

**Rol del Profesional de Enfermería, en los Cuidados del Paciente Adulto con Síndrome de Desuso, Internado en la Unidad de Cuidado Intensivo.**

**Liseth Daniela Buitrago Bedoya**

**Monografía para optar al título de Especialista en Cuidado de Enfermería al Paciente Adulto en Estado Crítico de Salud**

**Asesora  
Berena Patricia Torres Marín  
Magister en Salud Colectiva**

**Universidad de Antioquia  
Facultad de Enfermería  
Departamento de Posgrado  
Medellín  
2018**

## **Agradecimiento**

La realización de esta monografía fue todo un proceso de aprendizaje personal y profesional, el cual necesito del apoyo y la paciencia de muchas personas para llegar a un feliz término. Por esto agradezco

- A Dios por darme fuerzas para levantarme cada vez que sentía caer y permitirme afrontar cada tristeza y decepción que se presentaba.
- A mi madre por ser mi fuerza interior, por darme ánimos en todo momento, por darme mil opciones, pero nunca la opción de renunciar y sobre todo por confiar ciegamente en que podría lograrlo.
- A mi novio Daniel por la compañía durante todo el proceso, por el apoyo incondicional mostrado, por la paciencia para escucharme hablar siempre del mismo tema, por su particular forma de alentarme a sacar esta monografía adelante, por los regaños, las traspasadas, las ayudas y el tiempo dedicado.
- A mis compañeras de trabajo, a las que siempre tenían una palabra de aliento, a las que siempre preguntaron cómo iba, a las que cubrían mis turnos, a las que escuchaban atentamente sobre mi monografía, a las que me aconsejaron, y especialmente a Karen que supo cada parte de este proceso, que me escucho, aconsejo, apoyo y alentó cada día.
- Agradezco a mi asesora Berena por ser mi guía, por perdonar mi inconstancia, por ayudarme a superar los obstáculos presentados y por su perseverancia para cumplir con lo pactado.

Finalmente gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de esta monografía.

## Tabla de Contenido

Lista de Figuras .....	4
Lista de Tablas .....	5
Resumen.....	6
1. Introducción.....	7
2. Presentación descriptiva del material bibliográfico.....	13
2.1. Documentos Seleccionados .....	13
2.2. Bases de Datos .....	14
2.3. Línea de Tiempo.....	15
2.4. Publicaciones por idioma y países .....	16
2.5. Enfoque metodológico de las publicaciones .....	18
2.6. Clasificación analítica de temáticas de los artículos .....	19
3. Análisis interpretativo de los datos.....	24
3.1 Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI.....	24
3.2 Movilización temprana en UCI favoreciendo la rehabilitación .....	31
3.3 Calidad de vida tras el ingreso a la UCI .....	38
4. Conclusiones.....	50
5. Recomendaciones.....	53
6. Referencia Bibliográfica.....	55
Lista de Anexos .....	60

## Lista de figuras

Figura 1. Bases de datos por número de documentos.....	14
Figura 2. Publicaciones por años.....	16
Figura 3. Idioma por número de publicación Idioma. ....	16
Figura 4. Producción por países. ....	18
Figura 5. Cantidad de textos encontrados por temática. ....	23

## Lista de tablas

Tabla 1. Documentos seleccionados y descartados. ....	13
Tabla 2. Bases de datos porcentajes encontrados. ....	14
Tabla 3. Porcentaje de publicación por años. ....	15
Tabla 4. Idioma por publicación. ....	16
Tabla 5. Producción porcentaje por países. ....	17
Tabla 6. Metodologías de las publicaciones. ....	19
Tabla 7. Clasificación de temáticas y artículos. ....	20
Tabla 8. Temáticas y artículos por año. ....	20
Tabla 9. Temáticas por tema y año. ....	22

## Resumen

El trabajo Rol del Profesional de Enfermería, en los Cuidados del Paciente Adulto con Síndrome de Desuso, Internado en la Unidad de Cuidado Intensivo; es una revisión bibliográfica que busca dar cuenta del papel del profesional de enfermería en el cuidado del paciente adulto internado en la unidad de cuidado intensivo con síndrome de desuso o riesgo de padecerlo, debido a que la mayoría de los pacientes están sometidos a un alto grado de inmovilidad durante un tiempo considerable; constituyendo esta condición un factor de riesgo importante para desarrollar este síndrome. La importancia de generar conocimiento relacionado con el síndrome de desuso, radica en el impacto que tiene la movilización temprana en la disminución de la estancia hospitalaria, el requerimiento de soporte ventilatorio, la rehabilitación física, la reintegración a la vida social y la calidad de vida pos UCI.

**Palabras claves:** síndrome de desuso, inmovilidad, cuidado de enfermería, unidad de cuidados intensivos, adulto.

## Introducción

Durante décadas se ha utilizado el reposo en cama como una medida para favorecer la recuperación de los pacientes que se encuentran en grave estado de salud y que por sus patologías deben ser ingresados a la unidad de cuidado intensivo (UCI), sin embargo el reposo en sí mismo no es el que favorece dicha recuperación.

En los últimos años varios autores se han dedicado a investigar sobre el tema, llegando en varias ocasiones a concluir que esta medida genera un deterioro generalizado en los sistemas del cuerpo, debido a que se presenta un fenómeno de desacondicionamiento físico en todo el organismo, comúnmente llamado síndrome de desuso.

De acuerdo a Cardona et al. (2014) este se define como el deterioro metabólico y sistémico del organismo, causado por el reposo, el desuso y la inmovilidad prolongada e inevitable, dichos fenómenos generan limitaciones, deficiencias y discapacidades, que pueden extenderse más allá de la estadía en UCI.

Debido a que esta situación se vive a diario en las unidades de cuidado intensivo y que además se observa que existe un gran vacío en el conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados para evitar la aparición y progresión de este síndrome, se decide realizar una revisión bibliográfica sobre el tema, con la metodología del Estado del Arte.

El estado del arte Vargas y Calvo (1987) lo definen como un estudio analítico del conocimiento acumulado que hace parte de la investigación documental (la cual se basa en el análisis de documentos escritos) y que tiene como objetivo inventariar y sistematizar la producción en un área del conocimiento; para llevar a cabo este tipo de estudio se definió realizar la búsqueda del material bibliográfico en 9 bases de datos: Lilacs, Scielo, ScienceDirect, Ebsco, OPAC, Medline, PubMed, Clinicakey y Redalyc; y que además se incluirían los libros que sean referenciados en la literatura revisada y también se tendrán presentes Modelos y Teorías de Enfermería que trabajan sobre el síndrome del desuso.

La revisión del material se hizo en tres idiomas Español, Inglés y Portugués, durante un periodo de tiempo definido entre los años 2004 y 2017, con los siguientes criterios de búsqueda: síndrome de desuso, adulto, unidad de cuidados intensivos y cuidado de enfermería, cruzados entre sí (Disuse síndrome, Immobility síndrome, adult, intensive care unit, nursing care, unidade de terapia intensiva, síndrome de inmovilidade, cuidados de enfermagem).

Se planteó como objetivo general, analizar comprensivamente la producción científica sobre el rol del profesional de enfermería en relación con los cuidados del síndrome de desuso en pacientes internados en las unidades de cuidado intensivo, que haya sido elaborada durante el periodo de 2004 a 2017; además se plantearon unos específicos en los que se pretendía analizar las problemáticas asociadas al síndrome de desuso, en los pacientes que se encontraban internados en la unidad de cuidado intensivo y que se definieran en la literatura revisada

De igual manera se planteaba clasificar las rutas de acción e intervención de cuidado en enfermería que se encontrarán propuestas en la literatura sobre el síndrome de desuso; todo esto relacionándolo con las perspectivas teóricas encontradas en los artículos buscando que el personal de Enfermería desarrolle planes y acciones específicas de cuidado para prevenir las complicaciones asociadas a la inmovilidad y reconozca la importancia de trabajar en terapias acordes a las necesidades de cada paciente.

Una vez se tuvo el material clasificado se procedió a realizar el análisis, el cual se realizó mediante fichas bibliográficas, una para cada artículo, en donde se depuraba el texto de una manera coherente y amigable, de manera que la persona que la leyese obtuviera la mayor idea del texto completo; al tener las fichas bibliográficas listas, se trasladó parte de esta información a una matriz bibliográfica, en donde se mostraba toda la información de los textos de una manera más depurada, pero más sencilla de visualizar para el siguiente paso, que fue definir las temáticas. De los 60 documentos encontrados se delimitaron 3 grandes temáticas: desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI, movilización temprana en la UCI y favoreciendo la rehabilitación y calidad



de vida tras el ingreso a UCI; de las cuales se presenta a continuación una descripción de los hallazgos y una discusión desde el área de enfermería.

Para la realización de esta monografía se tuvieron presentes criterios de rigor como la credibilidad, entendida como la rigurosidad con la que se buscó, almacenó y analizó e interpretó el material, esto permite a otros profesionales o personas interesadas en la temática verificar si los resultados y la interpretación del material revisado dan cuenta de lo expuesto por los autores y permiten una comprensión y alcances de la temática (Castillo y Vásquez, 2003); Auditabilidad o Confirmabilidad que permita a otros investigadores seguir el paso a paso del trabajo realizado y se examinen los datos puedan llegar a conclusiones iguales o similares a las que dejamos plasmadas en el informe, siempre que sigan perspectivas similares (Castillo y Vásquez, 2003); Relevancia que permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y da cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiando (Noreña et al., 2012); Difusión, para la cual se tendrán en cuenta dos enfoques empleados para difundir y aplicar los resultados de la investigación, en primer lugar, el enfoque dirigido a la academia, cuyo objetivo es transmitir los conocimientos desde y para la utilización de los grupos académicos; en segundo lugar, un enfoque centrado en la transferencia, traducción e impacto de los resultados para la elaboración y fortalecimiento del cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo, para las personas, familias y comunidad en general.

En cuanto a los resguardos éticos se siguió la Ley 23 de 1982 y la Ley 1403 de 2010, las cuales tienen en cuenta el reconocimiento de los derechos de autor sobre las obras individuales que se revisaron en el transcurso de la búsqueda bibliográfica y la posibilidad de tomar citas textuales o parafraseadas, tablas, gráficas y otras ayudas, reconociendo siempre la propiedad intelectual de los autores.

La importancia de generar conocimiento acerca de los cuidados de enfermería en relación con el síndrome de desuso en pacientes internados en unidades de cuidado intensivo, radica en el impacto que tiene la movilización temprana en la

disminución de estancia hospitalaria y requerimiento de soporte ventilatorio, rehabilitación física, reintegración a la vida social y calidad de vida pos UCI; y que por falta de protocolos en las instituciones y poco conocimiento del personal de salud no se están llevando a cabo, o no se realizan de forma correcta y oportuna; por lo cual es imprescindible generar conocimiento o redefinir el ya existente, que permita desarrollar acciones que impacten positivamente en los pacientes que son internados en la UCI, y la profesión enfermera pueda recobrar terreno en el área de la rehabilitación, el cual ha venido perdiendo desde hace varios años.

