, creando más oportunidades para poder educar a los familiares en diversos aspectos. En el estudio realizado por Halm & Titler, los familiares manifestaron su deseo de poder participar en el cuidado del paciente a través de actividades como la nutrición o el aseo con la ayuda de las enfermeras. (13)

Igualmente, dejaron constancia de que la familia puede constituir una fuente de tranquilidad para el paciente. De hecho, parece haber un consenso general en que la implicación familiar en el cuidado es importante y que tiene un efecto positivo tanto sobre los familiares como sobre los pacientes, puntualmente sobre el delirium.

De allí que se justifique el presente estudio que permita tener evidencia científica que respalde la propuesta de nuevas estrategias para favorecer la visita flexible en las UCI's, pues la presencia de familiares, amigos, puede influir en la mejoría del paciente y ayudar a restablecerse más prontamente, incluyendo por supuesto, una preparación y educación previa.

La UCI del Hospital Regional Docente Las Mercedes, donde se encontró esta problemática, no aplica la visita flexible de familiares, esto posiblemente porque las acciones benéficas para el paciente en UCI son desconocidas o quizás poco valoradas por el personal de salud, en especial las enfermeras o porque se considera que el espacio no lo permite, quizás se tengan más temores y no se ha impulsado hasta ahora esta estrategia que sólo ha quedado como una acción que se realiza, si una buena enfermera o médico lo permite por brindar cuidado más humano y/o sólo si el paciente se encuentra agónico. De allí que se haya decidido revisar la literatura y conocer los beneficios que la visita flexible puede tener en estos pacientes para evitar que el delirium se produzca.

## **CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO**

### **1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación a desarrollar fue de tipo secundaria, bajo la metodología Enfermería Basada en evidencia (EBE) en donde el investigador formula una pregunta clínica en base a la experiencia en la práctica clínica. La respuesta a esa pregunta se busca en investigaciones naturaleza primaria, por lo general. (14)

### **1.2. METODOLOGÍA**

La metodología fue la de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) que considera la incorporación de la evidencia de la investigación, experiencia clínica, la preferencia de los pacientes dentro de las decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes en forma individual y los recursos disponibles en los diferentes contextos de salud.

Metodológicamente se basa en cinco etapas: (16)

- a) Formulación de preguntas clínicas: la pregunta surge de la experiencia e inquietud del investigador quien cuestiona la práctica cotidiana, obligándose a reflexionar sobre aquello que hasta el momento parece lo mejor. En la presente investigación se estructuró la siguiente pregunta: ¿cuáles son los beneficios de la visita flexible para prevenir el delirium en pacientes de una UCI?
- b) Localización de la información: mediante un procedimiento sistemático y estructurado de búsqueda de información científica, se trata de localizar la mejor evidencia para dar respuesta a la pregunta clínica formulada.
- c) Para la presente investigación se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos confiables, empleando palabras clave y descriptores, así como operadores booleanos para la búsqueda, se encontraron algunas dificultades, como el acceso al artículo o investigación completa pues sólo se mostraba un resumen o la limitante del idioma, pues para el tema la mayor parte de la información se encuentra en idioma inglés.
- d) Lectura crítica: Permite seleccionar la mejor evidencia a través del uso de instrumentos o guías de lectura crítica, que facilitan esta tarea. Además, la lectura crítica permite hacer un análisis del contexto en el que se pretenden implementar las evidencias localizadas y evaluar sobre todo la metodología y resultados. Después de haber realizado la búsqueda en base de datos segura, se seleccionaron diez investigaciones entre primarias y secundarias, que dan respuesta

a la pregunta formulada, estas investigaciones fueron validadas a través de la lista de validez aparente de Gálvez Toro. Este se constituyó en el primer filtro.

Luego se emplearon listas de chequeo específicas para validar de forma más específica la información. Posteriormente se procedió a la elaboración de la revisión crítica de entre la mejor evidencia validada. Hasta esta fase se desarrolló la presente investigación.

- e) Implementación: una vez que disponemos de la información necesaria que responda a la pregunta clínica, es el momento de llevar a cabo esa nueva intervención o cambio de procedimiento.
- f) Evaluación: paralelamente a la fase anterior, trataremos de comprobar si ese cambio que hemos introducido en la práctica es efectivo y proporciona mejores resultados que la intervención que realizábamos previamente. En algunos casos será necesario hacer comparaciones de coste-efectividad.

### **1.3. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA SEGÚN MARCO PS**

El Marco PS fue desarrollado en 2005 por Dicenso, Guyatt y Ciliska, quienes sugirieron que únicamente se requieren dos componentes para poder responder a las preguntas cualitativas, pudiéndose centrar las preguntas en el problema o la experiencia (17).

<b>Cuadro N° 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad</b>		
<b>P</b>	<b>Paciente o Problema</b>	<p>Visitas restringidas a la familia de los pacientes de la UCI.</p> <p>El delirium es una complicación frecuente en las personas admitidas en una UCI. Su detección es poco frecuente, y el tratamiento farmacológico no siempre tiene buenos resultados.</p>
<b>S</b>	<b>Situación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La UCI se constituye en un ambiente de acceso restringido</li> <li>✓ La frecuencia de delirium en estas unidades es alta</li> <li>✓ EL delirium se asocia a tasas altas de morbilidad y mortalidad</li> <li>✓ Los profesionales de la salud conocen poco sobre delirium y los beneficios que la visita flexible de familiares puede tener.</li> <li>✓ Existen estudios en los que se ha demostrado algún beneficio de la visita flexible para la prevención del delirium</li> </ul>

**Pregunta Clínica: ¿Qué beneficios tiene la visita flexible para prevenir el delirium en pacientes de una unidad de cuidados intensivos?**

#### **1.4. Viabilidad y pertinencia de la pregunta**

La pregunta fue posible de ser contestada, a pesar de las limitaciones, como la restricción de los artículos a acceso completo o el idioma.

Además del tiempo que es suficiente para poder dar respuesta a la pregunta.

Por otro lado, la posibilidad de poner en práctica los resultados aparece como una

oportunidad para la UCI de la institución en la que labora la investigadora, puesto que hay algunas iniciativas que quizás requieran del sustento científico para cambiar algunas percepciones erróneas.

De allí que la investigación sea pertinente pues los ingresos en UCI son frecuentes y el delirium lo es también.

**1.5. METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN** Siguiendo los pasos de la metodología EBE, una vez formulada la pregunta clínica; según el Marco PS, y tomando en consideración la elección de las palabras claves y sus sinónimos ubicados en el MESH y DECS; se combinaron con los operadores booleanos AND, OR; los términos fueron: Visita de familiares, Cuidados intensivos, Flexible, Delirio.

Los criterios de inclusión para la búsqueda de investigaciones fueron: Investigaciones que incluyeran la participación de familiares en la visita flexible del paciente de las UCIs y que reportaran beneficios en la evitación del delirio, se excluyeron aquellas investigaciones que no reportaran beneficios en relación a la evitación del delirio,

La búsqueda se desarrolló en las siguientes bases de datos: Proquest, Elsevier, Scielo Google Académico.

El periodo de búsqueda fue de aproximadamente 3 meses logrando obtener 20 artículos de investigación de las diversas bases de datos en inglés, español y portugués llegando a seleccionar sólo 10 artículos; los cuales fueron validados a través de la Guía de Validez y utilidad propuesto por Gálvez Toro.

<b>Elección de las palabras claves</b>			
<b>Palabra Clave</b>	<b>Inglés</b>	<b>Portugués</b>	<b>Sinónimo</b>
Visita de familiares	Family visits	Visita de familiares	Visita de familiares
Cuidados intensivos	Intensive care	Cuidados intensivos	Cuidados intensivos
Flexible	Flexible	Flexível	Flexible
Delirio	Delirium	Delírio	Delirium

<b>Registro escrito de la búsqueda</b>				
<b>Base de datos consultada</b>	<b>Fecha de la búsqueda</b>	<b>Estrategia para la búsqueda</b>	<b>Nº de artículos encontrados</b>	<b>% de artículos relevantes</b>
Proquest	Julio-Agosto 2021	Organización de la UCI : visitas de familia	15	3
Elsevier	Agosto 2021	Pacientes en UCI flexibilidad de horarios	65	2
Elsevier	Junio-Julio 2021	Incidence of delirium according to the visiting regime in an intensive care unit	2	1
Scielo	junio 2021	delirium and prevention	3	3
Google Académico	Julio 2021	Beneficios visitas familiares en pacientes de UCI	3190	6

<b>Ficha para recolección Bibliográfica</b>					
<b>Autor (es)</b>	<b>Título Artículo</b>	<b>Revista (Volumen, año, número)</b>	<b>Link</b>	<b>Idioma</b>	<b>Método</b>
Mitchell, M. and Aitken, L. M. (18)	Flexible visiting Positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before- after mixed method study.	Australian Critical Care,	doi: 10.1016/j.aucc.2016.01.001	Inglés	Cualitativo
Sarah J. Beesley; Ramona O. Hopkins, Julianne Holt- Lunstad, Emily L. Wilson, Stat Jorie Butler, Kathryn G. Kuttler, James Orme, Samuel M. Brown, MD, Eliotte L. Hirshberg (19)	Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients	Critical Care Medicine XXX 2017 • Volume XX • Number XXX	DOI: 10.1097/CCM.0000000000002835	Inglés	Cuantitativo
Daniel Sganzerla, Cassiano Teixeira,	Statistical analysis plan for a cluster randomized	Sganzerla et al. Trials (2018) 19:636	<a href="https://doi.org/10.1186/s13063-018-3006-8">https://doi.org/10.1186/s13063-018-3006-8</a>	Inglés	Ensayo clínico aleatorizado cruzado
Caroline Cabral Robinson, Renata Kochhann, Mariana Martins Siqueira Santos, Rafaela Moraes deMoura, Mircelei Goulart Barbosa (20)	crossover trial comparing the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units (the ICU Visits Study)				por conglomerados

Regis Goulart Rosa, at all (21)	Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit The ICU Visits Randomized Clinical Trial	JAMA July 16, 2019 Volume 322, Number 3	doi: 10.1001/jama.2019.8766	Inglés	Ensayo clínico aleatorizado o cruzado por conglomerados
Regis Goulart Rosa, Maicon Falavigna, Caroline Cabral Robinson, Daiana Barbosa da Silva, Renata Kochhann, Rafaela Moraes de Moura, Mariana Martins Siqueira Santos, Daniel Sganzerla et al (22)	Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster-randomised, crossover trial (The ICU Visits Study)	BMJ Open 2018;8:e021193.	doi:10.1136/bmjopen-2017-021193	Inglés	Ensayo clínico aleatorizado
Antonio Paulo Nassar Junior	Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs:	Society of Critical Care Medicine and Wolters	DOI: 10.1097/CCM.00000000000003155	Inglés	Revisión Sistemática y meta análisis
Bruno Adler Maccagnan Pinheiro Besen (23)	A Systematic Review and Meta-Analysis	Kluwer Health, Inc. All Rights Reserved. 2018			
Yakubu H. Yakubu, Maryam Esmaeilie, Elham Navab (24)	Nurses Beliefs And Attitudes Towards Visiting Policy In The Intensive Care Units Of Ghanaian Hospitals	Advances in Bioscience and Clinical Medicine October 2018	DOI: 10.7575/aia.c.abcmed.v.6n.4p.25	Inglés	Cuantitativo-Descriptivo

Gislaug Kyrkjebø Kari Hanne Gjeilo John-Arne Skolbekken (25)	How intensive care patients' family members can play a more active role	Sykepleien Forskning 2019 14(76230)(e-76230)	DOI: <a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76230">https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76230</a>	Inglés	Cualitativo -Teoría Fundada
Alexander H. Flannery, Douglas R. Oyler, Gerald L.einhouse, (26)	The Impact of Interventions to Improve Sleep on Delirium in the ICU: A Systematic Review and Research Framework*	Neurologic Critical Care 2016	DOI: 10.1097/CCM.0000000000001952	Inglés	Revisión Sistemática
Jessica McKenzie Anna Joy (27)	Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta-analysis	Australas J Ageing. 2019;00:1–10.	DOI: 10.1111/ajag.12688	Inglés	Revisión Sistemática y meta análisis
Kenji Kandori, Yohei Okada, Wataru Ishii, Hiromichi Narumiya, Yoshiro Maebayashi and Ryoji Iizuka (28)	Association between visitation restriction during the COVID-19 pandemic and delirium incidence among emergency admission patients: a single-center retrospective observational cohort study in Japan	Journal of Intensive Care (2020) 8:90	<a href="https://doi.org/10.1186/s40560-020-00511-x">https://doi.org/10.1186/s40560-020-00511-x</a>	Inglés	Estudio de cohorte observacional, retrospectivo y unicéntrico
Thieli Lemos de Souzaa Karina de Oliveira Azzolinb Vivian Rodrigues Fernandesc (29)	Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review	Revista Gaúcha de Enfermagem	doi: <a href="https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0157">https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0157</a>	Inglés	Revisión Integrativa

**1.6.Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro:** producto de la Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente:

<b>Cuadro N° 06 : Síntesis de la Evidencia</b>			
<b>Título del Artículo</b>	<b>Tipo de Investigación- Metodología</b>	<b>Resultado</b>	<b>Decisión</b>
Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study.	Mixto	Responde 3 De 5 preguntas	No se puede emplear
Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients	Cuantitativo	Responde 3 de 5 preguntas	No se puede emplear
Statistical analysis plan for a cluster randomized crossover trial comparing the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units (the ICU Visits Study)	Ensayo clínico aleatorizado cruzado por conglomerados	Responde 2 de 5 preguntas	No se puede emplear
Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit The ICU Visits Randomized Clinical Trial	Ensayo clínico aleatorizado cruzado por conglomerados	Responde todas las preguntas	Pasa la lista
Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster-randomised, crossover trial (The ICU Visits Study)	Ensayo clínico aleatorizado	Responde 2 de 5 preguntas	No se puede emplear

Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis	Revisión Sistemática y meta análisis	Responde todas las preguntas	Pasa la lista
Nurses Beliefs And Attitudes Towards Visiting Policy In The Intensive Care Units Of Ghanaian Hospitals	Cuantitativo-Descriptivo	Responde 2 de 5 preguntas	No se puede emplear
How intensive care patients' family members can play a more active role	Cualitativo-Teoría Fundada	Responde 2 de 5 preguntas	No se puede emplear
The Impact of Interventions to Improve Sleep on Delirium in the ICU: A Systematic Review and Research Framework*	Revisión Sistemática	Responde 3 de 5 preguntas	No se puede emplear
Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta-analysis	Revisión Sistemática y meta análisis	Responde 4 de 5 preguntas	No se puede emplear
Association between visitation restriction during the COVID-19 pandemic and delirium incidence among emergency admission patients: a single-center retrospective observational cohort study in Japan	Estudio de cohorte observacional, retrospectivo y unicéntrico	Responde todas las preguntas	Pasa la lista
Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review	Revisión Integrativa	Responde todas las preguntas	Pasa la lista