Además es vital tener presente el impacto que este conocimiento puede generar en los pacientes internados en las UCI, que son finalmente la razón principal para llevar a cabo esta revisión; ya que son los principales beneficiados con la creación de guías, protocolos o estrategias para disminuir la incidencia del síndrome de desuso, lo que repercute directamente en su calidad de vida posuci. La familia, también es parte fundamental de la recuperación del paciente, por lo que la importancia de la revisión se extiende hasta el componente familiar, quien es el que a largo plazo, se encarga de la rehabilitación de los pacientes en el hogar.

Para dar cuenta de esto y poder dar una mirada crítica de cómo está enfermería en cuanto a los cuidados de los pacientes con síndrome de desuso por reposo prolongado en las unidades de cuidado intensivo, se realizó una revisión exhaustiva de varios textos que dan cuenta del tema a tratar, es así como inicialmente en el apartado uno encontrarán un análisis descriptivo del tema, en el cual se muestra de una manera narrativa y gráfica el trabajo realizado en cuanto a la búsqueda bibliográfica, en donde se seleccionaron un total de 60 documentos que cumplían los criterios de inclusión previamente descritos, entre los que se encuentran revisiones bibliográficas, tesis de grado, estudio prospectivos, de cohortes, observacionales, los cuales fueron entre otros; producidos en 21 países, siendo los mayores aportantes Colombia, Brasil y Estados Unidos; producciones que se llevaron a cabo en un periodo de tiempo comprendido entre el 2004 al 2017; se incluyeron textos de este periodo con el

fin de recoger los mayores aportes realizados en la actualidad acerca del desacondicionamiento físico y el síndrome de desuso relacionado con los cuidados de enfermería. Se encontró durante el análisis del material bibliográfico, que la mayor producción relacionada con este tema, es generada por profesiones diferentes a enfermería, a pesar de que se menciona que es enfermería quien está a la cabecera del paciente y quien identifica inicialmente los signos y síntomas que hacen sospechar que el paciente está cursando por este síndrome.

Luego de hacer una clasificación exhaustiva de los textos seleccionados, se hace una análisis interpretativo en donde se definen tres temáticas y se analiza el papel del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con síndrome de desuso; el primero es el síndrome de desacondicionamiento físico en sí, generado principalmente por las largas jornadas de inmovilidad a las que son sometidos los pacientes críticamente enfermos, que ingresan a las unidades de cuidado intensivo; en donde se habla sobre las implicaciones que tiene para los pacientes el desarrollar este síndrome, y cómo afecta su recuperación, el papel que tiene el personal de salud ahora no en la prevención sino en la rehabilitación, y qué hacer para evitar secuelas que perduran incluso después del alta de los paciente; el segundo es la movilización precoz de los pacientes en las UCI, la cual está ampliamente recomendada por expertos, pero poco aceptada por el personal que trabaja en la UCI, principalmente por la falta de guías y protocolos que estandaricen el manejo y cuidado de los pacientes con factores de riesgo de desarrollar este síndrome.

La tercera temática es la calidad de vida de los pacientes tras el ingreso a UCI, pues aunque muchos ni recuerden el paso por allí, otros deben vivir con las secuelas que les deja el paso por la unidad, debido al desacondicionamiento muscular que les afectó diferentes sistemas y les genera mayor dificultad en la recuperación y la reintegración a las actividades de la vida diaria, incluyendo otros escenarios y actores de cuidado, como es el hogar y su familia, a quien se les debe dar entrenamiento y recursos para apoyar al paciente en la

recuperación, que debió haber iniciado en la UCI, o para seguir en la rehabilitación que inició en la unidad.

Se concluye que a pesar de la cantidad de los artículos encontrados, es notoria la carencia de investigación por parte de enfermería, la cual se hace necesaria para poder validar la producción científica sobre el síndrome de desuso, y generar un cambio en las unidades, y así implementar protocolos de movilización precoz que permitan disminuir la incidencia del síndrome de desuso en las UCI.

Con la realización de esta monografía quedan preguntas sin resolver sobre la importancia de diseñar y aplicar protocolos de movilización precoz en la UCI; la importancia de la presencia de la familia en la rehabilitación de los pacientes, y la responsabilidad de las facultades de enfermería en la enseñanza y actualización de temas como el desacondicionamiento físico de los pacientes críticos, y el compromiso de incluir en los planes de estudio de las especializaciones en cuidado de enfermería al paciente crítico, temáticas relacionadas con el síndrome de desuso y el cuidado de los pacientes propensos a padecerlo.

Son dudas que quizá alguien se atreva a despejar, por lo cual quedan las recomendaciones y la invitación específica a ampliar la investigación acerca del impacto de la calidad de vida en los pacientes a quienes se les aplica un protocolo de movilización precoz en la UCI, además de demostrar la importancia de la presencia de la familia en la rehabilitación de los pacientes desde que se encuentran internados en la UCI, y la relevancia y la diferenciación que pueda hacer una facultad de enfermería al incluir estas temáticas en sus planes de estudio.

## 2. Presentación descriptiva del material bibliográfico.

Se revisó material bibliográfico en 9 bases de datos: Lilacs, Scielo, ScienceDirect, Ebsco, OPAC, Medline, PubMed, Clinicakey, en tres idiomas español, inglés y portugués, entre los años 2004 y 2017, con los siguientes descriptores de búsqueda: síndrome de desuso, adulto, unidad de cuidados intensivos y cuidado de enfermería cruzados entre sí (Disuse síndrome, Immobility síndrome, adult, intensive care unit, nursing care, unidade de terapia intensiva, síndrome de inmovilidade, cuidados de enfermagem).

### 2.1 Documentos seleccionados

Aunque en principio la idea era encontrar material propio de la profesión enfermera esto tuvo que ser ampliado a otras disciplinas como la fisioterapia y aunque su presencia en las UCI no es permanente, como sí lo son los profesionales de enfermería, estos ya han perdido muchas habilidades en esta área, lo que tienen implicaciones en el cuidado integral.

Se revisaron en total 78 artículos de bases de datos como se muestra en la tabla n°1, los cuales fueron clasificados, descartando 18 por las siguientes razones: 10 textos por que no estaban disponibles de manera gratuita, 3 en los que los pacientes a los que hacía referencia el artículo no eran adultos y 5 textos en los que el escenario en donde se desarrolló la temática, no era la unidad de cuidado intensivo.

**Tabla 1. Documentos Seleccionados y descartados**

Textos revisados y clasificados	78
Textos seleccionados	60
Textos descartados	18

Elaboración de la Autora

## 2.2 Bases de datos

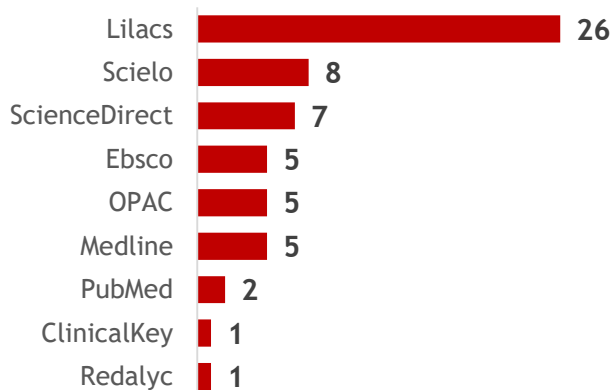
Las bases de datos definidas garantizan que la información que va ser analizada proceda de revistas indexadas, con rigor y validez científica, en la tabla n°2 se muestra el porcentaje encontrado en las bases de datos y en la figura n° 1 por números encontrados, siendo Lilacs la que tuvo el mayor porcentaje con un 43%.

**Tabla 2. Bases de datos porcentaje encontrado**

BD Consultada	Cantidad	% Part
Lilacs	26	43%
Scielo	8	13%
ScienceDirect	7	12%
Ebsco	5	8%
OPAC	5	8%
Medline	5	8%
PubMed	2	3%
ClinicalKey	1	2%
Redalyc	1	2%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Elaboración de la Autora

**Figura 1. Bases de datos número de documentos**



Elaboración de la Autora

### 2.3 Línea de tiempo

La metodología de estado del arte, nos permite construir una línea de tiempo y con ella clasificar el material ya sea por temáticas de interés y en que años de los definidos para el estudio se presenta el mayor número de publicaciones por tema.

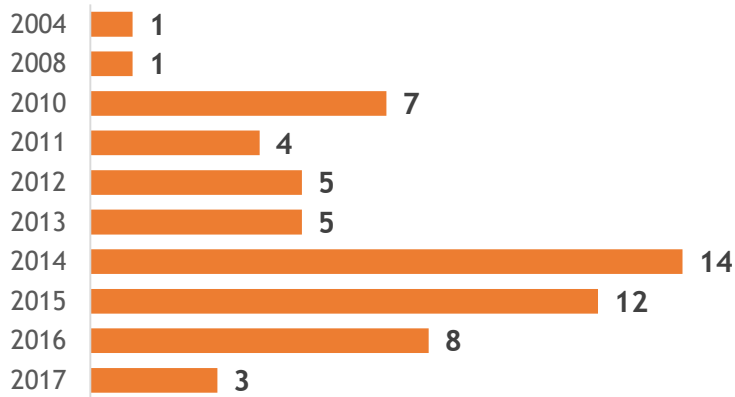
Entre los años 2004 y 2017, se puede observar un gran interés en el tema entre el 2014 y el 2016, en las Tabla n°3 se muestra el porcentaje de publicación por año en la figura n°2 se ve el número de publicaciones por año.

**Tabla 3. Porcentaje de publicación por año**

<b>Año</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% Part</b>
2004	1	2%
2008	1	2%
2010	7	12%
2011	4	7%
2012	5	8%
2013	5	8%
2014	14	23%
2015	12	20%
2016	8	13%
2017	3	5%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Elaboración de la Autora

**Figura 2. Publicaciones por año.**



Elaboración de la Autora

## 2.4 Publicaciones por idioma y países

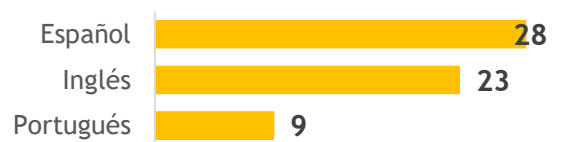
En las Tabla n°4 y en la Figura n°3 se puede observar el porcentaje y volumen por idioma, el predominio es el idioma español, se podría decir que en Latinoamérica y España el tema es de interés aunque el porcentaje y volumen bajo por países como se muestra en la Tabla n°5 y en la Figura n°4 en donde el mayor porcentaje y volumen de productos por país es Brasil. Sin embargo esto también puede explicarse por motivos de acceso, ya que los artículos a los que no se obtuvo acceso y tuvieron que descartarse eran en idioma inglés.