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

<b>Cuadro N° 07 : listas de chequeo según artículo y su nivel de evidencia</b>			
<b>Título del artículo</b>	<b>Tipo de investigación Metodológica</b>	<b>Lista empleada</b>	<b>Nivel de evidencia y grado de recomendación</b>
Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit The ICU Visits Randomized Clinical Trial	Ensayo clínico aleatorizado cruzado por conglomerados	<b>Astete</b>	<b>I-B</b>
Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis	Revisión Sistemática y meta análisis	<b>Caspe</b>	<b>I-B</b>
Association between visitation restriction during the COVID-19 pandemic and delirium incidence among emergency admission patients: a single-center retrospective observational cohort study in Japan	Estudio de cohorte observacional, retrospectivo y unicéntrico	<b>Astete</b>	<b>II-A</b>
Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review	Revisión Integrativa	<b>Caspe</b>	<b>III-A</b>

## CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

### 2.1. ARTÍCULO PARA REVISIÓN

**a) Título de la Investigación Secundaria que desarrollará.** Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis

**Revisora:** Lic. Deysi Paola Uceda Díaz

**b) Institución:** Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo

**c) Dirección para correspondencia:** [dpaola87@hotmail.com](mailto:dpaola87@hotmail.com)

**d) Referencia completa del artículo para revisión:** Nassar Junior, A. P., Besen, B. A. M. P., Robinson, C. C., Falavigna, M., Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2018). Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs. *Critical Care Medicine*, 46(7), 1175–1180. doi:10.1097/ccm.0000000000003155

**e) Resumen de artículo original**

- **Objetivos:** identificar, analizar y sintetizar los principales beneficios que pueden relacionarse con las visitas flexibles para los familiares del paciente crítico adulto.
- **Método:** se realizó una revisión de la literatura científica en las bases de datos PubMed, CINALH, Psyc INFO, Cochrane Library y CUIDEN y un análisis temático del contenido de los artículos seleccionados. Resultados se identificaron un total de 15 publicaciones que respondían al objetivo de Búsqueda.
- **Resultados:** Tras la realización del análisis temático se identificaron 4 temas que incluyen los principales efectos derivados de las políticas de visitas flexibles para los familiares del paciente crítico: Mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente.
- **Conclusión:** las políticas de visita flexible, además de ser beneficiosas para los familiares del paciente crítico y el propio paciente constituyen en sí mismas una necesidad considerando necesario favorecer paulatina participación de la familia en el cuidado y la adquisición en un rol notorio en el contexto de la visita y en su relación con el paciente, los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Email del autor es [meibarrondo@unav.es](mailto:meibarrondo@unav.es). Palabras

claves: Familia, Visita, Visitade abierta, Visita flexible, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados críticos.

## 2.2. COMENTARIO CRÍTICO

El artículo seleccionado corresponde a una revisión sistemática y metaanálisis que fue validada con la lista de cotejo Caspe. Este instrumento considera tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión: la validez de los resultados, los resultados y la aplicabilidad en el medio (30). A continuación, el comentario crítico:

Una revisión sistemática es una síntesis clara y estructurada de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica específica. Están constituidas por múltiples artículos y fuentes de información, representan el más alto nivel de evidencia dentro de la jerarquía de la evidencia, el tipo de análisis que se desarrolla en una revisión suele ser un metaanálisis que corresponden a un análisis estadístico de los resultados de estudios independientes que generalmente intenta producir un estimador único del efecto de la intervención estudiada. (31)

La revisión sistemática se realizó sobre investigaciones relacionadas con los pacientes, los miembros de la familia y los profesionales de la UCI mediante la comparación de políticas de visitas flexibles y restrictivas en las UCI. Para su elaboración se **incluyeron los siguientes tipos de estudios: estudios que comparan políticas de visitas flexibles versus restrictivas en la UCI; otros que evalúen al menos uno de los siguientes resultados: con respecto al paciente: mortalidad en la UCI, infecciones adquiridas en la UCI, delirio, duración de la estancia en la UCI, duración de la ventilación mecánica, necesidad de sedantes, ansiedad, depresión y satisfacción; relacionados con los miembros de la familia: ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y satisfacción; relacionados con el profesional de la UCI: desgaste, carga de trabajo y satisfacción.**

La búsqueda se realizó en bases de datos Medline (a través de PubMed), Scopus y Web of Science. Los términos de búsqueda fueron: ("visitación" O "visitando") Y ("cuidados críticos" O "cuidados intensivos"). Además, se realizaron búsquedas manuales en las listas de referencias de los artículos recuperados y de los archivos personales para detectar otros estudios

potencialmente elegibles. No se impusieron restricciones de idioma. La búsqueda incluyó estudios observacionales y aleatorios publicados hasta el 3 de agosto de 2017.

En relación a la calidad de los estudios el riesgo de sesgo se evaluó mediante la herramienta de colaboración Cochrane para ensayos aleatorizados, y para estudios no aleatorizados se empleó la herramienta Riesgo de sesgo en estudios no aleatorios de intervenciones. (32) Un sesgo es un error sistemático o una desviación de la verdad en los resultados”. Esta desviación del valor verdad puede dar como resultado la sub/sobre estimación de los efectos de una determinada intervención. (33) El riesgo de la mayoría de estudios fue moderado, 7 fueron meta analizados. En relación a la pregunta clínica formulada, el estudio aporta en relación a los pacientes que las visitas flexibles se asociaron con una menor frecuencia de delirio.

El delirio es una forma frecuente y grave de disfunción cerebral aguda que se presenta en personas críticamente enfermas. Actualmente representa un gran desafío para los profesionales de cuidados intensivos, ya que está asociado con un aumento de la mortalidad, una estancia más prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y en el hospital, un mayor riesgo de deterioro cognitivo a largo plazo y mayores costos de atención. Lamentablemente, las intervenciones farmacológicas tienen un papel limitado en la prevención y el tratamiento del delirio. (34)

Por el contrario, muchas intervenciones no farmacológicas, como las actividades de reorientación, la estimulación cognitiva, la movilización temprana, la higiene del sueño y la flexibilización de las visitas familiares, han ganado una atención cada vez mayor debido a su bajo costo y su potencial para prevenir o limitar el delirio entre los pacientes de la UCI. (34)

También cabe destacar que el uso de medicamentos en el manejo del delirio aún no tiene beneficios comprobados. Son necesarias más investigaciones en el ámbito de los cuidados intensivos para determinar con mayor precisión qué cuidados farmacológicos y no farmacológicos son eficaces en el tratamiento del delirio. (35)

En ese sentido es que se han realizado investigaciones que han buscado identificar los beneficios por ejemplo de la visita abierta o flexible para reducir o prevenir el delirium, la revisión sistemática criticada sugiere que los horarios de visita flexibles se asocian con una frecuencia reducida de delirio y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad entre los pacientes de la

UCI. Los horarios de visita flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI, infección adquirida en la UCI o estadía más prolongada.

Los estudios incluidos sugieren además que pacientes y familiares están más satisfechos con un modelo de visitas flexible. Sin embargo, un único estudio que evaluó el impacto de las visitas flexibles en el personal de la UCI reportó incremento de los síntomas de agotamiento de los profesionales de la UCI luego de aplicarse la política de visitas flexibles. (34)

Cabe resaltar que los argumentos iniciales para identificar los beneficios de la visita flexible en relación al delirium se basan principalmente en la “humanización”, es decir, el contacto irrestricto entre los pacientes y sus seres queridos en la UCI.

Cabe resaltar de acuerdo a lo reportado en algunas investigaciones que son los países en desarrollo los que parecen imponer más restricciones a las visitas familiares que los países desarrollados. Aunque la mediana del tiempo de visita diaria es superior a 4 horas en Francia, Reino Unido y Suiza, en Brasil, la mayoría de las UCI limitan las visitas a 1-2 horas por día (21), realidad similar a la nuestra, mientras que en casi el 40% de las UCI en Irán, no se permiten visitas.

La frecuencia reducida del delirio es un hallazgo esperado cuando se permite un contacto más prolongado entre pacientes y familiares. Un estudio de cohorte belga en el que participaron más de 500 pacientes ya había demostrado que la ausencia de la visita se asociaba con un riesgo tres veces mayor de que los pacientes de la UCI desarrollaran delirio (36). De allí que se sugiera mayor participación de los familiares en el contexto de cuidados críticos como una forma de mejorar la prevención del delirio a través de un mejor control del dolor, reducción de la exposición a sedantes y participación en la reorientación y estimulación cognitiva de los pacientes.

Las políticas de visitas más liberales parecen ser seguras para los pacientes con respecto a los riesgos de mortalidad en la UCI, infección adquirida en la UCI y duración de la estancia en la UCI.

Un estudio desarrollado en una UCI para cirugía cardiovascular, concluye que la asistencia de la familia por parte del paciente tras la cirugía cardíaca puede ser una estrategia no medicamentosa en la prevención del delirio. El estudio valora la presencia de la familia sobre todo cuando las enfermeras de la UCI están ocupadas y no tienen tiempo suficiente para atender

y evaluar a los pacientes. (35)

En Australia las visitas flexibles se introdujeron con éxito en una UCI para adultos, permitiéndose visitas familiares durante 21 horas diarias. Esto permitió a las familias conectarse y apoyar a los pacientes críticamente enfermos que informaron que querían tiempo adicional con su familia. El estudio sugiere que las necesidades de los pacientes siguen siendo primordiales, pero se deben aprovechar todas las oportunidades para incluir a la familia, ya que tiene el potencial de mejorar la comunicación, además de proporcionar un camino a seguir para mejorar la atención de los pacientes en estado crítico y reconocer la importancia para las familias y los pacientes en la recuperación de su enfermedad. (18)

Un estudio realizado durante la pandemia COVID 19 (28) reconoce también la asociación entre la restricción de visitas y la prevención e incidencia de delirio. Los resultados sugieren inclusive para los pacientes que no requieren cirugía de emergencia o manejo de ventilador, como los ingresados en las salas generales, deben ser alertados de la incidencia de delirio durante la restricción de visitas; por lo tanto, es necesario que los médicos y el personal del hospital hagan un esfuerzo consciente para prevenir el delirio hablando con el paciente y proporcionándole otros estímulos.

Este estudio destacó que los médicos no deben centrarse únicamente en el control de la infección por COVID-19, sino también en la atención general de los pacientes hospitalizados, que pueden haber sido desatendidos ante la pandemia. Si no es posible aliviar las restricciones de visitas, los autores creen que pueden ser necesarias medidas como los sistemas de visitas remotas en línea para reemplazar las visitas tradicionales al hospital. Además, aunque este estudio se centró en pacientes hospitalizados de emergencia, surge la pregunta sobre la asociación entre la restricción de visitas y el delirio entre los pacientes que tienen un ingreso planificado y la diferencia entre los ingresos de emergencia versus los ingresos planificados, por lo que se sugieren investigaciones al respecto.

Cabe destacar un aspecto evidenciado en el estudio de Mitchell y Aitken, (18) a pesar que los pacientes, las familias y el personal de la UCI evaluaron positivamente los horarios de visita flexibles en esta UCI, solo una minoría de familias aprovechó el aumento de horas; éstos, expresaron su agradecimiento por las oportunidades adicionales. Si bien es cierto los miembros de la familia pueden proporcionar un apoyo fundamental al paciente, la situación y los esfuerzos

de los miembros de la familia no se han aclarado lo suficiente en investigaciones anteriores. La atención se ha centrado en identificar las necesidades de los miembros de la familia y su satisfacción con la forma en que el personal sanitario satisface estas necesidades, (25) aquí hay otro vacío de investigación.

Un aspecto negativo encontrado a través de la revisión es el aumento de los síntomas de agotamiento entre los profesionales de la UCI, especialmente las enfermeras, observado en el único estudio que evaluó el impacto de las horas de visita extendidas en el personal de la UCI.(23) Si bien estos resultados deben ser confirmados en distintos escenarios, este hallazgo puede confirmar la percepción de los profesionales de UCI reportada en algunos estudios de que la presencia prolongada de familias en UCI dificulta su trabajo.

Esta reacción de parte de los profesionales, está asociada con una menor seguridad del paciente, de allí que la implementación de horarios de visita flexibles a la UCI puede requerir la adopción de estrategias dirigidas a prevenir los síntomas de agotamiento entre los profesionales de esta unidad, así tenemos: la reducción de la carga de trabajo, formación en empatía y habilidades comunicativas.

Dado que la atención implementada para el tratamiento del delirio es poco específica e incipiente, ya que las causas aún no se conocen del todo, determinando su aspecto multifactorial, entonces, todas las mejoras encontradas con respecto a la condición clínica de los pacientes deben ser consideradas y valoradas, ya que no solo la presencia sino también la duración del delirio puede determinar peores resultados a largo plazo. (29)

Los resultados presentados en la revisión a juicio de la investigadora pueden ser aplicables en la realidad de la investigadora bajo ciertas condiciones como por ejemplo ambientación, preparación del equipo de salud, educación a la familia, protocolización de la visita flexible. Asimismo, resulta importante formular nuevas investigaciones que aclaren los vacíos de investigación y hagan más consistentes los resultados hallados en la presente revisión pues los beneficios bien valen el esfuerzo.

**2.3. Respuesta a la pregunta:** Frente a la pregunta propuesta, la investigación seleccionada sugiere que los horarios de visita flexibles se asocian con una frecuencia reducida de delirio y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad entre los pacientes de la UCI. Sin embargo, dado que las conclusiones se dan

sobre pocos estudios, con muestras pequeñas y riesgo de sesgo moderado, se sugiere formular estudios que superen estas limitaciones y que permitan tener mayor certeza de los resultados.

**2.4. Nivel de evidencia.** Por tratarse de una revisión sistemática y meta análisis de acuerdo con la Canadian Task Force (37) posee un nivel de evidencia I pues la evidencia parte de ensayos clínicos aleatorizados, además de haberse realizado meta análisis y grado de recomendación B pues existe moderada evidencia para recomendar la intervención de prevención.

**2.5. Importancia de los resultados.** Las políticas de visitas restrictivas adoptadas por muchas UCI's a nivel mundial, proceden de la percepción de la familia en la UCI puede aumentar los riesgos de infección, la desorganización de la atención y un mayor desgaste del personal de la UCI. Sin embargo, los riesgos teóricos relacionados con los horarios de visita flexibles a la UCI no han sido confirmados consistentemente por la literatura, sin embargo, los estudios ya realizados reconocen los horarios de visita flexibles en la UCI's como un medio que puede contribuir a dar bienestar tanto al paciente como a sus familiares, lo que podría significar cortos periodos en estas unidades, por lo tanto, disminución del gasto y menores índices de mortalidad.

### **Recomendaciones**

1. Desarrollar una cultura de flexibilidad que se inicie con la sensibilización y educación al personal de la UCI, para luego de acuerdo a la capacidad de la UCI permitir la visita flexible de familiares a través de un piloto, previamente se deberá preparar a la familia e identificar las fortalezas que pudieran tener. Esto deberá contar con el permiso de las autoridades del servicio y el hospital de tal manera que se pueda generar las condiciones para que se lleve a cabo, todo esto podría lograrse a través de un programa de inducción.
2. A partir de las experiencias generadas en la estrategia a partir del programa de inducción para participación del familiar en la visita flexible, desarrollar investigaciones que puedan hacer más consistentes los resultados presentados en la presente revisión sistemática.
3. Compartir y difundir los resultados de la presente revisión en primer lugar al personal de la UCI del hospital en el que labora la investigadora, aprovechando las capacitaciones que recibimos, además a través de la publicación en congresos o revistas científicas.

### Referencia Bibliográfica

1. Khaleghparast S, Joolae S, Ghanbari B, Maleki M, Peyrovi H, Bahrani N. A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units. *Glob J Health Sci.* 2015;8(6):267–276. Published 2015 Nov 17. doi:10.5539/gjhs.v8n6p267
2. Salluh, J. I. F., Wang, H., Schneider, E. B., Nagaraja, N., Yenokyan, G., Damluji, A., ... Stevens, R. D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350(may19 3), h2538–h2538.
3. Leslie DL, Inouye SK. The importance of delirium: economic and societal costs. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Nov;59 Suppl 2(Suppl 2):S241-3. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03671.x. PMID: 22091567; PMCID: PMC3415302.
4. Meredith K. Carbone, BS, MS IV, Marilyn R. Gugliucci, MA, PhD, Delirium and the Family Caregiver: The Need for Evidence-based Education Interventions, *The Gerontologist*, Volume 55, Issue 3, June 2015, Pages 345–352, <https://doi.org/10.1093/geront/gnu035>
5. Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016.
6. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Delirium Clinical Care Standard. Sydney 2016.
7. Tomlinson L. Changes to visitor restrictions during COVID-19 and the potential impact on delirium prevention and management.. 21 agosto 2020. Disponible en: <https://iht.deakin.edu.au/2020/08/emcr-covid-19-think-tank-visitor-restrictions-impact-on-delirium-prevention-and-management/>
8. Carroll L. Researchers try to make ICU less traumatic for patients, families. 16 julio 2019. Disponible en: <https://www.reuters.com/article/us-health-icu-delirium-ptsd-idUSKCN1UB1Z5>
9. Velasco J, Prieto de Paula J, Morales J, Perea M. Organización de las visitas de los familiares en las unidades de cuidados intensivos de España [Organization of visits in Spanish ICU] June 2005. *Enfermería Intensiva* 16(2) DOI: 10.1016/S1130-2399(05)73390-3.
10. American Association of Critical Care Nurses. Family visitation in the adult intensive care unit. *Crit Care Nurse.* 2016;36(1):e15-e18. doi:10.4037/ccn2016677
11. Davidson J; Aslakson R; Long A, Puntillo K, Kross E, Hart J, Cox Ch, Wunsch H, Wickline M, Nunnally M, Netzer G, Kentish-Barnes N, Sprung Ch, Hartog Ch, Coombs

M, Gerritsen R, Hopkins R, Franck L, Skrobik Y, Kon A, Scruth E, Harvey M, Lewis-Newby M, White D, Swoboda S, Cooke

C, Levy M, Azoulay E, Curtis J. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU, *Critical Care Medicine*: January 2017

- Volume 45 - Issue 1 - p 103-128. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169

12. Alonso-Rodríguez A, Martínez-Villamea S, Sánchez-Vallejob A, Gallego- Lorenzo J, Fernández-Menéndez M. Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. DOI: 10.1016/j.enfi.2020.02.005. *Enfermería intensiva-elsevier*. Available online 15 July 2020
13. Villar Dávila Rafael, Pancorbo Hidalgo Pedro Luis, Jiménez Díaz María del Carmen, Cruz Lendínez Alfonso, García Ramiro Pedro. Qué hace el cuidador familiar en el hospital: Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos [Internet]*. 2012 Mar [citado 2021 Ago 01] ;23( 1 ): 7-14. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100002&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100002>.
14. Pablo Alonso Coello, Difusión Avances de Enfermería a (DAE, S.L.) *Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados*. Pág.10 Madrid – España 2004 (consultado 30 de junio de 2019) Disponible en: <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE>.
15. Burns N. *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en evidencia*. 6ta ed. Elsevier. España, 2016.
16. Pearson A. *Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud: integrando la investigación, la experiencia y la excelencia*. 2008
17. Orts Cortes M. *Práctica Basada en la Evidencia*. España. Elsevier, 2015
18. Mitchell, M. L., & Aitken, L. M. (2017). Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Australian Critical Care*, 30(2), 91–97. doi:10.1016/j.aucc.2016.01.001
19. Beesley, S. J., Hopkins, R. O., Holt-Lunstad, J., Wilson, E. L., Butler, J., Kuttler, K. G., ... Hirshberg, E. L. (2018). Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients. *Critical Care Medicine*, 46(2), 229–235. doi:10.1097/ccm.0000000000002835

20. Sganzerla, D., Teixeira, C., Robinson, C. C., Kochhann, R., Santos, M. M. S., de Moura, R. M., ... Rosa, R. G. (2018). Statistical analysis plan for a cluster-randomized crossover trial comparing the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units (the ICU Visits Study). *Trials*, 19(1). doi:10.1186/s13063-018-3006-8
21. Rosa, R. G., Falavigna, M., da Silva, D. B., Sganzerla, D., Santos, M. M. S., ... Kochhann, R. (2019). Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA*, 322(3), 216. doi:10.1001/jama.2019.8766
22. Rosa RG, Falavigna M, Robinson CC, et al. Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster randomised, crossover trial (The ICU Visits Study). *BMJ Open* 2018; 8:e021193.doi:10.1136/bmjopen
23. Nassar Junior, A. P., Besen, B. A. M. P., Robinson, C. C., Falavigna, M., Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2018). Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs. *Critical Care Medicine*, 46(7), 1175–1180.doi:10.1097/ccm.0000000000003155
24. Yakubu, Yakubu H. & Esmaili, Maryam & Navab, Elham. (2018). Nurses Beliefs And Attitudes Towards Visiting Policy In The Intensive Care Units Of Ghanaian Hospitals. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine*. 6. 25. 10.7575/aiac.abcm.v.6n.4p.25.
25. Gislaug Kyrkjebø, Kari Hanne Gjeilo, John-Arne Skolbekken. How intensive care patients' family members can play a more active role. *Sykepleien Forskning* 2019 14(76230)(e-76230). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76230>
26. Flannery, A. H., Oyler, D. R., & Weinhouse, G. L. (2016). The Impact of Interventions to Improve Sleep on Delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 44(12), 2231–2240. doi:10.1097/ccm.0000000000001952
27. McKenzie, J, Joy, A. Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta-analysis. *Australas J Ageing*. 2020; 39: 21– 30. <https://doi.org/10.1111/ajag.12688>
28. Kandori, K., Okada, Y., Ishii, W. et al. Association between visitation restriction during the COVID-19 pandemic and delirium incidence among emergency admission patients: a single-center retrospective observational cohort study in Japan. *J Intensive Care* 8, 90 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40560-020-00511-x>

29. Souza, Thieli Lemos de, Azzolin, Karina de Oliveira and Fernandes, Vivian Rodrigues Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2018, v. 39 [Accessed 7 June 2021], e2017-0157. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0157>>. Epub 02 Aug 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017-0157>.
30. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.
31. Moreno Begoña, Muñoz Maximiliano, Cuellar Javier, Domancic Stefan, Villanueva Julio. Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Jul 31]; 11( 3 ): 184-186. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072018000300184&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000300184&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072018000300184>.
32. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
33. Alarcón Palacios M, Ojeda Gómez R, Tiese Huaricanha I, Cajachagua Hilario K. Análisis crítico de ensayos clínicos aleatorizados: Riesgo de sesgo Critical analysis of randomized clinical trials: The risk of bias *Rev Estomatol Herediana*. 2015 Oct-Dic;25(4):304-8.
34. Rosa RG, Tonietto TF, da Silva DB, et al. Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study. *Crit Care Med*. 2017;45(10):1660-1667. doi:10.1097/CCM.0000000000002588
35. Eghbali-Babadi M, Shokrollahi N, Mehrabi T. Effect of Family-Patient Communication on the Incidence of Delirium in Hospitalized Patients in Cardiovascular Surgery ICU. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017;22(4):327- 331. doi:10.4103/1735-9066.212985
36. Manterola Carlos, Asenjo-Lobos Claudla, Otzen Tamara. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev. chil. infectol.*

[Internet]. 2014 Dic [citado 2021 Jul 31]; 31(6): 705-718.

Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182014000600011&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>.

## ANEXOS

## 2.6. CUADROS DE GÁLVEZ TORO

<b>1.- Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study.</b>		
<b>Investigación Mixta 2016</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Los pacientes entrevistados (n = 12) vieron positivamente las horas de visita extendidas. La "satisfacción general con la atención" de los miembros de la familia (n = 181) no cambió; sin embargo, el 85% se mostró "muy satisfecho" con una mayor flexibilidad de visitas. El setenta y seis% de las visitas familiares continuaron ocurriendo dentro del horario de visita anterior (11 a. M. A 8 p. M.) Y el 24% restante tuvo lugar durante el nuevo horario de visita disponible. Las familias reconocieron la prioridad de la atención al paciente y sus necesidades personales fueron secundarias. Tres cuartas partes del personal de la UCI estaban "satisfechos" con las visitas flexibles y sugirieron que cualquier barrera podría superarse mediante la inclusión de la familia como modelo a seguir.	Los pacientes, las familias y el personal de la UCI evaluaron positivamente los horarios de visita flexibles en esta UCI. Aunque solo una minoría de familias aprovechó el aumento de horas, expresaron su agradecimiento por las oportunidades adicionales. El personal subalterno puede beneficiarse del apoyo de sus compañeros para desarrollar habilidades de inclusión familiar. Se pueden incorporar horarios de visita más flexibles en la práctica habitual de la UCI de una manera que todos los interesados lo vean positivamente.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	No responde la pregunta formulada	No resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Parcialmente	No
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La aprobación ética para este estudio se recibió de los comités de ética e investigación humana de la Universidad de Griffith y del Hospital Princess Alexandra.	Si es seguro
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Se utilizó un estudio de método mixto antes-después dentro de una filosofía de atención centrada en la familia. Los pacientes fueron entrevistados, los miembros de la familia completaron la encuesta de satisfacción familiar en la UCI y el personal de la UCI completó una encuesta y participó en grupos focales luego de la introducción de 21 horas diarias de visita en una UCI terciaria..	
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

<b>2.- Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients</b>		
<b>Estudio Prospectivo Observacional 2017</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Entre 100 participantes, 92 completaron el seguimiento. Veintinueve participantes (32%) informaron síntomas de ansiedad a los 3 meses, 15 participantes (16%) informaron síntomas de depresión y 14 participantes (15%) informaron síntomas de estrés postraumático. En nuestro análisis principal, el nivel de cortisol medido por el área bajo la curva desde el suelo no se asoció significativamente con la ansiedad (razón de probabilidades, 0,94; $p = 0,70$ ). Sin embargo, en nuestro análisis secundario, la respuesta al despertar del cortisol se asoció significativamente con la ansiedad (razón de probabilidades, 1,08; $p = 0,02$ ).	Aproximadamente un tercio de los miembros de la familia experimentan ansiedad después de la admisión de su ser querido en la UCI, y muchos miembros de la familia también experimentan depresión y estrés postraumático. La respuesta a despertar del cortisol se asocia con ansiedad en los familiares de los pacientes de la UCI 3 meses después de la admisión en la UCI. Las mediciones fisiológicas del estrés entre los miembros de la familia de la UCI pueden ayudar a identificar a las personas que corren un riesgo particular de sufrir resultados psicológicos adversos.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	No responden la pregunta	No son útiles
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Parcialmente	No es aplicable
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Este estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional del Intermountain Medical Center (número 1040305). Se obtuvo el consentimiento por escrito de todos los participantes. Cada participante recibió una tarjeta de regalo de \$ 50 al devolver las muestras de cortisol y otra tarjeta de regalo de \$ 50 al completar la entrevista telefónica de 3 meses.	Si son seguras
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los participantes proporcionaron cinco muestras de cortisol salival durante 24 horas en el momento de la admisión del paciente en la UCI. La medida principal de cortisol fue el área bajo la curva desde el suelo; la medida secundaria fue la respuesta al despertar del cortisol. Los resultados se obtuvieron durante una llamada telefónica de seguimiento de 3 meses. El resultado primario fue la ansiedad, medida por la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria-Ansiedad. Los resultados secundarios incluyeron depresión y trastorno de estrés postraumático.	Si son válidos

\* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio

<b>3.-Statistical analysis plan for a cluster randomized crossover trial comparing the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units (the ICU Visits Study)</b>		
<b>Plan de análisis estadístico para un ensayo cruzado aleatorio grupal que compara la efectividad y la seguridad de un modelo flexible de visitas familiares para la prevención del delirio en unidades de cuidados intensivos para adultos (el Estudio de visitas a la UCI)</b>		
<b>Ensayo clínico aleatorizado cruzado por conglomerados 2018</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Data previa sin resultados	Sólo es un plan estadístico
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	No aplica	No son útiles
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	No aplicable aún	No Aplicable
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Si se han considerado	Falta aplicación
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	<p>El estudio de visitas a la UCI es un ensayo cruzado y aleatorizado por grupos que compara una FFVM (12 horas consecutivas de visitas a la UCI por día) con una RFVM (&lt;4,5 horas de visita a la UCI por día) en 40 UCI de adultos brasileños.</p> <p>Las UCI participantes se asignan al azar a una FFVM o RFVM en una proporción de 1: 1. Después de la inscripción y el seguimiento de 25 pacientes, cada UCI se cruza con el otro modelo de visitas, hasta que se inscriban y sigan 25 pacientes más por centro. El resultado primario es la incidencia acumulada de delirio medida por el método de evaluación de la confusión para la UCI. Los resultados secundarios y terciarios incluyen medidas relevantes de eficacia y seguridad de las políticas de visitas a la UCI entre pacientes, familiares y profesionales de la UCI.</p> <p>A continuación, describimos todos los procedimientos estadísticos primarios que se utilizarán para evaluar los resultados y realizar análisis exploratorios y de sensibilidad de este estudio. Este plan de análisis estadístico preespecificado se redactó y presentó sin conocimiento de los datos del estudio.</p>	
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