**Tabla 4. Idioma de publicación**

Idioma	Cantidad	% Part
Español	28	47%
Inglés	23	38%
Portugués	9	15%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Elaboración de la Autora

**Figura 3. Idioma por número de publicación**



Elaboración de la Autora

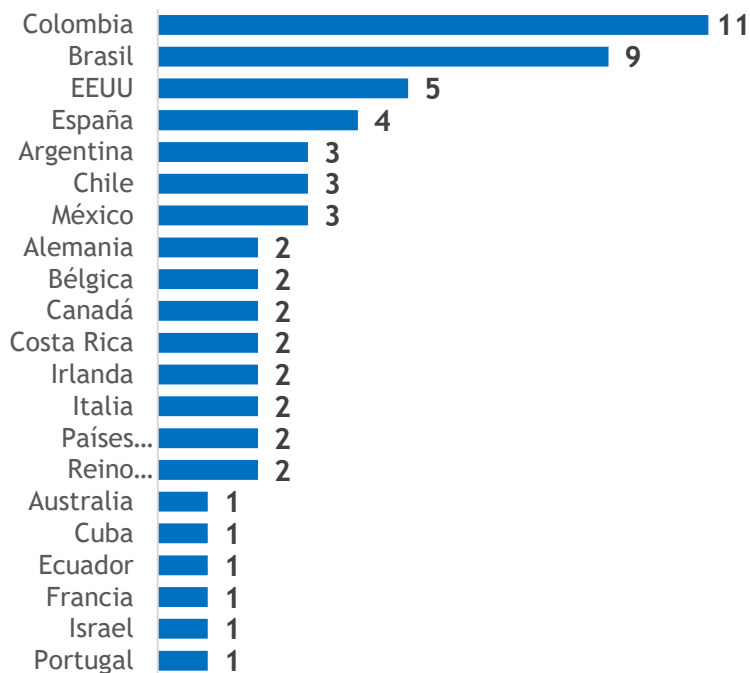


**Tabla 5. Producción porcentaje por países**

<b>País</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% Part</b>
Colombia	11	18%
Brasil	9	15%
EEUU	5	8%
España	4	7%
Argentina	3	5%
Chile	3	5%
México	3	5%
Alemania	2	3%
Bélgica	2	3%
Canadá	2	3%
Costa Rica	2	3%
Irlanda	2	3%
Italia	2	3%
Países bajos	2	3%
Reino Unido	2	3%
Australia	1	2%
Cuba	1	2%
Ecuador	1	2%
Francia	1	2%
Israel	1	2%
Portugal	1	2%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Elaboración de la Autora

**Figura 4. Producción número por países**



Elaboración de la Autora

## **2.5 Enfoque metodológico de las publicaciones**

Por enfoque metodológico se entiende el diseño propuesto para el desarrollo de investigaciones de los que se da cuenta en el artículo. Se encuentra 29 estudios investigativos que desarrollan el paradigma explicativo-deductivo, cuyo objetivo principal consiste en buscar explicar las causas de los fenómenos naturales, corporales y del mundo social, que sean observables, susceptibles de medición, análisis y control experimental. Estos estudios tienen como base la estadística, las pruebas experimentales como herramientas básicas para la demostración de las hipótesis las cuales se anticipan y deben ser contrastadas con los hechos empíricos, bajo condiciones de control minucioso. En la revisión encontramos 7 estudios prospectivos, 7 descriptivos, 1 reportes de casos, 2 retrospectivos, 3 estudios de cohortes, 3 observacionales, 6 ensayos controlados aleatorizados.

También encontramos 5 disertaciones académicas y 26 revisiones bibliográficas tipo estado de la discusión, relacionadas con el desacondicionamiento físico y la debilidad muscular adquirida en la UCI, como se muestra en la tabla nº 6.

No se encuentran estudios de tipo analítico –inductivo, donde se exploren más por los significados y representaciones de los pacientes con relación al síndrome o de los profesionales de las áreas que trabajan en la UCI, esto se considera problemático porque los pacientes y sus familias dependen en este espacio del acompañamiento, cuidado y educación de los profesionales que están al cuidado de los pacientes.

**Tabla 6. Metodologías de las publicaciones**

<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>ARTICULOS</b>
Descriptivo	1,20,27,39,40,45,56
Retrospectivo	22,49
Prospectivo	2,3,14,52,57,58,60
Reporte de Caso	5
Estudio de Cohorte	8,16,21
Observacional	25,39,59
Ensayo Controlado Aleatorizado	23,46,48,54,50,55
Disertación académica	11,18,31,51,53
Revisión Bibliográfica	4,6,7,9,10,12,13,15,17,19,24,26,28,29,30,32,33,34,35,37,38,41,42,43,44,47

Elaboración de la Autora

## **2.6 Clasificación analítica de temáticas de los artículos**

Después de realizar la clasificación del material seleccionado y hacer los análisis a través de las fichas analíticas (Ver Archivo Anexo 1.), se definen tres grandes temáticas, como se muestra en la tabla nº7 con los artículos producto de esta clasificación.

**Tabla 7. Clasificación de temáticas y artículos**

TEMÁTICA	ARTÍCULOS
Movilización temprana en la UCI, favoreciendo la Rehabilitación.	1,2,3,7,12,16,17,19,24,25,30,31,32,33,34,38,40,41,42,43,44,45,49,51,53,55,56,57,58.
Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	4,5,6,8,9,10,11,13,14,15,18,20,22,26,27,28,29,35,36,37,47,54,60.
Calidad de vida tras el ingreso a UCI	21,23,39,46,48,50,52,59.

Elaboración de la Autora

En la tabla 8, tabla 9 y en la figura 5 se puede visualizar el número de artículos clasificados por su ubicación en la matriz, el número de artículos (Ver archivo Anexo 2 Matriz Analítica) por años y las tres temáticas de clasificación analítica.

La temática de movilización temprana para contribuir a la rehabilitación de los pacientes de UCI, es un tema que desde el 2004 se ha empezado a posicionar como una manera de contrarrestar el síndrome de desacondicionamiento, y con ello controvertir el tema también polémico de la sujeción de los pacientes o su alta sedación que terminan generando el síndrome tema central de esta revisión temas todos polémicos en relación a las UCI.

**Tabla 8. Temáticas y artículos por año**

AÑO	TEMÁTICA	ARTÍCULOS
<b>2004</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	32
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	

<b>2008</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	52
<b>2010</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	24,27,38,41,42,57
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	37
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	
<b>2011</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	34,49
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	26
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	50,
<b>2012</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	31,33
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	15
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	48,59
<b>2013</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	2,40, 51, 54
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	8,
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	
<b>2014</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	3, 7, 12, 25, 43, 45, 55, 58
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	4, 6, 9, 10, 35
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	46,

<b>2015</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	44, 53
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	11,13,14,20, 22,29,36,47
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	21, 23
<b>2016</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	1, 16,17,19, 30
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	5, 18
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	39
<b>2017</b>	Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación	28,56
	Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI	60
	Calidad de vida tras el ingreso a UCI	

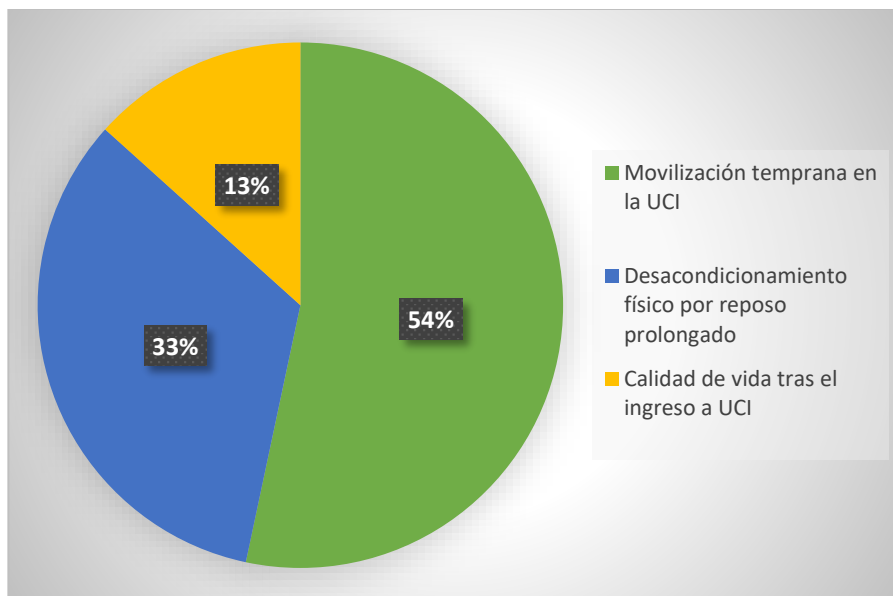
Elaboración de la Autora

**Tabla 9. Temáticas por tema y años**

<b>Año</b>	<b>Movilización temprana en la UCI favoreciendo la Rehabilitación</b>	<b>Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI</b>	<b>Calidad de vida tras el ingreso a UCI</b>
<b>2004</b>	1	0	0
<b>2008</b>	0	0	1
<b>2010</b>	6	1	0
<b>2011</b>	2	1	1
<b>2012</b>	2	1	2
<b>2013</b>	4	1	0
<b>2014</b>	8	5	1
<b>2015</b>	2	8	2
<b>2016</b>	5	2	1
<b>2017</b>	2	1	0
<b>Total</b>	32	20	8

Elaboración de la Autora

**Figura 5. Cantidad de textos encontrados por temática**



Elaboración de la Autora

### **3. Análisis Interpretativo de los datos**

Luego de realizar el análisis descriptivo de la búsqueda del material bibliográfico se observa que existen tres grandes temáticas: desacondicionamiento físico por reposo prolongado en la unidad de cuidado intensivo –UCI-, movilización temprana en la UCI favoreciendo la rehabilitación, y calidad de vida tras el ingreso a UCI, de las cuales se hará un análisis completo separado por apartados en donde se intenta relacionar la temática con el rol de cuidador del enfermero en la unidad de cuidados intensivos, basado en teorías de enfermería que complementan y orientan la profesión.

#### **3.1 Desacondicionamiento físico por reposo prolongado en UCI**

El síndrome de desacondicionamiento físico en el paciente crítico está definido como el deterioro metabólico y sistémico del organismo, causado por el reposo, el desuso y la inmovilidad prolongada e inevitable, dichos fenómenos generan limitaciones, deficiencias y discapacidades, que pueden extenderse más allá de la estadía en UCI (Cristancho,2012), este fenómeno que en ocasiones se vuelve inevitable en las unidades de cuidado intensivo, está generando una mayor preocupación en la actualidad, pues se ha visto que la inmovilización, en lugar de generar bienestar en el paciente, está aumentando la estancia hospitalaria, debido a las complicaciones que se derivan de la inmovilización.

Es evidente que este síndrome se presenta en pacientes con reposo prolongado y se relaciona con alteración del metabolismo celular por la falta de movimiento; actualmente ha crecido el número de artículos que apoyan los beneficios de la movilidad temprana en las unidades de cuidado intensivo; el principal beneficio ha sido la disminución de la morbimortalidad que se ocasiona por este síndrome, el cual se relaciona con el aumento en la estancia hospitalaria, el tiempo de ventilación mecánica, infecciones y mortalidad. Morris y Herridge (2007).