<b>4.- Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit the ICU Visits</b>		
<b>Ensayo clínico aleatorizado cruzado por conglomerados -2019</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Entre 1685 pacientes, 1295 familiares y 826 médicos inscritos, 1685 pacientes (100%) (edad media, 58,5 años; 47,2% mujeres), 1060 miembros de la familia (81,8%) (edad media, 45,2 años; 70,3% mujeres) y 737 médicos (89,2%) (edad media, 35,5 años; 72,9% mujeres) completaron el ensayo. La duración media diaria de las visitas fue significativamente mayor con las visitas flexibles (4,8 frente a 1,4 horas; diferencia ajustada, 3,4 horas [IC del 95%, 2,8 a 3,9]; $P < 0,001$ ). La incidencia de delirio durante la estancia en la UCI no fue significativamente diferente entre las visitas flexibles y restringidas (18,9% frente a 20,1%; diferencia ajustada, -1,7% [IC del 95%, -6,1% a 2,7%]; $P = 0,44$ ). Resultados secundarios, 6 no difirieron significativamente entre las visitas flexibles y restringidas, incluidas las infecciones adquiridas en la UCI (3,7% frente a 4,5%; diferencia ajustada, -0,8% [IC del 95%, -2,1% a 1,0%]; $p = 0,38$ ) y agotamiento del personal (22,0% frente a 24,8%; diferencia ajustada, -3,8% [IC del 95%, -4,8% a 12,5%]; $p = 0,36$ ). Para los miembros de la familia, mediana de ansiedad (6,0 frente a 7,0; diferencia ajustada, -1,6 [IC del 95%, -2,3 a -0,9]; $p < 0,001$ ) y puntuaciones de depresión (4,0 frente a 5,0; diferencia ajustada, -1,2 [IC del 95%, -2,0 a -0,4]; $P = 0,003$ ) fueron significativamente mejores con las visitas flexibles.	Entre los pacientes en la UCI, una política flexible de visitas familiares, frente a las horas de visita restringidas estándar, no redujo significativamente la incidencia de delirio.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles pues dan a conocer los beneficios de la visita respecto a delirium	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si son aplicables con previa organización del ambiente y preparación del personal de salud	Si es aplicable
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Las juntas de revisión institucional de todos los centros participantes aprobaron el estudio. Se utilizó un proceso de consentimiento mixto. A nivel de grupo, el jefe de la UCI y el director del hospital dieron su consentimiento por escrito para el protocolo del estudio. Entre los pacientes, la necesidad de un consentimiento informado por escrito se eliminó en 33 UCI.	Si es seguro

¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	<p>Ensayo clínico aleatorizado cruzado por grupos en el que participaron pacientes, familiares y médicos de 36 UCI para adultos con horas de visita restringidas (&lt;4,5 horas por día) en Brasil. Los participantes fueron reclutados desde abril de 2017 hasta junio de 2018, con seguimiento hasta julio de 2018.</p> <p>Visitas flexibles (hasta 12 horas por día) respaldadas por educación familiar (n = 837 pacientes, 652 familiares y 435 médicos) o visitas restringidas habituales (mediana, 1,5 horas por día; n = 848 pacientes, 643 familiares y 391 médicos). Diecinueve UCI comenzaron con visitas flexibles y 17 comenzaron con visitas restringidas.</p>	
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

<b>5.-Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster-randomised, crossover trial (The ICU Visits Study)</b>		
<b>Ensayo clínico aleatorizado 2018</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	✓ Estudio no concluido	✓ No se tienen aún conclusiones
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	✓ No son útiles, pues el estudio no ha concluido	✓ No Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	✓ El estudio no ha concluido	✓ No aplicable aún
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	✓ El protocolo del estudio ha sido aprobado por el comité de ética en investigación de todas las instituciones participantes.	✓ Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	✓ Se llevará a cabo un ensayo cruzado y aleatorizado por grupos en el que participarán pacientes adultos de la UCI, familiares y profesionales de la UCI. Cuarenta UCI brasileñas médico-quirúrgicas con RFVM (<4.5 horas / día) serán asignadas aleatoriamente a un grupo de RFVM (visitas de acuerdo con las políticas locales) o FFVM (visitas durante 12 horas consecutivas por día) en una proporción de 1: 1.	✓ Son válidos, pero la investigación no ha concluido
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

## 6.-Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis

### Revisión Sistemática y Metaanálisis 2018

Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	De los 16 estudios identificados para su inclusión, siete fueron metanalizados. La mayoría de los estudios se calificaron como de riesgo moderado de sesgo. Entre los pacientes, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una menor frecuencia de delirio (razón de posibilidades, 0,39; IC del 95%, 0,22 a 0,69; I <sup>2</sup> = 0%) y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad (diferencia de medias, -2,20; IC del 95%, -3,80 a -0,61; I <sup>2</sup> = 71%). Las políticas de visitas flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI (razón de posibilidades, 0,71; IC del 95%, 0,38-1,36; I <sup>2</sup> = 86%), infecciones adquiridas en la UCI (razón de posibilidades, 0,98; IC del 95%, 0,68-1,42; I <sup>2</sup> = 11%), o estancia en UCI más prolongada (diferencia media, -0,26 d; IC del 95%, -0,57 a 0,05; I <sup>2</sup> = 54%). Entre los miembros de la familia, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una mayor satisfacción. Entre los profesionales de la UCI, las políticas de visitas flexibles se asociaron con niveles más altos de agotamiento.	Los horarios de visita flexibles de la UCI tienen el potencial de reducir los síntomas del delirio y la ansiedad entre los pacientes y mejorar la satisfacción de los miembros de la familia. Sin embargo, pueden estar asociados con un mayor riesgo de agotamiento entre los profesionales de la UCI. Estas conclusiones se basan en pocos estudios, con muestras pequeñas y riesgo de sesgo moderado.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Si son útiles pues dan respuesta a la pregunta formulada	✓ Si Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si puede aplicarse con preparación del personal de salud, además algunas de estas prácticas se vienen realizando en nuestra realidad	✓ Puede aplicarse
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El riesgo de sesgo en los ensayos aleatorios se evaluó mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo en los ensayos aleatorios. El riesgo de sesgo se calificó como "bajo", "poco claro" o "alto" en los siguientes dominios: generación de la secuencia de asignación aleatoria; ocultación de la asignación; cegamiento de participantes, profesionales de la salud y evaluadores de resultados; datos de resultado incompletos; informe selectivo de resultados; otras fuentes de sesgo; y riesgo general de sesgo.	✓ Sí.

<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</p>	<p>Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos de Medline (a través de PubMed), Scopus y Web of Science.</p> <p>Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: ("visita" O "visita") Y ("cuidados Críticos" O "cuidados intensivos"). Se utilizó un modelo de efectos aleatorios debido a las diferencias individuales en los estudios con respecto a las muestras y cómo se aplicaron las intervenciones.</p> <p>Las diferencias entre los grupos se expresaron como odds ratio (OR) para las variables categóricas y como diferencia de medias (DM) para las variables continuas, ambas con IC del 95%. El grupo de referencia para el análisis de estas diferencias fue la "política de visitas flexible" para todos los análisis. La heterogeneidad se evaluó mediante la estadística I<sup>2</sup> y se clasificó como baja (&lt;25%), moderada (25-50%) o alta (&gt; 50%).</p> <p>Todos los análisis se realizaron utilizando el software R versión 3.3.3 en R Studio, Versión 1.0.136.</p> <p>Se desarrolló un formulario específico para la extracción de datos. Los siguientes datos fueron extraídos de forma independiente por dos revisores (A.P.N.J., B.A.M.P.B.): país de estudio; año de publicación; diseño del estudio; número de participantes (pacientes, familiares o profesionales de la UCI) incluidos en cada brazo del estudio; descripción de políticas de visitas restrictivas y flexibles; y los resultados antes mencionados. Se estableció contacto con los autores correspondientes de los estudios incluidos por correo electrónico en busca de datos faltantes. Si no se recibió respuesta en 2 semanas, se envió un nuevo correo electrónico. Si aún no hubo respuesta, esos datos se consideraron "faltantes".</p>	<p>Si son válidos.</p>
<p>* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio</p>		

<b>7.- Nurses Beliefs And Attitudes Towards Visiting Policy In The Intensive Care Units Of Ghanaian Hospitals</b>		
<b>Cuantitativo-Descriptivo 2018</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	En general, las enfermeras preferían una política de visitas restringidas en función de sus actitudes, sin embargo, las creencias de las enfermeras sobre la política de visitas eran escépticas (ni estaban de acuerdo ni en desacuerdo). El estudio también mostró una relación significativa entre las creencias de las enfermeras y su sexo ( $p = 0,02$ ), experiencia ( $p = 0,00$ ), nivel educativo ( $P = 0,00$ ), situación laboral ( $p = 0,00$ ) y puesto ejecutivo ( $p = 0,00$ ). También indicó una relación significativa entre las actitudes de las enfermeras y su sexo ( $p = 0,00$ ), experiencia ( $p = 0,00$ ), nivel educativo ( $p = 0,00$ ) y puesto ejecutivo ( $p = 0,00$ ). Se utilizó Chi cuadrado para calcular la prueba.	Con base en los hallazgos, las creencias y actitudes de las enfermeras de la UCI hacia las visitas respaldan la preocupación universal de la política de visitas restringidas en Ghana. Estos son factores esenciales en la implementación de una política de visitas flexible en las unidades de cuidados intensivos; los efectos beneficiosos de la política de visitas abiertas para la enfermera, el paciente y la familia porque mejora la atención centrada en el paciente y una salud óptima. Por lo tanto, se recomienda la necesidad de redactar un protocolo y directrices para la política de visitas a las unidades de cuidados intensivos en Ghana. Se recomienda la investigación cualitativa en áreas específicas de la política de visitas.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles parcialmente, pues no se clarifica el beneficio de la visita para evitar el delirium	Resuelve el problema parcialmente.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Aplicables bajo ciertas circunstancias	✓ Puedo aplicarlo bajo ciertas condiciones.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La aprobación ética para realizar el estudio se obtuvo de la unidad de investigación y planificación del Hospital Docente Tamale, Hospital Docente Komfo Anokye, Hospital Regional Bolgatanga, el Hospital General de Tema y la Universidad de Ética en Ciencias Médicas de Teherán y la junta de revisión institucional. Se obtuvo el consentimiento informado individual por escrito de todos los participantes de enfermería. Se explicó a los participantes la confidencialidad y el anonimato.	✓ Sí.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Se realizó una encuesta cuantitativa descriptiva transversal en 4 hospitales públicos de Ghana, con una muestra de 140 enfermeras. Los datos se recopilaron con una escala validada, BAVIQ, para evaluar las creencias y actitudes de las enfermeras hacia las visitas.	✓ Si son válidos.
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

<b>8° How intensive care patients' family members can play a more active role</b>		
<b>Cualitativo-Teoría Fundada 2019</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	<p>Los familiares de los pacientes buscaron y fomentaron una sensación de seguridad estando presentes para el paciente y ayudándolo a superar el tratamiento de cuidados intensivos.</p> <p>Descubrieron que las habitaciones individuales, los tiempos de espera cortos, los horarios de visita flexibles, la información, la confianza en el personal de salud, la privacidad y un ambiente tranquilo en la unidad les permitía desempeñar un papel activo en el que podían apoyar y proteger a los pacientes.</p> <p>Los miembros de la familia tenían un fuerte deseo de hacer que el paciente y otros familiares se sintieran más seguros en una situación incierta, desconocida, ocupada y desafiante caracterizada por esperanzas y emociones fluctuantes.</p> <p>Durante las visitas, se preocuparon principalmente por apoyar al paciente y protegerlo de sus propias reacciones y temas difíciles de conversación. Las fuertes impresiones y la preocupación por el paciente a veces dificultaban la comprensión de la información importante proporcionada por el personal sanitario.</p>	Los familiares querían contribuir a que los pacientes se sintieran más seguros durante su estancia en cuidados intensivos y sentían que sus esfuerzos eran un recurso importante. Un ambiente tranquilo, la confianza en el personal sanitario y las visitas privadas a los pacientes hicieron posible que éstos apoyaran y cuidaran a los pacientes. Los hallazgos desafían las perspectivas tradicionales sobre los roles de las familias de los pacientes, donde a las familias se les asigna un rol de receptor pasivo como visitante.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Parcialmente, no da respuesta respecto a evitación del delirium por la participación del familiar	✓ Resuelve el problema parcialmente
¿Son aplicables los resultados para la Resolución del problema en tu medio?	Aplicables parcialmente	✓ No puedo aplicarlo.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El estudio fue aprobado por el Comité Regional de Ética en Investigación Médica y Sanitaria (REC) (número de proyecto 2014/1144) y se obtuvo el consentimiento por escrito de los participantes.	✓ Sí.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Un estudio basado en la teoría fundamentada, que incluye entrevistas semiestructuradas con seis miembros de la familia de pacientes de cuidados intensivos. Los datos se analizaron de acuerdo con la teoría fundamentada constructivista (CGT).	✓ Si son válidos.
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

<b>9.-The Impact of Interventions to Improve Sleep on Delirium in the ICU: A Systematic Review and Research Framework*</b>		
<b>Revisión Sistemática 2016</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se identificaron diez estudios para su inclusión en la revisión final; seis de los cuales demostraron una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de delirio en la UCI asociado con la intervención del sueño. Cuatro estudios evaluaron la duración del delirio; de los cuales, tres informaron una duración más corta del delirio con la intervención del sueño. Dos estudios asociaron la intervención del sueño con una reducción de la duración de la estancia en la UCI. Con respecto a la evaluación de la calidad y el riesgo de sesgo, solo un estudio se evaluó como sólido. Múltiples factores de confusión identificados y la evaluación cualitativa significativa de la heterogeneidad limitan tanto las conclusiones que se pueden extraer de estos hallazgos como la combinación cuantitativa de datos.	Aunque las intervenciones del sueño parecen ser un enfoque prometedor para mejorar los resultados relacionados con el delirio, los estudios están limitados por cuestiones de sesgo, metodologías variables y múltiples factores de confusión, lo que hace que la base de pruebas para esta conclusión sea limitada en el mejor de los casos. Los estudios futuros se beneficiarían de un enfoque sistemático para estudiar el vínculo entre la intervención del sueño y los resultados relacionados con el delirio, que se describe en el contexto de la revisión de la literatura existente.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles pues demuestra que incuestionable que la atención más global del paciente de cuidados intensivos, requiere de la atención de sus necesidades afectivas y sociales, por lo tanto, la presencia más activa de la familia en sus cuidados	✓ Resuelve el problema parcialmente.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables, porque la muestra los factores	✓ No puedo aplicarlo.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Dos revisores evaluaron de forma independiente la calidad del estudio y el riesgo de sesgo mediante la herramienta validada de evaluación de la calidad del Proyecto de Práctica de Salud Pública Efectiva (25). Los revisores calificaron cada estudio con respecto al sesgo de selección, el diseño del estudio, los factores de confusión, el cegamiento, los métodos de recopilación de datos y los retiros y abandonos. Con base en las puntuaciones de estos diversos componentes, a cada estudio se le asignó una calidad metodológica general de fuerte, moderado o débil. Cualquier desacuerdo entre los revisores se resolvió con discusión y aportes del tercer revisor si fue necesario.	✓ Si

¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	El procedimiento y la estructura de informes de esta revisión sistemática están en concordancia con las pautas de elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis.	Si son válidos.
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

<b>10.-Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta-analysis</b>		
<b>Revisión Sistemática y meta análisis 2019</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Cinco estudios con 505 participantes publicados durante un período de cinco años fueron adecuados para su inclusión. La evidencia de bajo nivel demostró que la participación de los cuidadores familiares puede reducir la ansiedad del cuidador y el personal del hospital consideró que la administración de la educación a los cuidadores familiares era eficiente. El metanálisis sugirió que las intervenciones familiares reducen la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes con delirio. No está claro si afecta la duración del delirio.	Los cuidadores familiares que brindan intervenciones a pacientes con delirio pueden mejorar los resultados de los pacientes.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	✓ Si son útiles pues da permite establecer algún beneficio de la participación del familiar para mejorar el delirium	✓ Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	✓ Si son aplicables	✓ Si puedo aplicarlo.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	✓ Se evaluó el riesgo de sesgo, ya que se determinó que sólo se incluirían en la revisión los estudios con un riesgo de sesgo bajo. El riesgo de sesgo de los estudios individuales se evaluó mediante la escala PEDro. <sup>14</sup> La escala PEDro es una lista de verificación que evalúa la calidad de los ensayos controlados aleatorios (ECA) de las intervenciones de fisioterapia. Los estudios se calificaron de acuerdo con los criterios de clasificación PEDro donde una puntuación de 6 a 10 indica alta calidad, una puntuación de 4 a 5 indica calidad regular y una puntuación de <3 indica mala calidad. Los dos revisores aplicaron la escala PEDro de forma independiente. Se logró consenso durante este proceso para los cinco estudios incluidos.	✓ Si.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	✓ Se realizó una búsqueda en tres bases de datos (Medline - Ovid, CINAHL y Embase). Los criterios de elegibilidad incluyeron pacientes adultos y la participación de los cuidadores familiares en cualquier intervención de delirio. Los datos se extrajeron de cada estudio (determinados por la escala PEDro) mediante un formulario personalizado. Se realizó un metanálisis que comparó la duración de la estancia hospitalaria y la duración del delirio.	✓ Si son válidos.
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

<b>11.- Association between visitation restriction during the COVID-19 pandemic and delirium incidence among emergency admission patients: a single-center retrospective observational cohort study in Japan</b>		
<b>Estudio de cohorte observacional, retrospectivo y unicéntrico 2020</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Los participantes del estudio fueron 6264 pacientes, mediana de edad de 74 años (5683) y 3303 hombres (52,7%). La incidencia total de delirio en todo el período de investigación fue del 2,5% (158 de 6264 pacientes), comprendiendo el 1,8% (95/5251) antes de la restricción de visitas y el 6,2% (63/1013) después de la restricción de visitas. El AOR para la incidencia de delirio fue de 3,79 (IC del 95%, 2,70–5,31) después de la restricción de visitas versus antes de la restricción de visitas. El análisis de subgrupos no mostró una interacción aparente para la incidencia de delirio.	✓ La restricción de visitas se asoció con una mayor incidencia de delirio en pacientes hospitalizados de emergencia.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	✓ Son útiles porque el estudio informa evidencia que la familia puede contribuir a disminuir la incidencia de delirium en los pacientes	✓ Si resuelve el problema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	✓ Si son aplicables	✓ Si puede aplicarse.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital Kyoto Daini de la Sociedad de la Cruz Roja Japonesa (Id. De aprobación Sp2020–7). El comité de ética renunció al requisito de consentimiento informado debido a la naturaleza anónima de los datos..	✓ Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Este fue un estudio de cohorte observacional, retrospectivo y de un solo centro realizado en un centro terciario de cuidados intensivos en la zona urbana de Kioto, Japón. Se reclutaron pacientes adultos de emergencia hospitalizados entre el 1 de enero de 2019 y el 30 de junio de 2020. En respuesta a la pandemia de COVID-19, el hospital de los autores comenzó la restricción de visitas el 28 de marzo de 2020. Este estudio definió antes de la restricción de visitas desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de marzo de 2020, y después de la restricción de visitas como el 1 de abril de 2020. hasta el 30 de junio de 2020. No restringimos los servicios de emergencia y no hubo cambios en la rutina del hospital, excepto por restricciones de visitas. El resultado primario fue la incidencia de delirio. Se calculó la razón de probabilidades ajustada (AOR) con intervalo de confianza (IC) del 95% para la incidencia de	✓ Si son válidos.

	delirio para comparar los períodos de restricción de visitas antes y después, y se utilizó el modelo logístico para ajustar siete variables: edad, sexo, tipo de sala al ingreso, diagnóstico primario, manejo del ventilador, cirugía de anestesia general y demencia.	
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

<b>12.- Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review</b>		
<b>Revisión Integrativa 2018</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se encontraron un bundle, una directriz, dos revisiones sistemáticas, evidencia 1a, cuatro ensayos clínicos, evidencia 1b y 2b, los demás estudios de cohorte y observacionales. Se presentaron los cuidados multiprofesionales para una mejor comprensión de diagnóstico de delirium, pausa de sedación, movilización temprana, directrices para el dolor, agitación, y delirium, agitación psicomotora, orientación cognitiva, promoción de sueño, ambiente y participación de la familia.	✓ Los cuidados para el delirium son más amplios y poco específicos, determinando su aspecto multifactorial
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	✓ Son útiles porque el estudio informa evidencia sobre la influencia de la familia para disminuir la incidencia de delirium en los pacientes	✓ Si resuelve el problema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	✓ Si son aplicables	✓ Si puede aplicarse.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Este estudio es parte de un proyecto más amplio, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (1,526,221)	✓ Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Se trata de una revisión integradora, realizada en el período del 1 de febrero al 30 de junio de 2016 a través de búsqueda en Pub- Med, Scopus, Web of Science, y CINAHL con descriptores delirium, critical care e intensive care units que finalizó con 17 estudios originales.	✓ Si son válidos.
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

### Parrilla CASPE para evaluar revisiones sistemáticas y meta análisis

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos? Preguntas de eliminación		
1.-	<p><b>¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</b></p> <p>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> </ul> <p>Los resultados ("outcomes") considerados.</p>	<p>El tema está bien delimitado se trató de identificar investigaciones relacionadas con los pacientes, los miembros de la familia y los profesionales de la UCI mediante la comparación de políticas de visitas flexibles y restrictivas en las UCI.</p>
2.-	<p><b>¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</b></p> <p>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.</li> <li>- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.</li> </ul>	<p>Se incluyeron los estudios que cumplieron con los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Estudios que comparan políticas de visitas flexibles versus restrictivas en la UCI;</li> <li>2) Estudios que evalúen al menos uno de los siguientes resultados:               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1) Resultados relacionados con el paciente: mortalidad en la UCI, infecciones adquiridas en la UCI, delirio, duración de la estancia en la UCI, duración de la ventilación mecánica, necesidad de sedantes, ansiedad, depresión y satisfacción;</li> <li>2.2) Resultados relacionados con los miembros de la familia: ansiedad, depresión, trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y satisfacción;</li> <li>2.3) Resultados relacionados con el profesional de la UCI: desgaste, carga de trabajo y satisfacción.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Preguntas detalladas</b>		
3.-	<p><b>¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</b></p> <p>PISTA: Busca</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qué bases de datos bibliográficas se han usado.</li> <li>- Seguimiento de las referencias.</li> <li>- Contacto personal con expertos.</li> <li>- Búsqueda de estudios no publicados.</li> <li>- Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.</li> </ul>	<p>Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos de Medline (a través de PubMed), Scopus y Web of Science. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: ("visitación" O "visitando") Y ("cuidados críticos" O "cuidados intensivos"). Además, se realizaron búsquedas manuales en las listas de referencias de los artículos recuperados y de los archivos personales para detectar otros estudios potencialmente elegibles. No se impusieron restricciones de idioma. La búsqueda incluyó estudios observacionales y aleatorios publicados hasta el 3 de agosto de 2017.</p>
4.-	<p><b>¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</b></p> <p>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</p>	<p>El riesgo de sesgo en los ensayos aleatorios se evaluó mediante la Herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo en ensayos aleatorizados. El riesgo de sesgo se calificó como "bajo", "poco claro" o "alto" en los siguientes dominios: generación de la secuencia de asignación aleatoria; ocultación de la asignación; cegamiento de participantes, profesionales de la salud y evaluadores de resultados; datos de resultado incompletos;</p>

		informe selectivo de resultados; otras fuentes de sesgo; y riesgo general de sesgo. El riesgo de sesgo en los estudios observacionales se evaluó mediante la herramienta Riesgo de sesgo en estudios no aleatorios de intervenciones. El riesgo de sesgo se calificó como "bajo", "moderado", "grave", "crítico" o "sin información" en los siguientes dominios que tienen el potencial de generar sesgo: juicio de confusión, selección de participantes, clasificación de intervenciones, desviaciones de las intervenciones previstas, datos faltantes, medición de los resultados, selección de los resultados informados y riesgo general de sesgo. Los desacuerdos entre los revisores se resolvieron por consenso.
5.-	<p><b>Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</b></p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados de los estudios eran similares entre sí.</li> <li>- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.</li> <li>- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.</li> </ul>	Se utilizó un modelo de efectos aleatorios debido a las diferencias individuales en los estudios con respecto a las muestras y cómo se aplicaron las intervenciones. Las diferencias entre los grupos se expresaron como odds ratio (OR) para las variables categóricas y como diferencia de medias (DM) para las variables continuas, ambas con IC del 95%. El grupo de referencia para el análisis de estas diferencias fue la "política de visitas flexible" para todos los análisis. La heterogeneidad se evaluó mediante la estadística I <sup>2</sup> y se clasificó como baja (<25%), moderada (25-50%) o alta (> 50%). Todos los análisis se realizaron utilizando el software R versión 3.3.3 en R Studio, Versión 1.0.136.
<b>B/ ¿Cuáles son los resultados?</b>		
6.-	<p><b>¿Cuál es el resultado global de la revisión?</b></p> <p>PISTA: Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.</li> <li>- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).</li> <li>- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).</li> </ul>	De los 16 estudios identificados para su inclusión, siete fueron metanalizados. La mayoría de los estudios se calificaron como de riesgo moderado de sesgo. Entre los pacientes, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una menor frecuencia de delirio (razón de posibilidades, 0,39; IC del 95%, 0,22 a 0,69; I <sup>2</sup> = 0%) y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad (diferencia de medias, -2,20; IC del 95%, -3,80 a -0,61; I <sup>2</sup> = 71%). Las políticas de visitas flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI (razón de posibilidades, 0,71; IC del 95%, 0,38-1,36; I <sup>2</sup> = 86%), infecciones adquiridas en la UCI (razón de posibilidades, 0,98; IC del 95%, 0,68-1,42; I <sup>2</sup> = 11%), o estancia en UCI más prolongada (diferencia media, -0,26 d; IC del 95%, -0,57 a 0,05; I <sup>2</sup> = 54%). Entre los miembros de la familia, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una mayor satisfacción. Entre los profesionales de la UCI, las políticas de visitas

		flexibles se asociaron con niveles más altos de desgaste.
7.-	<p><b>¿Cuál es la precisión del resultado/s?</b></p> <p>PISTA: Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</p>	<p>De los 16 estudios identificados para su inclusión, siete fueron metanalizados. La mayoría de los estudios se calificaron como de riesgo moderado de sesgo. Entre los pacientes, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una menor frecuencia de delirio (razón de posibilidades, 0,39; IC del 95%, 0,22 a 0,69; I<sup>2</sup> = 0%) y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad (diferencia de medias, -2,20; IC del 95%, -3,80 a -0,61; I<sup>2</sup> = 71%). Las políticas de visitas flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI (razón de posibilidades, 0,71; IC del 95%, 0,38-1,36; I<sup>2</sup> = 86%), infecciones adquiridas en la UCI (razón de posibilidades, 0,98; IC del 95%, 0,68-1,42; I<sup>2</sup> = 11%), o estancia en UCI más prolongada (diferencia media, -0,26 d; IC del 95%, -0,57 a 0,05; I<sup>2</sup> = 54%).</p>
<b>C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?</b>		
8.-	<p><b>¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> </ul>	<p>Son aplicables parcialmente, dadas las restricciones que existen para la visita en las UCIs</p>
9.-	<p><b>¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</b></p>	<p>De los 16 estudios identificados para su inclusión, siete fueron metanalizados. La mayoría de los estudios se calificaron como de riesgo moderado de sesgo. Entre los pacientes, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una menor frecuencia de delirio (razón de posibilidades, 0,39; IC del 95%, 0,22 a 0,69; I<sup>2</sup> = 0%) y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad (diferencia de medias, -2,20; IC del 95%, -3,80 a -0,61; I<sup>2</sup> = 71%). Las políticas de visitas flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI (razón de posibilidades, 0,71; IC del 95%, 0,38-1,36; I<sup>2</sup> = 86%), infecciones adquiridas en la UCI (razón de posibilidades, 0,98; IC del 95%, 0,68-1,42; I<sup>2</sup> = 11%), o estancia en UCI más prolongada (diferencia media, -0,26 d; IC del 95%, -0,57 a 0,05; I<sup>2</sup> = 54%).</p> <p>Se desarrolló un formulario específico para la extracción de datos. Los siguientes datos fueron extraídos de forma independiente por dos revisores (A.P.N.J., B.A.M.P.B.): país de estudio; año de publicación; diseño del estudio; número de participantes (pacientes, familiares o profesionales de la UCI) incluidos en cada brazo</p>

		del estudio; descripción de políticas de visitas restrictivas y flexibles; y los resultados antes mencionados. Se estableció contacto con los autores correspondientes de los estudios incluidos por correo electrónico en busca de datos faltantes. Si no se recibió respuesta en 2 semanas, se envió un nuevo correo electrónico. Si aún no hubo respuesta, esos datos se consideraron "faltantes".
<b>10.-</b>	<b>¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</b> Aunqueno esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?	Debería intentarse poner en práctica la visita flexible tomando en cuenta precauciones universales considerando los beneficios para la familia y el paciente.