Para Molz (1993) y Hanson (2002), los efectos propios de la inmovilización prolongada, repercuten de manera directa en los diversos sistemas corporales, poniendo en una mayor situación de riesgo al individuo involucrado, siendo esa condición de inmovilización la que genera el llamado síndrome de desacondicionamiento físico, para el cual el personal de salud en ocasiones no se encuentra entrenado, por lo que le teme a movilizar pacientes en estado crítico, ya que se desconocen los efectos que produce dicha movilización.

A pesar de que hace años se ha reconocido la importancia de la movilización temprana, el reposo prolongado en cama sigue siendo practicado en las UCI, debido a que buscaba evitar complicaciones hemodinámicas en los pacientes críticos, a pesar de esto, la evidencia científica ha logrado demostrar lo contrario, es por esto que Glasziou (2001) afirma que el reposo en cama puede tener efectos adversos, que conlleven a que el paciente desarrolle neumonía, trombosis venosa profunda, lesiones cutáneas por decúbito y disminución de la masa ósea y de la fuerza muscular, además de ello Glasziou (2001) también afirma que sin importar cuál ha sido la condición que conlleve a la estancia en cama, no existe evidencia científica que indique que la inmovilización, garantice algo positivo, siendo esto en algunas circunstancias algo contraproducente y perjudicial.

Glasziou (2001), en una revisión que realizó para conocer si era mejor la movilización precoz o el reposo en cama en ciertas condiciones, encontró que se concluía que no hay evidencia para recomendar reposo en cama como tratamiento primario de condiciones médicas o luego de procedimientos médicos o quirúrgicos. Que incluso en algunas circunstancias el reposo podría ser perjudicial, y que la idea que se tiene de que el reposo en cama puede tener efectos adversos era real, y que existe evidencia suficiente como para afirmar que el reposo en cama, o el reposo prolongado en cama, es perjudicial para condiciones tales como dolor lumbar agudo e infarto de miocardio y procedimientos como cirugía de cadera.

En oposición a lo expuesto anteriormente los motivos por los cuáles, aun en las UCI se queden con la visión de que los pacientes en estado crítico de salud se deben encontrar con periodos de reposo prolongados en cama no está claro, ni hay estudios que confirmen las razones para ello, quizá pueda ser falta de entrenamiento, desconocimiento, sobrecarga laboral o falta de estudios concluyentes, lo que ha llevado a mantener esta visión, y esto puede impedir valorar qué pacientes se encuentran hemodinámicamente estables y pueden iniciar procesos ya sea de prevención o rehabilitación, mediante la movilización temprana y sin tener en cuenta que como dice Mondragón (2013) la inmovilización prolongada en UCI constituye un factor de riesgo asociado a complicaciones que afecta los sistemas: cardiopulmonar, neuromuscular osteomuscular y tegumentario, lo que genera una disminución en la capacidad funcional.

Fan, et al., (2009) habla de que se calcula que los pacientes en la UCI pueden llegar a perder un 2% de masa muscular diaria y de un 4-5% de fuerza muscular contráctil a la semana del ingreso, en el quehacer diario vemos que la estancia hospitalaria mínima de los pacientes que ingresan a las UCI es de 72 horas, lo que equivale a que un paciente que dure 3 días en la unidad, está perdiendo aproximadamente el 6% de su masa muscular, esto sumado al 15% de pérdida de su fuerza muscular, esto nos conduce a pensar que es un paciente propenso a padecer debilidad adquirida en la UCI, comúnmente llamada ICU-AW (debilidad adquirida en la UCI), el cual es un síndrome clínico de debilidad muscular generalizada que se desarrolla mientras un paciente está críticamente enfermo, y para el cual no hay otra explicación que no sea la enfermedad crítica en sí misma (Hodgson y Tipping, 2016).

Herridge, et al., (2003) habla de que las consecuencias de esta debilidad adquirida en la UCI (ICU-AW) se manifiestan a largo plazo en profundas discapacidades funcionales y trastornos neurocognitivos que dificultan la realización de actividades de la vida diaria y que pueden persistir incluso hasta 5 años tras el alta hospitalaria; y son muchos los pacientes que se encuentran

sometidos a largos periodos de inmovilización, que son propensos a desarrollar esta debilidad, que como concluyo Hodgson, et al. (2015) con un estudio de cohorte, en donde encontró que la ICU-AW estuvo presente en el 50% de los pacientes que estuvieron ventilados mecánicamente durante más de 48 horas, por lo que esta problemática va en aumento si no se hace algo desde la estancia hospitalaria.

En una UCI es importante que cada integrante del equipo de salud este compaginado con el resto, sepa que función cumple y que se integre armoniosamente con el equipo; para que esto suceda también es importante la implementación de protocolos, en este caso es relevante que existan protocolos en las unidades acerca del manejo del paciente crítico en cuanto a la prevención del síndrome de desacondicionamiento físico y la llamada debilidad adquirida en la UCI, pues ésta es una complicación de causa multifactorial, por lo cual Jonghe, et al. (2009) indican que las intervenciones están dirigidas a la prevención de los factores de riesgo, que en este caso es la inmovilización, por lo cual sería beneficioso la adecuación de protocolos de despertar diario y movilización precoz.

Hermans, et al., (2009) reportan que para la prevención de la ICU-AW, se han propuesto medidas como el tratamiento intensivo de la sepsis con objetivos de resucitación estandarizados, la nutrición precoz, la creación de protocolos de sedación, el control estricto de la glucemia y los programas de fisioterapia y rehabilitación motora precoz, a pesar de esto, Parada, et al., (2015) aseguran que aunque existe un crecimiento en la elaboración de protocolos dirigidos a la prevención de los factores de riesgo y la movilización precoz para intentar reducir la incidencia de ICU-AW, pero aún existe una tendencia de inmovilización y sedación en pacientes en las UCI, lo que contribuye a una mayor degradación muscular, tanto esquelética como respiratoria; sin embargo estas medidas no son absolutamente necesarias, sólo en casos puntuales de inestabilidad hemodinámica, en donde se requiere la menor manipulación posible y el menor gasto metabólico. En concordancia con este aporte, es importante que para la

realización de este tipo de protocolos participe todo el personal de salud de la UCI: intensivista, enfermería, nutrición, psicología, terapia física y respiratoria; para que las acciones a implementar siempre sea en pro del bienestar integral del paciente.

No obstante, Clavero, et al, (2012), hablan de que algunas de las medidas que se han propuesto para disminuir la incidencia de ICU-AW no están exentas de controversia, y que además han generado dificultad en su implementación, ya sea por falta de evidencia o por las dificultades que se presentan al tratar de realizar cambios en las prácticas en relación con la movilidad del paciente en UCI, y más porque es un proceso que requiere contar con el recurso humano suficiente e idóneo; razón por la cual es vital la actualización y capacitación constante, ya que no todo el personal que allí labora posee el conocimiento sobre este síndrome; para Bittner, et al., (2009), aseguran que existen numerosas pruebas diagnósticas, tanto invasivas como no invasivas, que permiten conocer el grado de fuerza muscular de los enfermos en la UCI y que permite anticipar el desarrollo de fenómenos patológicos relacionados con la inmovilidad prolongada.

Teniendo en cuenta las pruebas que existen para el diagnóstico del ICU-AW y los métodos para la evaluación y seguimiento de la pérdida de fuerza muscular de los pacientes en UCI, como la escala Medical Research (MRC) (Anexo 1), Clavero, et al., (2012) realizaron entre noviembre de 2011 y marzo de 2012, un estudio de cohortes analítico, en 2 UCI polivalentes, en donde se seleccionaron 34 pacientes a quienes se les inició un proceso de rehabilitación motora a las 72 horas de estancia en UCI; ese programa de rehabilitación era progresivo y se iba adaptando a la situación clínica del enfermo; fue muy importante esta intervención pues según las condiciones del paciente en cuanto a estabilidad hemodinámica, capacidad respiratoria, nivel de sedación y movilización, y midiéndose la fuerza muscular mediante la escala MRC; con esto querían evaluar la evolución de la fuerza muscular en los pacientes críticos con ventilación mecánica, luego de retirárseles la sedación.

En este estudio se encontró que los pacientes recuperan el mayor grado de fuerza la primera semana tras el despertar, a partir de la segunda semana, la progresión se estabiliza sin llegar a alcanzar la recuperación total de fuerza, es decir que es muy poco probable que la fuerza que se pierde a raíz de los periodos de inmovilización en la UCI se vuelvan a recuperar en un 100%.

Es importante conocer este tipo de estudios, pues dan cuenta de por qué es importante realizar un protocolo de movilización, que es posible realizarlo aun en pacientes que se encuentran críticamente enfermos, pero lo más importante de rescatar de este tipo de estudios, es que estos protocolos deben ser adaptados e individualizados, pues aunque las patologías sean las mismas, la respuesta a los tratamientos y las constantes vitales y respuestas hemodinámicas varían en cada paciente, según su edad, condición física y de salud previa, comorbilidades asociadas y apoyo familiar.

En este punto es importante la participación de enfermería, pues es quien tiene el conocimiento y la potestad de valorar los pacientes de acuerdo a las necesidades individualizadas y aplicarles protocolos de movilización con el fin de prevenir el síndrome de desacondicionamiento físico, y apoyarse en el conocimiento acumulado del cuidado de enfermería en el que se propende por el bienestar integral de personas y familias.

Realizar un protocolo para la prevención del desacondicionamiento físico en pacientes en estado crítico de salud, implica contemplar la capacidad de adaptación de los seres humanos a diversas situaciones, entre ellas a los cambios que se presentan en su parte física como resultado de su proceso de enfermedad, en este sentido, el modelo de adaptación de Callista Roy<sup>1</sup>, el cual se publicó por primera vez en 1970, la autora describe sus experiencias en el

---

<sup>1</sup> El [modelo de adaptación de Roy](#) fue publicado por primera vez en *Nursing Outlook*, en 1970. En este modelo, los seres humanos, son sistemas [holísticos](#) y adaptables. El *entorno* consiste en estímulos internos y externos que rodean al individuo o grupo. La *salud* es contemplada como un estado sano e intacto que conduce a la integridad. La *meta* de la enfermería es promocionar modos de adaptación que apoyen la salud global.

cuidado de niños y de su rápida adaptación a las adversidades.

En el modelo de enfermería propuesto por Roy , se describe a las personas como seres holísticos, los cuales se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás, por esta razón la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar; además es importante tener presente al momento de realizar la valoración, ésta debe hacerse como un todo, desde un modo fisiológico y psicosocial, de esta manera se logra conocer no solo el estado de salud, sino la percepción que se tiene de la situación que está viviendo, cómo es su afrontamiento y las expectativas frente al cuidado de enfermería para promover su adaptación, de esta manera conjunta, se logra establecer las estrategias más efectivas para lograr las metas de enfermería, que siguiendo los lineamientos del modelo propuesto por Roy, sería promover la adaptación, entendida como un estado de bienestar del ser humano.

Al haber analizado los textos que hablan del síndrome de desacondicionamiento físico, se concluye que éste es causado principalmente por la inmovilidad prolongada a la que son sometidos los pacientes críticamente enfermos, inmovilidad que en ocasiones es necesaria debido a la inestabilidad hemodinámica que presentan y es allí donde este síndrome es prácticamente inevitable para los pacientes.