<p><b>Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis</b></p> <p>Antonio Paulo Nassar Junior, PhD1; Bruno Adler Maccagnan Pinheiro Besen, MD2,3; Caroline Cabral Robinson, PhD4; Maicon Falavigna, PhD5; Cassiano Teixeira, PhD6; Regis Goulart Rosa, PhD6</p>	<p><b>Políticas de visitas flexibles versus restrictivas en las UCI: una revisión sistemática y un metaanálisis</b></p> <p>Antonio Paulo Nassar Junior, PhD1; Bruno Adler Maccagnan Pinheiro Besen, MD2,3; Caroline Cabral Robinson, PhD4; Maicon Falavigna, PhD5; Cassiano Teixeira, PhD6; Regis Goulart Rosa, PhD6</p>
<p>Objectives: To synthesize data on outcomes related to patients, family members, and ICU professionals by comparing flexible versus restrictive visiting policies in ICUs.</p> <p>Data Sources: Medline, Scopus, and Web of Science. Study Selection: Observational and randomized studies comparing flexible versus restrictive visiting policies in the ICU and evaluating at least one patient-, family member-, or ICU staff-related outcome. Data Extraction: Duplicate independent review and data abstraction.</p> <p>Data Synthesis: Of 16 studies identified for inclusion, seven were meta-analyzed. Most studies were rated as having a moderate risk of bias. Among patients, flexible visiting policies were associated with reduced frequency of delirium (odds ratio, 0.39; 95% CI, 0.22–0.69; I<sup>2</sup> = 0%) and lower severity of anxiety symptoms (mean difference, –2.20; 95% CI, –3.80 to –0.61; I<sup>2</sup> = 71%). Flexible visiting policies were not associated with increased risk of ICU mortality (odds ratio, 0.71; 95% CI, 0.38–1.36; I<sup>2</sup> = 86%), ICU-acquired infections (odds ratio, 0.98; 95% CI, 0.68–1.42; I<sup>2</sup> = 11%), or longer ICU stay (mean difference, –0.26 d; 95% CI, –0.57 to 0.05; I<sup>2</sup> = 54%). Among family members, flexible visiting policies were associated with greater satisfaction.</p> <p>Among ICU professionals, flexible visiting policies were associated with higher burnout levels.</p> <p>Conclusions: Flexible ICU visiting hours have the potential to reduce delirium and anxiety symptoms among patients and to improve family members' satisfaction.</p>	<p>Objetivos: Sintetizar datos sobre los resultados relacionados con los pacientes, los miembros de la familia y los profesionales de la UCI mediante la comparación de políticas de visitas flexibles y restrictivas en las UCI.</p> <p>Fuentes de datos: Medline, Scopus y Web of Science. Selección de estudios: estudios observacionales y aleatorizados que comparan políticas de visitas flexibles versus restrictivas en la UCI y que evalúan al menos un resultado relacionado con el paciente, un miembro de la familia o el personal de la UCI. Extracción de datos: revisión independiente duplicada y abstracción de datos.</p> <p>Síntesis de datos: De los 16 estudios identificados para su inclusión, siete fueron metanalizados. La mayoría de los estudios se calificaron como de riesgo moderado de sesgo. Entre los pacientes, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una menor frecuencia de delirio (razón de posibilidades, 0,39; IC del 95%, 0,22 a 0,69; I<sup>2</sup> = 0%) y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad (diferencia de medias, -2,20; IC del 95%, –3,80 a –0,61; I<sup>2</sup> = 71%). Las políticas de visitas flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI (razón de posibilidades, 0,71; IC del 95%, 0,38-1,36; I<sup>2</sup> = 86%), infecciones adquiridas en la UCI (razón de posibilidades, 0,98; IC del 95%, 0,68-1,42; I<sup>2</sup> = 11%), o estancia en UCI más prolongada (diferencia media, –0,26 d; IC del 95%, –0,57 a 0,05; I<sup>2</sup> = 54%). Entre los miembros de la familia, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una mayor satisfacción. Entre los profesionales de la UCI, las políticas de</p>

<p>However, they may be associated with an increased risk of burnout among ICU professionals.</p> <p>These conclusions are based on few studies, with small samples and moderate risk of bias. (Crit Care Med 2018; XX:00–00)</p> <p>Key Words: burnout; critical care; cross infection; delirium; family; professional</p>	<p>visitas flexibles se asociaron con niveles más altos de agotamiento.</p> <p>Conclusiones: Los horarios de visita flexibles de la UCI tienen el potencial de reducir los síntomas de delirio y ansiedad entre los pacientes y mejorar la satisfacción de los miembros de la familia. Sin embargo, pueden estar asociados con un mayor riesgo de agotamiento entre los profesionales de la UCI.</p> <p>Estas conclusiones se basan en pocos estudios, con muestras pequeñas y riesgo de sesgo moderado. (Crit Care Med 2018; XX: 00–00) Palabras clave: agotamiento; Cuidado crítico; infección cruzada; delirio; familia; profesional</p>
<p>Most ICUs worldwide adopt restrictive visiting policies (1–6). The perception that family presence at the ICU may increase the hazards of infection, disorganization of care, and increased ICU staff burnout seems to be the cornerstone for these restrictive visiting models (7). However, the theoretical risks related to flexible ICU visiting hours have not been consistently confirmed by the literature, and experiences of liberalization of ICU visiting hours are becoming increasingly recognized as a means to enhance patient- and family-centered care (8–11). Unfortunately, studies evaluating the impact of distinct ICU visiting policies on patient-, family member-, and ICU professional- related outcomes are scarce, and this evidence gap may constitute a barrier to the implementation of patient- and family-centered interventions at the ICU. Our objective was to systematically review the literature and synthesize the differences in outcomes related to patients, family members, and ICU professionals by comparing flexible versus restrictive ICU visiting policies.</p>	<p>La mayoría de las UCI en todo el mundo adoptan políticas de visitas restrictivas (1–6). La percepción de que la presencia de la familia en la UCI puede aumentar los riesgos de infección, la desorganización de la atención y un mayor desgaste del personal de la UCI parece ser la piedra angular de estos modelos restrictivos de visitas (7). Sin embargo, los riesgos teóricos relacionados con el horario flexible de visitas a la UCI no han sido confirmados consistentemente por la literatura, y las experiencias de liberalización de los horarios de visita a la UCI son cada vez más reconocidas como un medio para mejorar la atención centrada en el paciente y la familia (8-11).</p> <p>Desafortunadamente, los estudios que evalúan el impacto de las distintas políticas de visitas a la UCI en los resultados relacionados con el paciente, el miembro de la familia y el profesional de la UCI son escasos, y esta brecha de evidencia puede constituir una barrera para la implementación de intervenciones centradas en el paciente y la familia en la UCI. .</p> <p>Nuestro objetivo fue revisar sistemáticamente la literatura y sintetizar las diferencias en los resultados relacionados con los pacientes, los miembros de la familia y los profesionales de la UCI mediante la comparación de políticas de visitas a la UCI flexibles versus restrictivas.</p>

<p><b>METHODS</b></p> <p><b>Search Strategy</b></p> <p>A literature search was conducted using Medline (via PubMed), Scopus, and Web of Science databases. The following search terms were used: (“visitation” OR “visiting”) AND (“critical care” OR “intensive care”). Additionally, the reference lists of the retrieved articles and of personal archives were hand searched to detect other potentially eligible studies. No language restrictions were imposed.</p> <p>The search included observational and randomized studies published until August 03, 2017. Titles and abstracts were screened for eligibility, and potentially relevant studies were selected for full-text reading. Eligibility assessment was performed independently by two reviewers. Disagreements between reviewers were resolved by consensus. The study followed the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta- Analysis (12). Our systematic review protocol was registered with the International Register of Systematic Reviews (registration number: CRD42017074153).</p>	<p><b>MÉTODOS</b></p> <p><b>Estrategia de búsqueda</b></p> <p>Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos de Medline (a través de PubMed), Scopus y Web of Science. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: ("visitación" O "visitando") Y ("cuidados críticos" O "cuidados intensivos"). Además, se realizaron búsquedas manuales en las listas de referencias de los artículos recuperados y de los archivos personales para detectar otros estudios potencialmente elegibles. No se impusieron restricciones de idioma. La búsqueda incluyó estudios observacionales y aleatorios publicados hasta el 3 de agosto de 2017. Se examinó la elegibilidad de los títulos y resúmenes y se seleccionaron los estudios potencialmente relevantes para la lectura de texto completo. La evaluación de la elegibilidad fue realizada de forma independiente por dos revisores. Los desacuerdos entre los revisores se resolvieron por consenso. El estudio siguió las recomendaciones de los elementos de informe preferidos para la revisión sistemática y el metanálisis (12). Nuestro protocolo de revisión sistemática se registró en el Registro Internacional de Revisiones Sistemáticas (número de registro: CRD42017074153).</p>
<p><b>Study Selection</b></p> <p>We included the studies that met the following criteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Studies comparing flexible versus restrictive visiting policies in the ICU;</li> <li>2) Studies evaluating at least one of the following outcomes: <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1) Patient-related outcomes: ICU mortality, ICU-acquired infections, delirium, ICU length of stay, length of mechanical ventilation, need for sedatives, anxiety, depression, and satisfaction;</li> <li>2.2) Family member-related outcomes: anxiety, depression, posttraumatic stress disorder (PTSD), and satisfaction;</li> <li>2.3) ICU professional-related outcomes: burnout, workload, and satisfaction.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Extraction</b></p>	<p><b>Selección de estudios</b></p> <p>Se incluyeron los estudios que cumplieron con los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Estudios que comparan políticas de visitas flexibles versus restrictivas en la UCI;</li> <li>2) Estudios que evalúen al menos uno de los siguientes resultados: <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1) Resultados relacionados con el paciente: mortalidad en la UCI, infecciones adquiridas en la UCI, delirio, duración de la estancia en la UCI, duración de la ventilación mecánica, necesidad de sedantes, ansiedad, depresión y satisfacción;</li> <li>2.2) Resultados relacionados con los miembros de la familia: ansiedad, depresión, trastorno de estrés</li> </ol> </li> </ol>

A specific form was developed for data extraction. The following data were extracted independently by two review authors (A.P.N.J., B.A.M.P.B.): country of study; publication year; study design; number of participants (patients, family members, or ICU professionals) included in each study arm; description of restrictive and flexible visiting policies; and the aforementioned outcomes. The corresponding authors of the included studies were contacted via e-mail for missing data. If no reply was received within 2 weeks, a new e-mail was sent. If there was still no reply, those data were considered "missing." Assessment of Risk of Bias

The risk of bias in randomized trials was assessed using the Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials (13). The risk of bias was rated as "low," "unclear," or "high" in the following domains: generation of the random allocation sequence; allocation concealment; blinding of participants, health professionals, and outcome assessors; incomplete outcome data; selective outcome reporting; other sources of bias; and overall risk of bias. The risk of bias in observational studies was assessed using the Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions tool (14). The risk of bias was rated as "low", "moderate", "serious", "critical", or "no information" in the following domains that have the potential to lead to bias: confounding judgment, selection of participants, classification of interventions, deviations from intended interventions, missing data, measurement of outcomes, selection of the reported results, and overall risk of bias.

Disagreements between reviewers were resolved by consensus.

#### Statistical Analysis

A random-effects model was used due to individual differences in the studies regarding the samples and how the interventions were applied. The differences between groups were

postraumático (TEPT) y satisfacción; 2.3) Resultados relacionados con los profesionales de la UCI: agotamiento, carga de trabajo y satisfacción. Extracción de datos Se desarrolló un formulario específico para la extracción de datos. Los siguientes datos fueron extraídos de forma independiente por dos revisores (A.P.N.J., B.A.M.P.B.): país de estudio; año de publicación; diseño del estudio; número de participantes (pacientes, familiares o profesionales de la UCI) incluidos en cada brazo del estudio; descripción de políticas de visitas restrictivas y flexibles; y los resultados antes mencionados. Se estableció contacto con los autores correspondientes de los estudios incluidos por correo electrónico en busca de datos faltantes. Si no se recibió respuesta en 2 semanas, se envió un nuevo correo electrónico. Si aún no hubo respuesta, esos datos se consideraron "faltantes".

#### Evaluación del riesgo de sesgo

El riesgo de sesgo en los ensayos aleatorizados se evaluó mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo en los ensayos aleatorizados (13). El riesgo de sesgo se calificó como "bajo", "poco claro" o "alto" en los siguientes dominios: generación de la secuencia de asignación aleatoria; ocultación de la asignación; cegamiento de participantes, profesionales de la salud y evaluadores de resultados; datos de resultado incompletos; informe selectivo de resultados; otras fuentes de sesgo; y riesgo general de sesgo. El riesgo de sesgo en los estudios observacionales se evaluó mediante la herramienta Riesgo de sesgo en estudios no aleatorios de intervenciones (14). El riesgo de sesgo se calificó como "bajo", "moderado", "Grave", "crítico" o "sin información" en los siguientes dominios que tienen el potencial de generar sesgo: juicio de confusión, selección de participantes, clasificación de intervenciones, desviaciones de las intervenciones previstas, datos faltantes, medición de

<p>expressed as odds ratio (OR) for categorical variables and as mean difference (MD) for continuous variables, both with 95% CIs. The reference group for the analysis of these differences was “flexible visiting policy” for all analyses. Heterogeneity was assessed using the I2 statistic and classified as low (&lt; 25%), moderate (25–50%), or high (&gt; 50%). All analyses were performed using the R version 3.3.3 software in R Studio, Version 1.0.136.</p>	<p>resultados, selección de los resultados informados y el riesgo general de sesgo. Los desacuerdos entre los revisores se resolvieron por consenso.</p> <p><b>Análisis estadístico</b></p> <p>Se utilizó un modelo de efectos aleatorios debido a las diferencias individuales en los estudios con respecto a las muestras y cómo se aplicaron las intervenciones. Las diferencias entre los grupos se expresaron como odds ratio (OR) para las variables categóricas y como diferencia de medias (DM) para las variables continuas, ambas con IC del 95%. El grupo de referencia para el análisis de estas diferencias fue la “política de visitas flexible” para todos los análisis. La heterogeneidad se evaluó mediante la estadística I2 y se clasificó como baja (&lt;25%), moderada (25-50%) o alta (&gt; 50%). Todos los análisis se realizaron utilizando el software R versión 3.3.3 en R Studio, Versión 1.0.136.</p>
<p><b>RESULTS</b></p> <p><b>Study Characteristics</b></p> <p>Of 1,311 records identified through the search strategy, 24 were selected for full-text reading. In five studies, there was no comparison group, and in three studies, none of the outcomes of interest was analyzed. A total of 16 studies were ultimately included in the systematic review (15–30) and seven in the meta-analysis (15, 17–19, 21, 26, 28) (Fig. 1). Supplemental Table 1 (Supplemental Digital Content 1, <a href="http://links.lww.com/CCM/D516">http://links.lww.com/CCM/D516</a>) shows the characteristics of included studies. Ten studies had a before-and-after design, with the introduction of a flexible family visitation model as the intervention. Only two studies were randomized. The definitions of restrictive and flexible visiting policies varied considerably and were often overlapping. The duration of visits ranged from 1 to 9 hours in the restrictive model and from 105 minutes to 24 hours in the flexible model. The largest study divided the visiting policy into less than 2, 2–6, and greater than 6 hours (28),</p>	<p><b>RESULTADOS</b></p> <p><b>Características del estudio</b></p> <p>De 1311 registros identificados mediante la estrategia de búsqueda, se seleccionaron 24 para lectura de texto completo. En cinco estudios, no hubo un grupo de comparación, y en tres estudios, no se analizó ninguno de los resultados de interés. Finalmente, se incluyeron un total de 16 estudios en la revisión sistemática (15-30) y siete en el metanálisis (15, 17-19, 21, 26, 28) (Fig.1). La Tabla complementaria 1 (Contenido digital complementario 1, <a href="http://links.lww.com/CCM/D516">http://links.lww.com/CCM/D516</a>) muestra las características de los estudios incluidos. Diez estudios tenían un diseño de antes y después, con la introducción de un modelo flexible de visitas familiares como intervención. Sólo dos estudios fueron aleatorios. Las definiciones de políticas de visitas restrictivas y flexibles variaron considerablemente y, a menudo, se superpusieron. La duración de las visitas varió de 1 a 9 horas en el modelo restrictivo y de 105 minutos a 24 horas en el modelo flexible. El estudio más grande dividió la</p>

<p>but for analysis purposes, we considered restrictive family visits those lasting less than or equal to 6 hours and flexible family visits those lasting greater than 6 hours. Ten studies evaluated patient-related outcomes; eight studies, family-related outcomes; and five studies, ICU staff– related outcomes.</p> <p><b>Assessment of Risk of Bias</b></p> <p>One randomized trial was rated as having a low risk of bias (19), whereas another trial was rated as having a high risk of bias (17). Most observational studies were rated as having a moderate risk of bias (Supplemental Table 2, Supplemental Digital Content 2, <a href="http://links.lww.com/CCM/D517">http://links.lww.com/CCM/D517</a>).</p> <p>Three studies were published as “Letters to the Editor” (23, 27, 28) and one as a congress abstract (18). One of these studies was a secondary analysis (28) of a previously published study (31), and the assessment of risk of bias was based on the primary research.</p>	<p>política de visitas en menos de 2, 2 a 6 y más de 6 horas (28), pero para fines de análisis, consideramos las visitas familiares restrictivas las que duran menos de 6 horas y las visitas familiares flexibles las que duran más de 6 horas.</p> <p>Diez estudios evaluaron los resultados relacionados con los pacientes; ocho estudios, resultados relacionados con la familia; y cinco estudios, resultados relacionados con el personal de la UCI.</p> <p><b>Evaluación del riesgo de sesgo</b></p> <p>Un ensayo aleatorio se calificó como de bajo riesgo de sesgo (19), mientras que otro ensayo se calificó como de alto riesgo de sesgo (17). La mayoría de los estudios observacionales se calificaron como de riesgo moderado de sesgo (Tabla complementaria 2, Contenido digital complementario 2, <a href="http://links.lww.com/CCM/D517">http://links.lww.com/CCM/D517</a>). Tres estudios fueron publicados como “Cartas al Editor” (23, 27, 28) y uno como resumen de congreso (18). Uno de estos estudios fue un análisis secundario (28) de un estudio previamente publicado (31), y la evaluación del riesgo de sesgo se basó en la investigación primaria.</p>
<p><b>Outcomes</b></p> <p><b>Patient-Related Outcomes.</b> Two studies evaluated the frequency of delirium in a total of 354 patients (17, 26). The flexible visiting policy was associated with a reduced frequency of delirium (OR, 0.39; 95% CI, 0.22–0.69; <math>I^2 = 0\%</math>) (Fig. 2).</p> <p>Symptoms of depression and anxiety were assessed in two studies, conducted by the same research group, using the Hospital Anxiety and Depression Scale in 285 patients (18, 19). Although no difference was observed in depressive symptoms (MD, -1.91; 95% CI, -4.35 to 0.52; <math>I^2 = 89\%</math>) (Supplemental Fig. 1, Supplemental Digital Content 3, <a href="http://links.lww.com/CCM/D518">http://links.lww.com/CCM/D518</a>; legend, Supplemental Digital Content 5, <a href="http://links.lww.com/CCM/D520">http://links.lww.com/CCM/D520</a>), anxiety symptoms were less severe in patients exposed to the flexible visiting policy (MD,</p>	<p><b>Resultados</b></p> <p><b>Resultados relacionados con el paciente.</b> Dos estudios evaluaron la frecuencia del delirio en un total de 354 pacientes (17, 26). La política de visitas flexibles se asoció con una menor frecuencia de delirio (OR, 0,39; IC del 95%, 0,22-0,69; <math>I^2 = 0\%</math>) (fig. 2). Los síntomas de depresión y ansiedad se evaluaron en dos estudios, realizados por el mismo grupo de investigación, utilizando la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria en 285 pacientes (18, 19). Aunque no se observaron diferencias en los síntomas depresivos (DM, -1,91; IC del 95%, - 4,35 a 0,52; <math>I^2 = 89\%</math>) (Figura complementaria 1, Contenido digital complementario 3, <a href="http://links.lww.com/CCM/D518">http:// links.lww.com/ CCM / D518</a>; leyenda, Contenido digital suplementario 5, <a href="http://links.lww.com/CCM/D520">http://links.lww.com/CCM/D520</a>), los</p>

-2.20; 95% CI, -3.80 to -0.61; I<sup>2</sup> = 71%) (Fig. 3).

Three studies evaluated ICU mortality in a total of 60,509 patients (21, 26, 28). There was no difference in mortality related to visiting policies (OR, 0.71; 95% CI, 0.38–1.36; I<sup>2</sup> = 86%) (Fig. 4).

Three studies, with a total of 1,042 patients, evaluated the frequency of ICU-acquired infections (19, 21, 26).

Likewise, there was no difference in the frequency of ICU-acquired infections related to visiting policies (OR, 0.98; 95% CI, 0.68–1.42; I<sup>2</sup> = 11%) (Fig. 5).

ICU length of stay was assessed in four studies (15, 21, 26, 28), with no difference between visiting policies (MD, -0.26 d; 95% CI, -0.57 to 0.05; I<sup>2</sup> = 54%) (Supplemental Fig. 2, Supplemental Digital Content

4, <http://links.lww.com/CCM/D519>; legend, Supplemental Digital Content 5, <http://links.lww.com/CCM/D520>).

Only one study evaluated patient satisfaction with flexible versus restrictive visiting policies (25). A five-point Likert scale was used to interview 20 patients during the restrictive visiting period and 12 patients during the flexible visiting period. The level of satisfaction increased from 3.15 to 4.42 ( $p < 0.005$ ). In two studies, satisfaction assessment included patients and family members (23, 29). In one study, the responses of 34 patients and family members in the restrictive visiting period were compared with those of 32 patients and family members in the flexible visiting period using a four-point Likert scale.

The level of satisfaction had a nonsignificant increase from 3.85 to 3.94 (29). In the other study, of 86 patients and family members interviewed, 51% reported being very satisfied with the restrictive visiting policy. After the introduction of the flexible visiting policy, 91% of 36 patients and family members interviewed reported being very satisfied (23). We found no studies comparing length of mechanical

síntomas de ansiedad fueron menos graves en los pacientes expuestos a la política de visitas flexibles (DM, -2,20; IC del 95%, -3,80 a -0,61; I<sup>2</sup> = 71%) (Fig. 3).

Tres estudios evaluaron la mortalidad en UCI en un total de 60.509 pacientes (21, 26, 28). No hubo diferencia en la mortalidad relacionadas con las políticas de visitas (OR, 0,71; IC del 95%, 0,38-1,36; I<sup>2</sup> =

86%) (Fig. 4). Tres estudios, con un total de 1.042 pacientes, evaluaron la frecuencia de infecciones adquiridas en la UCI (19, 21, 26). Asimismo, no hubo diferencia en la frecuencia de infecciones adquiridas en UCI relacionadas con las políticas de visitas (OR, 0,98; IC del 95%, 0,68–1,42; I<sup>2</sup> = 11%) (Fig. 5).

La duración de la estancia en la UCI se evaluó en cuatro estudios (15, 21, 26, 28), sin diferencias entre las políticas de visitas (DM, -0,26 d; IC del 95%, -0,57 a 0,05; I<sup>2</sup> = 54%) (Fig. 2 complementario, Contenido digital complementario 4, [http : //links.lww.com/CCM/D519](http://links.lww.com/CCM/D519); leyenda, Contenido digital suplementario 5, <http://links.lww.com/CCM/D520>).

Solo un estudio evaluó la satisfacción del paciente con políticas de visitas flexibles versus restrictivas (25). Se utilizó una escala Likert de cinco puntos para entrevistar a 20 pacientes durante el período de visitas restrictivas y a 12 pacientes durante el período de visitas flexibles. El nivel de satisfacción aumentó de 3,15 a 4,42 ( $p < 0,005$ ). En dos estudios, la evaluación de la satisfacción incluyó a pacientes y familiares (23, 29). En un estudio, las respuestas de 34 pacientes y familiares en el período de visitas restrictivas se compararon con las de 32 pacientes y familiares en el período de visitas flexibles utilizando una escala Likert de cuatro puntos.

El nivel de satisfacción tuvo un aumento no significativo de 3,85 a 3,94 (29). En el otro estudio, de 86 pacientes y familiares entrevistados, el 51% informó estar muy satisfecho con la política restrictiva de

ventilation or need for sedatives. Family-Related Outcomes. Family satisfaction was evaluated in nine studies, but the use of very different assessment tools across studies precluded a combined data analysis. In eight of these studies, family satisfaction increased with flexible visiting policies (16, 22–25, 27, 29, 30). The following assessment tools were used: the Questionnaires Measuring Satisfaction with Old and New Visitation Policies in two studies, but with different data reporting formats (16, 24); the Family Satisfaction in the ICU survey in one study (22); the Critical Care Family Needs Inventory in one study (27); a specifically designed questionnaire in one study (30); a four-point Likert scale in one study (29); a five-point Likert scale in one study (25); and, in one study, participants were directly asked if they were satisfied (23). One study showed no improvement in family satisfaction using the Critical Care Family Satisfaction Survey (15). As described previously, in two studies, satisfaction assessment included both patients and family members (23, 29). We found no studies assessing depression, anxiety, or PTSD in family members. ICU Staff-Related Outcomes. Only one study assessed burnout syndrome symptoms among ICU professionals. The study showed that higher burnout levels, measured by the Maslach-Jackson Burnout Inventory, increased from 34.5% to 42.6% ( $p = 0.001$ ) after flexible visiting hours were introduced in the ICU. This study also assessed two components of anxiety (state and trait anxiety, which were defined, respectively, as a transient state of tension, apprehension, and increased autonomic symptoms and as individual differences in the response to threatening situations to increased anxiety levels) using the State-Trait Anxiety Inventory (20). Neither State Anxiety scores (37.0 vs 38.3;  $p = 0.10$ ) nor Trait Anxiety scores (37.7 vs 38.7;  $p = 0.29$ ) changed after the implementation of flexible visiting hours. We found no studies assessing depression in ICU professionals. Satisfaction among ICU professionals was evaluated in four studies. Two studies using

visitas. Después de la introducción de la política de visitas flexibles, el 91% de los 36 pacientes y familiares entrevistados informaron estar muy satisfechos (23). No se encontraron estudios que compararan la duración de la ventilación mecánica o la necesidad de sedantes. Resultados relacionados con la familia. La satisfacción familiar se evaluó en nueve estudios, pero el uso de evaluaciones muy diferentes herramientas de todos los estudios impidieron un análisis de datos combinado. En ocho de estos estudios, la satisfacción familiar aumentó con políticas de visitas flexibles (16, 22-25, 27, 29, 30). Se utilizaron las siguientes herramientas de evaluación: los cuestionarios que miden la satisfacción con las políticas de visitas antiguas y nuevas en dos estudios, pero con diferentes formatos de presentación de datos (16, 24); la encuesta de satisfacción familiar en la UCI en un estudio (22); el Inventario de necesidades familiares de cuidados intensivos en un estudio (27); un cuestionario diseñado específicamente en un estudio (30); una escala Likert de cuatro puntos en un estudio (29); una escala Likert de cinco puntos en un estudio (25); y, en un estudio, se preguntó directamente a los participantes si estaban satisfechos (23). Un estudio no mostró ninguna mejora en la satisfacción familiar utilizando la Encuesta de satisfacción familiar en cuidados críticos (15). Como se describió anteriormente, en dos estudios, la evaluación de la satisfacción incluyó tanto a los pacientes como a los miembros de la familia (23, 29). No se encontraron estudios que evaluaran la depresión, la ansiedad o el trastorno de estrés postraumático en miembros de la familia. Resultados relacionados con el personal de la UCI. Solo un estudio evaluó los síntomas del síndrome de burnout entre los profesionales de la UCI. El estudio mostró que los niveles más altos de agotamiento, medidos por el Inventario de agotamiento de Maslach-Jackson, aumentaron del 34,5% al 42,6% ( $p = 0,001$ ) después de que se introdujeran horarios de visita flexibles en la UCI. Este

the Questionnaires Measuring Satisfaction with Old and New Visitation Policies suggested that flexible visiting hours improved satisfaction among ICU professionals (16, 24). However, because the results were reported differently, a combined data analysis was not possible. One study showed a nonsignificant reduction in the favorable opinion of 198 ICU professionals about extended visiting hours (72.7% vs 71.3%;  $p = 0.83$ ). However, satisfaction was lower among nurses than among physicians after the introduction of the flexible visiting policy. Although 87.0% of 69 physicians' opinions were in favor of the new policy, only 62.7% of 126 nurses had a favorable opinion ( $p = 0.001$ ) (20). Another study, using a five-point Likert scale, showed no significant difference in the level of satisfaction of 28 ICU professionals (3.64 points before vs 3.65 points after the introduction of flexible visiting hours) (25). One study evaluated the workload perception of ICU professionals with the different visiting policies. Ten of 29 ICU professionals (35%) perceived the workload to be increased in the restrictive family visitation model, whereas 20 of 42 ICU professionals (48%) reported that workload increased in the flexible family visitation model ( $p=0.33$ ) (27).