Los largos periodos de inmovilidad a los que se enfrentan los pacientes que son internados en la UCI, siguen siendo una práctica rutinaria aun cuando no está indicada, lo que favorece la aparición del desacondicionamiento, aumentando la estancia hospitalaria y morbimortalidad, pues las consecuencias de la debilidad que se adquiere en la UCI pueden manifestarse por varios años, generando discapacidades funcionales.

Enfermería tiene un papel importante en la prevención y rehabilitación de los pacientes, pues es la profesión que está al cuidado las 24 horas del día, quien

observa cambios, valora el estado de salud, lleva su proceso y además según su formación profesional, está capacitada para educar tanto al paciente como a la familia. Hay que tener presente que este paciente que está adquiriendo un desacondicionamiento físico en la unidad, también está pronto a salir de allí, a seguir su recuperación en casa, sin las condiciones, ni el conocimiento apropiado para ello, lo que repercute en la realización de sus actividades de la vida diaria

Enfermería está, a diferencia de las demás profesiones, 24 horas al día con los pacientes, identificando signos de alarma que indican que el paciente está propenso a desarrollar desacondicionamiento físico, por lo cual es el personal más indicado para crear guías y liderar proyectos relacionados con el cuidado de los pacientes en UCI, en pro de prevenir este desacondicionamiento, pues como dijeron Jonghe, et al., (2009) las intervenciones deben estar dirigidas a prevenir los factores de riesgo y no a tratar las consecuencias derivadas de la falta de atención oportuna.

### **3.2 Movilización temprana en la UCI favoreciendo la rehabilitación**

La unidad de cuidado crítico es según Tomicic (2012) un servicio de alta complejidad, cuyo objetivo es asegurar la sobrevivencia de las personas que se encuentran en estado crítico de salud, por el motivo que fuese y que requieran soporte ventilatorio, vigilancia por inestabilidad hemodinámica o shock, necesidad de monitoreo continuo o el uso de drogas vaso activas. Además define el paciente crítico como aquella persona que necesita del monitoreo y tratamiento intensivo que no puede ser dado por fuera de la unidad, y para quienes generalmente no hay límites en la prolongación de la terapia que reciben, por lo que permanecen allí el tiempo necesario para preservar su vida; razón por la cual los pacientes permanecen por un largo tiempo, en muchas ocasiones sin moverse, ya que debido a la criticidad en que se encuentran los pacientes, son sometidos a periodos prolongados de inmovilización, por tener la percepción de que esta actividad es beneficiosa en la recuperación del paciente.

Kortebein (2009) dice que el paciente críticamente enfermo se encuentra sometido a un alto grado de inmovilización, por un tiempo prolongado, lo que conlleva a desarrollar el síndrome de desacondicionamiento físico, generando una disminución significativa en la capacidad funcional de la persona, y que si a esto se le suma la enfermedad de base, puede llegar a comprometer al paciente en forma multisistémica, por lo que la inmovilización no es lo más beneficioso para estos pacientes. Entendiéndose inmovilización como una restricción o limitación física de las extremidades y del cuerpo para realizar giros, sedestación o deambular; la inmovilización conduce a la reducción de la actividad metabólica y a la disfunción multisistémica (Rosales, 2008).

Es importante conocer y diferenciar los términos, pues a diario en las unidades de cuidado intensivo (UCI) se escucha hablar acerca de la movilización, pero en realidad ¿se sabe a qué hace referencia este concepto?; son varias las definiciones que se encuentran para este término, entre ellas está la que plantea Gosselink, et al, (2008), quienes definen la movilidad como la actividad física suficiente para provocar efectos fisiológicos agudos que mejoren la ventilación, perfusión central y periférica, la circulación, el metabolismo muscular y el estado de alerta; otra definición planteada por Bein, et al. (2015), describe la movilización como las medidas que involucran al paciente, ya sean ejercicios de movimiento pasivo o activos, y que tienen como objetivo promover y/o mantener la movilidad, estas definiciones pueden aplicarse en cualquier ámbito, sin tener que estar relacionadas específicamente con la movilización en las UCI.

El término movilización temprana, es para Hodgson, et al (2013) la aplicación de actividad física en los primeros dos a cinco días de enfermedad crítica; se complementa con Pohlman, et al, (2010) que dicen, que la movilización temprana en la UCI considera las movilizaciones pasivas, activo asistidas, activas y la movilidad funcional de forma segura, oportuna y eficaz, incluso desde el primer día en ventilación mecánica, con drogas vaso activas o con Terapia de Reemplazo Renal Continua (TRRC), lo que significa que es posible realizar



movilización temprana en las UCI, sin que el hecho de que un paciente esté conectado a ventilación mecánica sea una barrera para ello.

No es un capricho querer que los pacientes críticos se movilicen en las UCI, Stiller (2000), dice que la movilización optimiza el transporte de oxígeno, mejorando la capacidad residual funcional, además permite mantener la distribución normal de los líquidos corporales, mejora la función de diferentes órganos y sistemas como el digestivo, el respiratorio y el cardiovascular; lo que permite que el paciente tenga una mayor recuperación de su independencia al momento del alta. Aunque no basta solo con movilizar los pacientes, también hay que saber cuándo, por lo cual es vital tener presente la importancia tiene que la movilización precoz, ya que la pérdida de masa muscular, asociada a la inmovilidad comienza dentro de las primeras 48 horas de estancia, haciéndose mayor en las primeras 2 semanas de estancia en la UCI.

Clavetl (2008) asegura que la estadía en la UCI constituye un importante factor de riesgo para presentar contracturas articulares funcionalmente significativas, esto se debe a que la inmovilidad por periodos mayores a dos semanas, puede generar problemas articulares tan severos que pueden interferir con las actividades de la vida diaria, que incluso pueden prolongarse hasta después del alta; esto sumado a lo dicho por Stiller (2000) sobre los beneficios de la movilización, ratifica años después que la movilización en los pacientes críticos es posible, y puede convertirse en una realidad si el personal de salud se permite cambiar la mentalidad y dejar de ver la inmovilidad como un factor contribuyente a la recuperación de los pacientes. Durante la práctica profesional personal, he percibido que se usa la inmovilidad únicamente hasta lograr la recuperación hemodinámica de los pacientes, y una vez el paciente se encuentra estable, se piensa en movilizar, sin embargo la inestabilidad de los pacientes según la patología, puede alargarse por varios días, lo que predispone al paciente a padecer el síndrome de desuso.

Son varias las barreras que se encuentran en las UCI para realizar una movilización precoz de los pacientes, por ejemplo Hoyer, et al, (2015) dio a conocer que la principal barrera reportada por las enfermeras, era que hacía falta

un equipo multidisciplinario coordinado para la movilización, seguido del grado de gravedad de los pacientes, el potencial aumento de trabajo y la percepción que se mantiene de que los pacientes deben ser sedados para la comodidad del quehacer; visión por cierto errónea, pues la idea de una unidad de cuidados intensivos es brindarle un soporte vital y bienestar al paciente, no el paciente al personal de la UCI.

Needham (2008) habla de que el objetivo final de la rehabilitación para prácticamente todos los pacientes es poder lograr una recuperación funcional, tanto como para ser independientes en las actividades de la vida diaria; objetivo que será difícil de lograr si no ocurre un cambio en el paradigma de la rehabilitación física de los pacientes en el área de cuidados intensivos, en donde se debe plantear planes de intervención multidisciplinaria. Los profesionales de enfermería son quienes deben comenzar a liderar estos proyectos de cambio, realizar planes de cuidado con intervenciones dirigidas a la prevención del desacondicionamiento físico, mediante la movilización temprana, así como también las que están orientadas a la rehabilitación de los pacientes que se encuentran con algún problema derivado de la inmovilización.

Si bien los profesionales de enfermería hace algún tiempo no aparecen de lleno en el campo de la rehabilitación física, debido a que son los fisioterapeutas los que ahora la realizan y tienen competencias específicas en rehabilitación; también es de reconocer que enfermería está en la capacidad de elaborar planes de atención centrados en el bienestar del paciente, que fomenten la misma rehabilitación; Existen tres objetivos básicos en la rehabilitación que son 1. La prevención del empeoramiento; 2. El mantenimiento de las capacidades existentes; y 3 Restaurar el mayor grado de función posible. En los dos primeros objetivos, sin duda deberá estar la profesional de enfermería.

La fisioterapia en Colombia es definida por la Ley 528 de 1999 en su artículo n°1 como una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y

el bienestar del hombre. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social.

La enfermería en Colombia se define en el artículo n°3 de la Ley 266 de 1996 como una profesión liberal y una disciplina de carácter social cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. Que tiene el propósito general de promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Las dos profesiones propenden por el bienestar y la rehabilitación de las personas, lo que significa que en este contexto son profesiones que se complementan, y que si uniesen esfuerzos lograrían grandes cambios en el tema de la movilización precoz de los pacientes en estado crítico.

Es común en la UCI dar altos niveles de sedación para evitar esfuerzos en los pacientes, como señalan Herridge (2003) y Enciso (2016) frecuentemente los pacientes ingresados en la UCI están crítica y agudamente enfermos, por lo que existe la tendencia a limitar la movilización física, enfocando la atención en el soporte vital y el cuidado cardiorrespiratorio y la movilidad es considerada un factor innecesario y peligroso.

Es necesario para cambiar este tipo de pensamiento y práctica como argumentan algunos de los autores, y para ello debe haber una muy buena valoración de la enfermedad o las enfermedades que presentan los pacientes, así como el protocolo o guía aplicada de movilidad temprana, la ejecución de las medidas y su permanente evaluación con un control permanente, para evitar efectos colaterales en los pacientes. Otro elemento importante es que lo que se decida hacer, sea realizado por personas idóneas en el área, que al leer cambios hemodinámicos en el paciente puedan valora si la movilidad ayuda o agravar la condición de los pacientes, porque siempre lo primero será su bienestar y

recuperación; es decir saber hacer una buena valoración de enfermería, el cual es el paso inicial del proceso de atención en enfermería (PAE), pues como parte de este proceso es posible evaluar si las acciones realizadas fueron efectivas o no.

Para controlar la movilización en los pacientes en la UCI, y evitar que se esté generando una sobrecarga no controlada, existen diversas escalas de valoración, una de ellas es una escala análoga visual que le permite al paciente indicar la percepción que tiene en cuanto a la fatiga que está presentando con respecto a alguna actividad que esté realizando, la escala de Borg (Anexo 2), que se define como la cuantificación subjetiva de la sensación de intensidad en términos de fatiga tanto a nivel central (cardiovascular) como a nivel periférico (muscular) al ejecutar una carga determinada del ejercicio, y la escala sirve para poder definir la intensidad de la carga o del ejercicio.(Enciso, 2016).

Conocer escalas y aplicarlas como herramientas en la práctica, nos pueden ayudar a mejorar la calidad de vida, controlando los cambios, valorando la percepción de los pacientes y llevando registros, esto permite sistematizar los seguimientos e intervenciones y controlar y evitar las secuelas que están dejando en algunos paciente su paso por la UCI.

En la ciudad de Bogotá, se aplicó un protocolo de movilización en 3 unidades de cuidado intensivo con 27 pacientes, en donde inicialmente se les midió la fuerza muscular con la escala MRC para establecer la presencia de alguna debilidad muscular y seguido a ello se aplicó el protocolo de actividad física, con intensidad variable, la cual progresaba o disminuía según los resultados obtenidos con la aplicación de la escala de Borg. En este estudio se encontró que no hubo cambios cardiovasculares deletéreos durante los momentos de la aplicación de las cargas, el cambio más significativo fue que la frecuencia cardiaca aumentó en 11 latidos, lo que se considera fisiológico en este tipo de pacientes, es decir que no tiene consecuencias graves para el paciente, sino que es considerado dentro del rango normal. Con esto se podría decir que el eje central de la rehabilitación de los pacientes en estado crítico debe ser el movimiento activo, progresivo ajustado a cada paciente (Enciso, 2016).

Para tener claridad en cuanto a qué tipo de ejercicio se está aplicando, por parte de enfermería o terapia física, es importante diferenciar algunos conceptos, al hablar de movilización pasiva, se hace referencia a las ejecutadas por otra persona al paciente, sin que este último tenga participación en la movilización, ya sea de ayuda o de resistencia. La movilización activa, es cuando los ejercicios son realizados por el propio paciente, haciendo uso de su propia fuerza, sin intervenciones externas y finalmente la movilización activa asistida, es cuando el paciente realiza el movimiento o contracción de alguna parte de su cuerpo, pero hay una ayuda externa, la cual le permite eliminar resistencia ya sea de su propio peso o de la gravedad, con el fin de que el paciente mantenga la contracción activa el mayor tiempo posible. (Velasco, 1999)

Es importante recordar que Virginia Henderson, desarrolló un Modelo Conceptual en 1955, en donde describe que la función de la profesión de enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su recuperación, actividades que llevaría a cabo por sí mismo, si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario; este tipo de planteamiento es aplicable en las UCI, ya que los pacientes generalmente se encuentran en un estado de vulnerabilidad, debido a sus condiciones de salud, requieren del cuidado integral de profesionales de enfermería, que buscará recuperar la independencia del paciente lo más pronto posible y su recuperación.

Seguir investigando y registrando las consecuencias en relación al síndrome del desuso o desacondicionamiento y ver cómo funcionan los protocolos aplicados para la movilidad temprana, permitirá tener mayor evidencia y contribuir en la construcción de conocimiento pero sobre todo en el trabajo integral y holística de la profesión enfermera, partiendo de las necesidades de los pacientes y sus familias con acciones que favorecen su recuperación cuando se encuentra afectada la salud, y no provocar secuelas innecesarias en su paso por la UCI.

En conclusión se sabe que la movilización precoz de los pacientes críticamente enfermos está siendo estudiada durante la última década, y son varios los autores avalan este manejo, sin embargo, en la actualidad y durante la práctica se

observa que este manejo no está totalmente aceptado por el personal que labora en las UCI's, además se suma la falta de guías clínicas y protocolos que direccionen la movilización temprana en estas unidades.

Es necesario que se siga investigando en esta área de las complicaciones y secuelas del síndrome de desacondicionamiento físico provocado a los pacientes en su paso por las UCI, y su posterior rehabilitación, e implementar prácticas controladas de movilización temprana, para poder hacer comparaciones y tomar decisiones que permitan mejorar la calidad de vida de pacientes críticos, y evitar las secuelas a largo plazo que pueden traer mucho malestar a los pacientes y sus familias.

### **3.3 Calidad de vida tras el ingreso a la UCI**

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Johnson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud, luego este concepto fue tomando popularidad en los años 50, gracias a que un economista norteamericano habló sobre la crisis económica relacionada con el consumo de los ciudadanos luego de la II Guerra Mundial; pero fue hasta 1977 que este término pasó a ser una palabra clave y una categoría de búsqueda, convirtiéndose finalmente en la década de los 80 en un término ampliamente usado entre los investigadores de salud de la época (González, et al, 1997).

Desde ese tiempo no se ha dejado de escribir sobre ello, por tal motivo es común encontrar diferentes definiciones acerca de lo que es calidad de vida, las cuales evolucionan con el tiempo, debido a que le incorporan nuevos elementos desde la percepción humana, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 definió la calidad de vida como la... “percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.”

Cardona, et al (2005) dicen que en la salud el término contempla varios factores determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad, entre ellos están los aspectos económicos, socioculturales y estilos de vida, incluso tienen en cuenta la experiencia personal la cual influye en la forma de enfermar y morir, y por eso evalúa el impacto físico y sicosocial de las enfermedades, disfunciones e incapacidades.

Estas son dos definiciones de las muchas que a través de los años se han intentado construir, además que hasta 1998 se tenían identificados 446 instrumentos de medición de calidad de vida para diferentes dolencias, aunque solo el 15% presentaban una definición del término (Cardona y Agudelo, 2005). Sin embargo, aún no se ha podido llegar a una definición única del concepto de calidad de vida, pues la multidimensionalidad de esta definición debe abarcar aspectos subjetivos que son propios de las personas y las comunidades, regiones y hasta de países. A nivel individual se parte de la percepción del propio estado de salud y las experiencias vividas que permiten crear su propia definición.

En concordancia con Espinosa (1999) cabe decir que la calidad de vida es una construcción histórica y cultural, que está sujeta a variables como el tiempo, espacio o imaginarios, con diferentes alcances según la época y sociedad en que se hayan desarrollado.

Es importante destacar que actualmente se ha incorporado un nuevo elemento a estas definiciones y es el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, en el cual Testa (1996), nos dice que se tiene en cuenta primordialmente la percepción del paciente, debido a la necesidad que surge de evaluar resultados en salud, por lo que se comienza a trabajar en instrumentos que permitan medir dichos resultados, de una manera confiable, que aporten evidencia científica para la toma de decisiones en salud.

Aunque la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es en sí un concepto relativamente nuevo, son varios los autores que nos hablan acerca del tema, Patrick y Erickson en 1993 definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de

limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

En relación con enfermería, el concepto de CVRS según Bredow y Peterson (2004) afirmaron que está fuertemente asociado a enfermedades específicas, por lo cual consideraron que los componentes básicos de la calidad de vida tienen que ver con los aspectos físicos, psicológicos, socioeconómicos y espirituales, los cuales pueden verse afectados por el contexto y las características propias del individuo; y para poder evaluar esto, se traducen en mediciones que permitiesen crear indicadores.

Desde los años 80 se han creado diferentes instrumentos, entre los cuales se encuentran dos que han sido los más utilizados el SF-36 -Short Form-36 Health Survey- (Anexo 3) este cuestionario de salud SF-36 versión española o formulario corto-36, evalúa ocho dimensiones con varias preguntas por cada dimensión dando un total de 36 preguntas, de allí su nombre (Botero y Pico 2007); y el instrumento Euroqol-5D (Anexo 4) para la medición de la CVRS, el cual puede ser aplicable a la población en general.

Estos instrumentos pueden aplicarse a aquella personas que se encuentran relativamente sanas y a las que se encuentran enfermas, sin importar el tipo de patología, en este formato la persona primero valora su estado de salud según niveles de gravedad por dimensiones, luego en una escala visual analógica y la tercer valoración que hacen es el índice de valores sociales; su nombre se debe a que valora 5 dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), y además de ello cada dimensión tiene para evaluarse en tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas moderados y problemas graves) (Herdman, et al, 2001).

Son variados los significados que se le ha dado a calidad de vida y la manera de abordar su valoración o medición, depende de los intereses de los investigadores, las agencias que lo miden, las condiciones de las personas y grupos sociales donde se van aplicar los instrumentos o recoger la información, es una valoración que seguirá siendo considerada y discutida y sobre la que se va seguir produciendo conocimiento, por ello es importante que al momento de



elegir guías de cuidado y protocolos se definan las variables de calidad de vida que se quieren indagar y explicitar cuál es la intención de esta valoración, siempre pensando en cómo lograr mayores niveles de bienestar para pacientes, familia, los grupos sociales, así como el personal de salud.

Para el personal de enfermería es muy importante conocer y aplicar instrumentos que permitan valorar la calidad de vida de pacientes y grupos donde desarrolla su práctica, este seguimiento continuo es el que le permite señalar necesidades, valorar las intervenciones de cuidado propuestas. En una UCI que es donde se encuentran los pacientes más delicados, propender por su pronta recuperación sin mayores secuelas, como señala Perdomo (1992) la UCI es un lugar dentro del hospital, que poseen una estructura diseñada para preservar y mantener las funciones vitales de todos los pacientes que estuviesen en riesgo de perder la vida y que son creadas con la finalidad de recuperar este tipo de pacientes.

En las UCI ha sido usual mantener los pacientes bajo cierto grado de inmovilidad según sus patologías, entendiéndose por inmovilización como la restricción o limitación física de extremidades y el cuerpo en general para realizar movimientos, sentarse o deambular, pudiendo generar esta inmovilización la reducción de la actividad metabólica y disfunción multi-sistémica (Rosales, R, 2008). Tal como se anotó en los apartados anteriores se creía que la inmovilización favorecía la recuperación de los pacientes y siendo este el objetivo primordial de estas unidades no se tenía ningún problema con esta práctica, la cual además se perpetuó en el tiempo

Con el avance en las investigaciones se ha observado que la inmovilidad prolongada crea en los pacientes una debilidad generalizada que puede conllevar a presentarse complicaciones derivadas del reposo, como la atrofia muscular, úlceras por presión, atelectasias, desmineralización ósea, entre otras más que ocasionan un retraso en el alta hospitalaria, además de retrasar la recuperación integral del paciente y su reintegración a realizar actividades de la vida diaria con total autonomía, dimensiones consideradas como relevantes al momento de evaluar la calidad de vida de las personas. Para preservar la calidad de vida es importante tener presente que el reposo en cama debe

guardarse únicamente cuando sea imprescindible, lo que significa que debe ser cuando el riesgo de la actividad supera al riesgo de la inactividad.

Castellon y otros (2008) realizaron un estudio, para valorar los cambios que se presentaban en la calidad de vida, luego de que la persona hubiese pasado por una UCI, se aplicaron dos instrumentos, los resultados indican de manera global que los pacientes que sobreviven luego de presentar una patología que requirió ser tratada en la UCI y son dadas de alta, tienen una calidad de vida posterior al alta, significativamente peor, a la que tenían antes de haber pasado por esta unidad.

En todas las dimensiones valoradas en este estudio, se destaca que el mayor deterioro se dio en el aspecto físico, otro factor importante a registrar es conocer las causas por las que los pacientes ingresan a la UCI, sus comorbilidades y su calidad de vida previa, pues todos los estudios que se realicen para evaluar calidad de vida tras el ingreso a UCI deberán ser considerados pues son un determinante fundamental.