estudio también evaluó dos componentes de la ansiedad (ansiedad de estado y rasgo, que se definieron, respectivamente, como un estado transitorio de tensión, aprehensión y aumento de los síntomas autonómicos y como diferencias individuales en la respuesta a situaciones amenazantes a niveles de ansiedad aumentados) utilizando la Inventario de ansiedad estado-rasgo (20). Ni las puntuaciones de ansiedad estatal (37,0 frente a 38,3;  $p = 0,10$ ) ni las puntuaciones de ansiedad característica (37,7 frente a 38,7;  $p = 0,29$ ) cambiaron después de la implementación de horarios de visita flexibles. No se encontraron estudios que evaluaran la depresión en los profesionales de la UCI. La satisfacción entre los profesionales de la UCI se evaluó en cuatro estudios. Dos estudios que utilizaron los cuestionarios que miden la satisfacción con las políticas de visitas antiguas y nuevas sugirieron que los horarios de visita flexibles mejoraron la satisfacción entre los profesionales de la UCI (16, 24). Sin embargo, debido a que los resultados se informaron de manera diferente, no fue posible realizar un análisis de datos combinados. Un estudio mostró una reducción no significativa en la opinión favorable de 198 profesionales de la UCI sobre las horas de visita extendidas (72,7% vs 71,3%;  $p = 0,83$ ). Sin embargo, la satisfacción fue menor entre las enfermeras que entre los médicos después de la introducción de la política de visitas flexibles. Aunque el 87,0% de las 69 opiniones de los médicos estaban a favor de la nueva política, solo el 62,7% de las 126 enfermeras tenían una opinión favorable ( $p = 0,001$ ) (20). Otro estudio, que utilizó una escala Likert de cinco puntos, no mostró diferencias significativas en el nivel de satisfacción de 28 profesionales de la UCI (3,64 puntos antes frente a 3,65 puntos después de la introducción de horarios de visita flexibles) (25). Un estudio evaluó la percepción de la carga de trabajo de los profesionales de UCI con las diferentes políticas de visitas. Diez de los 29

	<p>profesionales de la UCI (35%) percibieron que la carga de trabajo aumentaba en el modelo de visitas familiares restrictivas, mientras que 20 de 42 profesionales de la UCI (48%) informaron que la carga de trabajo aumentó en el modelo de visitas familiares flexibles (<math>p = 0,33</math>) (27) .</p>
<p><b>DISCUSSION</b></p> <p>Our systematic review suggests that flexible visiting hours are associated with a reduced frequency of delirium and lower severity of anxiety symptoms among ICU patients. Flexible visiting hours were not associated with an increased risk of ICU mortality, ICU-acquired infection, or longer ICU stay. Also, most included studies suggest that both patients and family members are more satisfied with a flexible visitation model. Nevertheless, the only study that assessed the impact of flexible visits on the ICU staff showed an increase in ICU professionals' burnout symptoms after the flexible visiting policy was introduced.</p> <p>flexible visits on the ICU staff showed an increase in ICU professionals' burnout symptoms after the flexible visiting policy was introduced.</p> <p>Guidelines (10, 11), editorials (32), and commentaries (7) categorically support the idea of more liberal ICU visiting hours and even advocate the unrestricted presence of family members at the ICU. However, these encouragements are based mainly on the valid "humanization" argument, that is, unrestricted contact between patients and their loved ones in the ICU, rather than on extensive research on the subject. The adoption of flexible visiting hours raises concerns about patient care and staff well-being (33). Furthermore, cultural and structural differences seem to dictate the visitation policy adopted, whether more liberal or more restrictive. Developing (6, 34) countries seem to impose more restrictions on family visitation than developed countries (1, 2, 35). Although the median daily visiting time is greater than 4 hours in France, United Kingdom, and</p>	<p><b>DISCUSIÓN</b></p> <p>Nuestra revisión sistemática sugiere que los horarios de visita flexibles se asocian con una frecuencia reducida de delirio y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad entre los pacientes de la UCI. Los horarios de visita flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI, infección adquirida en la UCI o estadía más prolongada en la UCI. Además, la mayoría de los estudios incluidos sugieren que tanto los pacientes como los miembros de la familia están más satisfechos con un modelo de visitas flexible. Sin embargo, el único estudio que evaluó el impacto de las visitas flexibles en el personal de la UCI mostró un aumento en los síntomas de agotamiento de los profesionales de la UCI después de que se introdujo la política de visitas flexibles.</p> <p>Las pautas (10, 11), editoriales (32) y comentarios (7) apoyan categóricamente la idea de horarios de visita más liberales a la UCI. e incluso abogar por la presencia irrestricta de familiares en la UCI. Sin embargo, estos estímulos se basan principalmente en el argumento válido de la "humanización", es decir, el contacto irrestricto entre los pacientes y sus seres queridos en la UCI, más que en una extensa investigación sobre el tema. La adopción de horarios de visita flexibles genera preocupaciones sobre la atención al paciente y el bienestar del personal (33). Además, las diferencias culturales y estructurales parecen dictar la política de visitas adoptada, ya sea más liberal o más restrictiva. Los países en desarrollo (6, 34) parecen imponer más restricciones a las visitas familiares que los países desarrollados (1, 2, 35). Aunque la</p>

Switzerland (1, 2, 25), in Brazil, most ICUs limit visitation to 1–2 hours per day (6), and in nearly 40% of ICUs in Iran, no visitors are allowed (34). The reduced frequency of delirium is an expected finding when allowing longer contact between patients and family members. A Belgian cohort study involving more than 500 patients had already demonstrated that the absence of visit was associated with a greater than three-fold increased risk of ICU patients developing delirium (36). In this sense, the higher participation of family members in the critical care context is suggested as a manner to improve delirium prevention through better pain control, reduction of the exposure to sedatives, and participation in the reorientation and cognitive stimulation of patients. The lower severity of anxiety symptoms may also be attributed to a comfort effect produced by the presence of family members for longer visiting periods. However, this evidence comes from the analysis of two studies conducted by the same research group (18, 19).

More liberal visiting policies seem to be safe for patients with regard to the risks of ICU mortality, ICU-acquired infection, and ICU length of stay. There was no increase in the frequency of ICU-acquired infections in the combined analysis of data from the three studies that reported on this outcome (19, 21, 26). Interestingly, this was one of the few meta-analysis findings with low heterogeneity. Although no difference was observed in ICU mortality, in the largest included study, units with lower standardized mortality ratios were also those with more liberal visiting policies (27).

mediana del tiempo de visita diaria es superior a 4 horas en Francia, Reino Unido y Suiza (1, 2, 25), en Brasil, la mayoría de las UCI limitan las visitas a 1-2 horas por día (6) y en casi el 40% de las UCI en Irán, no se permiten visitas (34). La frecuencia reducida de delirio es un hallazgo esperado cuando se permite un contacto más prolongado entre los pacientes y los miembros de la familia. Un estudio de cohorte belga en el que participaron más de 500 pacientes ya había demostrado que la ausencia de la visita se asociaba con un riesgo más de tres veces mayor de que los pacientes de la UCI desarrollaran delirio (36). En este sentido, se sugiere la mayor participación de los familiares en el contexto de cuidados críticos como una forma de mejorar la prevención del delirio a través de un mejor control del dolor, reducción de la exposición a sedantes y participación en la reorientación y estimulación cognitiva de los pacientes. La menor gravedad de los síntomas de ansiedad también puede atribuirse a un efecto de comodidad producido por la presencia de miembros de la familia durante períodos de visita más prolongados. Sin embargo, esta evidencia proviene del análisis de dos estudios realizados por el mismo grupo de investigación (18, 19).

Las políticas de visitas más liberales parecen ser seguras para los pacientes con respecto a los riesgos de mortalidad en la UCI, infección adquirida en la UCI y duración de la estancia en la UCI. No hubo un aumento en la frecuencia de infecciones adquiridas en la UCI en el análisis combinado de los datos de los tres estudios que informaron sobre este resultado (19, 21, 26). Curiosamente, esto fue uno de los pocos hallazgos del metanálisis con baja heterogeneidad. Aunque no se observaron diferencias en la mortalidad en la UCI, en el estudio más grande incluido, las unidades con tasas de mortalidad estandarizadas más bajas también fueron aquellas con políticas de

As expected, patients and family members reported greater satisfaction with the possibility of being in contact for a longer time, although a combined analysis of these data was not possible. The negative finding of this review is the increase in burnout symptoms among ICU professionals, especially nurses, observed in the only study that assessed the impact of extended visiting hours on the ICU staff (20). Although these results must be confirmed in distinct scenarios, this finding may confirm the perception of ICU professionals reported in some studies (33, 37, 38) that the extended presence of families in the ICU hinders their work. Organizational changes are usually associated with at least some degree of psychologic distress (39), but this aspect is rarely taken into account by stakeholders when implementing these changes in the hospital setting. Because burnout syndrome among ICU professionals is perceived to be associated with less patient safety (40, 41), the implementation of flexible ICU visiting hours may require the adoption of strategies directed to prevent burnout symptoms among ICU professionals, such as workload reduction, ICU staff training in empathy and communication skills, and visitor education.

The results of this systematic review and meta-analysis should be interpreted with caution. First, despite a comprehensive database search, only a few studies were eligible for inclusion. Probably units that have successfully implemented open visiting policies have taken this achievement for granted and did not assess or did not publish its effects on patients, families, and healthcare professionals. Anyway, our systematic review demonstrated that there is high heterogeneity in visitation policies among ICUs in different countries. The evidence provided by our systematic review is unable to address potential effect modifiers at country level. Second, many of the included studies have methodological limitations. Third, the concept of flexible visiting hours

visitas más liberales (27).

Como era de esperar, los pacientes y familiares informaron una mayor satisfacción con la posibilidad de estar en contacto durante más tiempo, aunque no fue posible un análisis combinado de estos datos. El hallazgo negativo de esta revisión es el aumento de los síntomas de agotamiento entre los profesionales de la UCI, especialmente las enfermeras, observado en el único estudio que evaluó el impacto de las horas de visita extendidas en el personal de la UCI (20). Si bien estos resultados deben ser confirmados en distintos escenarios, este hallazgo puede confirmar la percepción de los profesionales de UCI reportada en algunos estudios (33, 37, 38) de que la presencia prolongada de familias en UCI dificulta su trabajo. Los cambios organizativos suelen estar asociados con al menos algún grado de angustia psicológica (39), pero las partes interesadas rara vez tienen en cuenta este aspecto al implementar estos cambios en el entorno hospitalario. Debido a que se percibe que el síndrome de agotamiento entre los profesionales de la UCI está asociado con una menor seguridad del paciente (40, 41), la implementación de horarios de visita flexibles a la UCI puede requerir la adopción de estrategias dirigidas a prevenir los síntomas de agotamiento entre los profesionales de la UCI, como la reducción de la carga de trabajo, el personal de la UCI formación en empatía y habilidades comunicativas, y educación del visitante.

Los resultados de esta revisión sistemática y metanálisis deben interpretarse con cautela. Primero, a pesar de una búsqueda exhaustiva en la base de datos, solo unos pocos estudios fueron elegibles para su inclusión.

Probablemente las unidades que han implementado con éxito políticas de visitas abiertas han obtenido este logro para subvenciones y no han evaluado o no han publicado sus efectos en los pacientes, las

<p>varies between studies, which may reflect the different moments in which the studies were conducted as well as cultural and organizational aspects. Fourth, only a few data could be analyzed together. The meta analysis was only possible for some patient-related outcomes, and most of the results showed high heterogeneity. The evaluation of family-related outcomes was performed in a rather subjective and heterogeneous manner. Concern about the ICU staff was addressed in a consistent manner in only two studies.</p>	<p>familias y los profesionales sanitarios. De todos modos, nuestra revisión sistemática demostró que existe una alta heterogeneidad en las políticas de visitas entre las UCI de diferentes países. La evidencia proporcionada por nuestra revisión sistemática no puede abordar los modificadores de efectos potenciales a nivel de país. En segundo lugar, muchos de los estudios incluidos tienen limitaciones metodológicas. En tercer lugar, el concepto de horario de visita flexible varía entre estudios, lo que puede reflejar los diferentes momentos en los que se realizaron los estudios, así como aspectos culturales y organizativos. En cuarto lugar, solo se pudieron analizar juntos unos pocos datos. El metanálisis solo fue posible para algunos resultados relacionados con los pacientes, y la mayoría de los resultados mostraron una alta heterogeneidad. La evaluación de los resultados relacionados con la familia se realizó de una manera bastante subjetiva y heterogénea. La preocupación por el personal de la UCI se abordó de manera coherente en sólo dos estudios.</p>
<p><b>CONCLUSIONS</b>  Although flexible family visitation models appear to be beneficial for patients' and family members' outcomes, its possible impact on ICU professionals burnout demand attention and adoption of prevention strategies. Randomized trials aiming to evaluate outcomes involving the three components of the patient-family-staff triad are still needed. Nonetheless, educating health professionals and family members and improving the structure of the work environment are actions required to achieve the potential benefits of flexible family visitation policies.</p> <p><b>ACKNOWLEDGMENTS</b>  We thank the Brazilian Ministry of Health for their support in conducting this systematic review and meta-analysis.</p>	<p><b>CONCLUSIONES</b>  Aunque los modelos flexibles de visitas familiares parecen ser beneficiosos para los resultados de los pacientes y los miembros de la familia, su posible impacto en el agotamiento de los profesionales de la UCI exige atención y la adopción de estrategias de prevención. Aún se necesitan ensayos aleatorios que tengan como objetivo evaluar los resultados que incluyan los tres componentes de la tríada paciente- familia-personal. No obstante, educar a los profesionales de la salud y familiares y mejorar la estructura del ambiente laboral son acciones necesarias para lograr los beneficios potenciales de las políticas flexibles de visitas familiares.</p> <p><b>AGRADECIMIENTOS</b>  Agradecemos al Ministerio de Salud de Brasil por su apoyo en la realización de esta revisión sistemática y metanálisis.</p>