En otro estudio realizado por Holbrook, et al., (1999) en pacientes ingresados a la UCI, pero por accidentes traumáticos, con estados funcionales en general muy buenos, sin patologías significativas previas, se encontró que al alta hospitalaria la población en general presenta un importante deterioro en la calidad de vida, lo cual se pudo determinar por medio de un estudio que se llevó a cabo en 1048 pacientes, entre 1993 y 1996 en 4 hospitales de Trauma en San Diego, California; en donde midieron la funcionalidad de los pacientes antes y después de la lesión ocasionada por el trauma, para ello usaron la escala de calidad del bienestar (QWB), además hicieron seguimiento a los 12 meses del alta en 806 pacientes (79%) y a los 18 meses del alta en 780 pacientes (74%). Los participantes tenían edades entre los 36 +/- 14 años, los puntajes obtenidos con la escala QWB antes de la lesión, reflejaban una población adulta saludable (media, 0,810 +/- 0,171), sin embargo al aplicar esta misma escala 12 meses después del alta hospitalaria, se encontraron niveles altos de limitación funcional (puntuación media QWB, 0.670 +/- 0.137). Solo el 18% de los pacientes seguidos a los 12 meses tenían puntajes por encima de 0.800, la norma para

una población sana. No hubo mejoría en la limitación funcional en el seguimiento a los 18 meses (puntuación media QWB, 0.678 +/- 0.130). La mayoría de los pacientes (80%) en el seguimiento de 18 meses continuó teniendo puntuaciones QWB por debajo de la norma saludable de 0,800.

Por los resultados obtenidos por estudios como estos donde se valora la calidad de vida de los pacientes antes de su ingreso a uci y posteriormente, se destaca la importancia de minimizar el riesgo de sufrir afectación mayor en su calidad de vida, por ello valorar el estado de salud para permitir desarrollar capacidades para realizar actividades autónomas siempre es la mejor elección a la inmovilidad. La calidad de vida al egreso a la unidad de cuidados intensivos, es poco estudiada, quizá esto se deba a que su evaluación es compleja porque requiere además de un seguimiento posterior al alta hospitalaria, pero es un reto para la investigación en enfermería para tomar decisiones de cuidado de forma anticipada.

El común denominador de las UCI, es llevar un adecuado control de las personas que son internadas allí, incluso hasta aproximadamente 72 horas después de su egreso para otra área o para el hogar, pero esto es con el fin de evaluar reingresos, pero una vez han pasado esas 72 horas, el paciente ha sido egresado a su hogar, este control se pierde, a no ser de que se esté llevando a cabo un estudio que requiera este control, sin embargo esto no es lo usual, por lo que no hay información suficiente para evaluar la calidad de vida de los pacientes egresados.

En el estudio de Garduño, et al., (2009) hicieron un estudio llamado “Calidad de vida al egreso de una Unidad de Cuidados Intensivos”, los resultados fueron muy valiosos porque inicialmente categorizaron los pacientes según su gravedad con el APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), el cual es una forma de evaluación y clasificación del índice de gravedad de la enfermedad, que tiene como objetivo la descripción cuantitativa del grado de disfunción orgánica de pacientes gravemente enfermos, traducida a un valor numérico (Knauz, et al, 1981); una vez categorizados los pacientes y según su APACHE II, se le aplicó el instrumento Euroqol-5D y pasados tres meses del egreso de la

UCI, estos pacientes fueron contactados para aplicarles nuevamente el Euroqol-5D ya sea al mismo paciente, o al familiar que hubiese respondido el primer instrumento tres meses atrás.

En relación con la calidad de vida los resultados que se obtuvieron en la primera etapa en donde se evaluaba la calidad de vida previa al ingreso a la UCI fueron que el 43% manifestaban que tenían una calidad de vida mala, sin embargo estos resultados cambian una vez los pacientes han egresado de la UCI, pues tras haber pasado tres meses desde el egreso, el 30% dicen que su calidad de vida es mala, lo que significa que el 13% de las personas participantes tienen ahora una mejor percepción de su calidad de vida, en relación a que las patologías que los aquejaban al ingreso y les estaba afectando su calidad de vida antes del ingreso a la UCI fueron tratadas, por ejemplo el derrame pleural que les afectaba su parte respiratoria, una vez drenado les hace cambiar su percepción de salud.

También se encuentra asociación entre la edad y la calidad de vida, a los tres meses de haber egresado de la UCI, los de mayor edad percibían mejor calidad de vida que los jóvenes que reportaron deterioro a la que tenían antes del ingreso. Otro elemento analizado, es que los que se encontraban desempleados refería mejor calidad de vida que los que trabajaban, porque estas últimas tenían menos tiempo para dedicar a la rehabilitación.

Cuando la estadía en UCI es mayor o igual a 72 horas tiempo considerado como una estancia mínima en la unidad de cuidados intensivos, funciones tan sencillas como la de caminar se van debilitando o perdiendo por efectos de la inmovilización, el solo hecho de estar internado incluso sin haberlo sometido a ventilación mecánica, le genera un riesgo y puede verse comprometida esta función básica; el hecho de caminar de manera autónoma es sinónimo de calidad de vida, pues le permite a la persona sentirse útil, le genera confianza, bienestar y tranquilidad (Mehrholtz, et al, 2015), incluso menciona que la debilidad adquirida en los músculos de las extremidades, generada por la inmovilización en las UCI limita significativamente las actividades básicas, como sentarse, pararse o caminar; lo cual aumenta la morbilidad y retrasa la rehabilitación y la

recuperación de la marcha; en el 50% de los casos las personas logran recuperarse totalmente y con gran rapidez, sin embargo, es necesario resaltar que esta recuperación depende del grado de afectación, pues los pacientes que han sido fuertemente afectados por esta debilidad tardan más tiempo en su recuperación, pero incluso muchos de ellos pueden quedar con secuelas permanentes.

Aunque las UCI fueron creadas con el objetivo de brindar atención especializada a los pacientes que se encontraran críticamente enfermos y requiriesen de cuidados específicos con el fin de recuperar el estado agudo en que se encontraran; se ha visto que el hecho de pasar por estas unidades trae consigo una serie de consecuencias que aunque pueden desaparecer con el tiempo, requieren de un manejo individualizado demandando para el sistema de salud gastos expresados en tiempo, recurso humano y económico, jornadas de rehabilitación física o mental, lo que en muchas ocasiones genera un rechazo de las personas hacia este tipo de unidades.

Si se compara el hecho de ingresar a una clínica para realizar una cirugía o por un accidente en donde se tuvo fractura de una extremidad, pero la persona egresa a los pocos días, está internado en el área de hospitalización en donde se encuentra acompañado de su familia y además no se encuentra sometido a un estado prolongado de inmovilización, cuando este paciente sea dado de alta, se reintegrará fácilmente a las actividades cotidianas, y posiblemente no tendrá ninguna afectación mental.

Contrario sucede con aquella persona que es internada en una unidad de cuidados intensivos, en donde actividades cotidianas como el baño, higiene oral, recibo de visitas, incluso el hecho eliminar o realizar deposición se realiza en una cama, y según el estado de salud y de conciencia de los pacientes, (es importante resaltar que muchos de ellos se encuentran sedados y ventilados mecánicamente), se les restringe aún más los movimientos, ya que depende de que otra persona los haga por ellos, pero si su condición patológica no lo permite, la movilización será la mínima con el fin de evitar la descompensación hemodinámica.

¿Qué pasa con esos pacientes al alta?, acaso se tiene un tiempo y unos recursos designados para la rehabilitación de cada paciente que se encuentra en esa situación; Barrantes, et al, (2016) hablan sobre este tema indicando que está generando gran preocupación por la alta incidencia de secuelas tanto cognitivas como funcionales que está dejando en la población, para lo cual realizó un estudio observacional descriptivo durante un año, en el cual le hacía seguimiento a los pacientes que habían egresado de las UCI, este seguimiento lo realizo desde el día de ingreso a la UCI, hasta que se hubiesen completado 28 días desde el alta.

Evaluó variables de calidad de vida como su grado de independencia, reinserción laboral cuando aplicaba y regreso a las actividades normales; encontrándose al final del año que el 55% de los 120 pacientes participantes se habían reincorporado adecuadamente a sus actividades, siendo los pacientes mayores de 64 años quienes tenían mayor participación en este porcentaje, el 38,5% presentaba algún tipo de problema para reintegrarse y el 6,5% presentaba incapacidad total; aclarando que la mortalidad luego de egreso fue del 5%, por lo cual no se le pudo realizar el total de seguimiento.

Se concluye en el estudio de Barrantes, et al, (2016) que casi la mitad de los pacientes internados en las UCI a donde se llevan para garantizar su recuperación, tienen la probabilidad de presentar dificultades importantes para la reintegración a las actividades diarias; hechos que podrían revertirse desde la estancia en la UCI, pues con cuidados integrales desde el área de enfermería, procurar por una rehabilitación temprana, involucrando a la familia y al paciente.

La pronta recuperación impacta la calidad de vida al alta hospitalaria, pues es trascendental el hecho de poder hacerlo desde la atención en el hospital, aprovechando el recurso de contar con un equipo multidisciplinario en la unidad, pues como se mencionó anteriormente la rehabilitación que se realiza de forma tardía, demanda gastos extras para el sistema de salud, y aunque aún no se han realizado investigaciones sobre cuánto le cuesta la rehabilitación de una sola persona al sistema, se sabe que son gastos extras a los que requirió para la estabilización de su cuadro patológico.

En el estudio de Broderick, et al, (2014) se indagó sobre cuál era el costo total de un programa de 8 semanas de intervenciones fisioterapéuticas para una persona con diagnóstico de cáncer, concluyendo que este programa tenía un valor de 196 euros<sup>22</sup> por participante y donde no se tuvo en cuenta la parte psicológica y social, que implicaría subir el costo reportado. Faltan estudios de la valoración integral de la rehabilitación y costos que requeriría alguien que pasa por UCI y queda con secuelas físicas y cognitivas, o si era el sustento del hogar y ahora es quien demanda atención.

En el estudio de Bixquert, et al, (2012) buscaban valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que pasaron por UCI, con uno de los instrumentos más utilizados, el cuestionario SF-36 ya mencionado, y observan que sólo el 6% de la población participante considera que su salud actual es mucho mejor que la que tenía previa al ingreso a UCI, un 37,5% piensa que su salud es igual a la que tenía anteriormente y un considerable 56,5% dice que su salud es peor a la que tenía antes de ser internado en la UCI, refiriendo estas personas que presentaban dolores considerables y que además piensan que su salud empeorará en cualquier momento, lo que les ocasiona una incertidumbre constante tanto a ellos como a sus familias.

En este orden de ideas es importante recordar a una teoría de enfermería, tal como afirma Mishel (1998) en la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, que es una teoría de rango medio, en la cual se evalúa las reacciones que tienen las personas ante la enfermedad propia o de una persona cercana, se explica cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad, lo que les permite a ellos mismos construir su propio significado de la enfermedad.

Trejo (2012) hizo un amplio análisis de esta teoría, en donde encuentra que se definen tres elementos principales: primero, los antecedentes de incertidumbre que se refieren a la forma, composición y estructura de los estímulos, en donde

---

<sup>2</sup> Equivalentes a \$659,344 pesos colombianos.

la persona intenta recordar si anteriormente se había pasado por dicha situación, si hay algo que se le haga conocido y que pueda reconocer y le facilite la interpretación de la situación a la que se está enfrentando.

Segundo, es el proceso de valoración, en donde las personas intentan recordar si el evento por el que atraviesan es reconocido o no, lo que genera ilusión la cual se construye para la protección propia y de los conocidos, en los momentos en que se sienten amenazados o cuando deben asimilar información difícil de aceptar y finalmente; el tercer elemento es el enfrentamiento de la enfermedad, según la valoración previa se dice que la incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad, pues una visión pesimista y negativa del futuro al estar asociada a depresión y ansiedad puede influir en la falta de cuidado durante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Cuando la incertidumbre es vista como una oportunidad, desde el lado positivo genera ilusión, presagiando resultados positivos, lo que aumenta el deseo de la persona por preocuparse por su tratamiento y posterior recuperación; sin embargo Merle Mishel es enfática en decir que las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambian con el tiempo, pues la incertidumbre se modifica según evoluciona la enfermedad.

Teniendo en cuenta esto se pueden realizar planes de cuidado que prevean estas situaciones, permitiendo a las personas lograr una adaptación frente a cualquier adversidad; esta teoría brinda al profesional de enfermería ideas acerca de enfocar las intervenciones en pro de disminuir el estrés y la ansiedad que genera la incertidumbre ante la enfermedad en pacientes y familias.

Esta teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad es fácilmente trabajable con los pacientes que pasaron por las UCI, al igual que con sus familias, pues saber con certeza cómo será la reintegración de los pacientes a las actividades de la vida cotidiana, la tasa de sobre vida, su proceso de recuperación y percepción de calidad de vida evaluada tiempo después del alta, es un proceso complejo que no se sabe con claridad, y que el tiempo es el que proporcionara esas respuestas, permitiéndole a los pacientes construir su propio desenlace y darle definición a la calidad de vida actual.



El papel de enfermería en este campo sería trabajar con los pacientes y sus familias para disminuir la ansiedad y el estrés que genera no obtener resultados de manera temprana, dar respuesta a los interrogantes que se presentan con el proceso de rehabilitación, brindar educación y acompañamiento para convertir la incertidumbre en una oportunidad, para que se facilite la reintegración de las personas a la vida normal, y que esta incertidumbre no se convierta en un obstáculo para la recuperación de las funciones físicas y cognitivas.

En la revisión bibliográfica que se realizó en busca de obtener respuestas en relación con los cuidados de enfermería que se debían tener para una persona con síndrome de desuso en una unidad de cuidados intensivos, se observa que aún son pocos los estudios que se han hecho sobre la calidad de vida de los pacientes que han sido dados de alta, y que los estudios están más enfocados a demostrar la importancia de realizar una rehabilitación desde la estancia en UCI; tema que cobra importancia para tomar decisiones en relación con los cuidados de los pacientes internados en UCI.

Es importante anotar que si bien se está trabajando fuertemente en el tema de rehabilitación desde la UCI, es vital evaluar estos pacientes luego del alta, pues es donde se puede valorar el real impacto que tuvieron estas acciones en la rehabilitación de los pacientes e identificar qué tan viables, oportunas y efectivas son las acciones que se implementan desde el área de enfermería para contribuir e impactar positivamente en la recuperación y obtención de calidad de vida de los pacientes en relación con la salud. La rehabilitación es un proceso continuo que se inicia desde el primer momento del Diagnóstico o la enfermedad y dónde enfermería debería cumplir una función importante para prevenir secuelas mayores y lograr conservar algunas capacidades existentes del paciente.

#### 4. Conclusiones

- Es evidente la carencia que hay en investigaciones lideradas por el profesional de enfermería, en busca de una solución a la problemática que existe en las UCI, en relación con el síndrome de desuso en los pacientes críticos, que está aumentando la estancia hospitalaria debido a las complicaciones generadas por la aparición de alteraciones sistémicas, secundarias a los largos periodos de inmovilidad a los que son sometidos los pacientes que se encuentran internados en la UCI.
- Durante más de una década se ha estado escribiendo acerca de la importancia de la movilización precoz en pacientes críticos que se encuentran en la UCI, con el fin de generar conciencia y cambios en el manejo de estos pacientes; sin embargo en la práctica se observa que es poco lo que se ha logrado, ya que la movilización de los pacientes no comienza de forma precoz, para evitar la aparición del desacondicionamiento, sino que se inicia una vez se identifica que el paciente está presentando signos y síntomas de que ha comenzado a perder masa muscular y está en riesgo de mostrar alteraciones en otros sistemas del organismo.
- Se hace evidente que la calidad de vida de los pacientes que han ingresado a una UCI disminuye con respecto a la percepción que tenían antes de ingresar a esta unidad, debido a que los pacientes presentaban alteraciones físicas, que les impedía regresar a sus actividades normales, generándoles una condición de discapacidad que debían superar por medio de programas de rehabilitación, pero que antes de haber estado en la UCI, no padecían. Es importante aclarar que los pacientes con una patología que les afectaba su calidad de vida y que su agudización los llevo a una UCI, y allí le hicieron tratamiento, refieren haber mejorado su calidad de vida al alta.

- Anteriormente no existía la terapia física y era enfermería quien se encargaba de estas acciones de cuidado, tanto era así que existía una especialización para enfermería en rehabilitación, sin embargo, debido a su ausencia en este campo, dada por la poca visibilidad que le daba a su qué hacer, al no reportar lo que hacía y no mostrar evidencia de la importancia de su gestión, ni los resultados obtenidos, fue perdiendo protagonismo, hasta que finalmente enfermería desaparece en este campo para darle cabida a la creación de la profesión de terapia física. Es importante resaltar que si bien el terapeuta físico es vital en la rehabilitación de los pacientes, en las UCI no se cuenta con este personal durante las 24 horas del día, ni se le realiza diariamente terapia física a los mismos pacientes; por lo cual es sumamente significativo y trascendental que enfermería recupere un campo de acción que le es propio
  
- Enfermería tiene un gran déficit en la investigación acerca del síndrome de desuso en los pacientes de las unidades de cuidado crítico, aun cuando es el personal más idóneo para identificar este tipo de síndromes, pues al ser el personal que está 24 horas con el paciente, está en toda la capacidad de identificar y reportar hallazgos, los cuales sirven para generar conocimiento por medio de la investigación; y aunque la investigación sea uno de los campos de acción de la enfermería, son pocos los profesionales que escriben y reportan casos ya sea de éxito o falla en las terapias brindadas en las unidades de cuidado intensivo.
  
- El paso por una especialización te permite tener un pensamiento más crítico, guiar tus practicas según los niveles de evidencia demostrados, apoyarte en las guías y protocolos ya validados; pero no podemos quedarnos ahí, es nuestro compromiso seguir generando conocimiento, para ponerlo a disposición de nuestros pacientes y colegas, quienes puedan apoyarse y guiarse tanto para sus prácticas diarias, como para futuras investigaciones que permitan construir nuestro propio cuerpo de

conocimiento y ganar reconocimiento por las evidencias mostradas, por lo que se hace necesario que documentemos nuestro que hacer, y de esta manera lograr la construcción de instrumentos, guías y protocolos y no solo ayudar a la validación de la producción de otras profesiones.

## 5. Recomendaciones

- Durante el proceso de realización de esta monografía, se evidencia la falta de estandarización en los criterios para manejar los pacientes con síndrome de desuso en las UCI; por lo cual se sugiere la construcción de un protocolo relacionado con los cuidados de enfermería hacia el paciente susceptible de presentar desacondicionamiento físico, a causa de periodos largos de inmovilización, con el fin de disminuir la prevalencia de este síndrome, y las complicaciones derivadas del mismo; lo que aumenta la calidad y la seguridad de la atención brindada en los pacientes en estado crítico de salud.
  
- La rehabilitación de los pacientes con síndrome de desuso, es un proceso que involucra no solo al personal de enfermería, sino a un equipo multidisciplinario que trabaja en pro del bienestar del paciente, con el fin de que éste recupere su funcionalidad y pueda reintegrarse a las actividades de la vida diaria; sin embargo al finalizar esta monografía, queda la pregunta sobre ¿cuál es el papel de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente con síndrome de desuso en la UCI?, por lo cual se deja la invitación de involucrar a la familia en la prevención y rehabilitación de los pacientes desde que se encuentran en la UCI, pues finalmente la familia es el actor más importantes en el ambiente extra hospitalario, y es quien puede favorecer la recuperación iniciada durante su hospitalización.
  
- Enfermería tiene un gran vacío en la planeación de cuidados para la prevención y rehabilitación del síndrome de desuso en pacientes críticamente enfermos; lo cual puede atribuírsele a la falta de conocimientos relacionados con el tema, ya que es el fisioterapeuta el que tiene mayor protagonismo en esta área; por lo cual se propone a la especialización en cuidado de enfermería al adulto en estado crítico de

salud, que incluyan segmentos relacionados con el tema, pues es un tema de actualidad, que involucra directamente al personal de enfermería y que además cobra mucha importancia, ya que con la prevención del síndrome de desuso, se está impactando directamente en la pronta recuperación de los pacientes, en la disminución de la estancia hospitalaria, la pronta liberación de la ventilación mecánica y finalmente en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

- Se recomienda investigar acerca del impacto que tiene la movilización precoz en las UCI, en la calidad de vida de los pacientes en el momento del alta y tiempo después de ella; pues si bien hay bastantes estudios que se enfocan en demostrar la importancia de esta movilización, son pocos los que buscan demostrar cuál es el verdadero impacto de esta medida; por lo que se propone que éste pueda traducirse a indicadores que permitan la medición positiva o negativa de esta actividad. Pues quizá si se realiza una comparación sobre los beneficios del uso o no de esta práctica de movilización en relación con la calidad de vida de los pacientes, se pueda fomentar el hábito de la movilización precoz de los pacientes críticamente enfermos.

## 6. Referencia Bibliográfica

1. Barrantes, F., Campos, C., Argüello, M., y Salas, D. (2016). Sobrevida a los 28 días y condición mental y física de los pacientes egresados de una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel. *Acta Médica Costarricense*. 1(58), 22-26.
2. Bein, T., Bischoff, M., Brückner, U., (2015) S2e guideline: positioning and early mobilisation in prophylaxis or therapy of pulmonary disorders. Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. *Anesthesist*. 56(1), 428–458.
3. Bixquert, M., Carmona, S., Tirado, D., y Martínez, L. (2012) Calidad de vida de los pacientes tras ingreso en UCI. *Enferm Integral*. (98) ,11-18.
4. Botero, B y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica Hacia la Promoción de la Salud. 12(1), 11-24
5. Broderick, J., Guinan, E., Ó'Donnell, D., Hussey, J., Tyrrell, E. y Normand, C. (2014), Calculating the costs of an 8-week, physiotherapy-led exercise intervention in deconditioned cancer survivors in the early survivorship period (the PEACH trial), *Physiotherapy*. 100(2), 182-184.
6. Cardona, E.M., González, A., Padilla, G., Páez, S.I., Alejo, L.A., y Rodríguez, Y.L. (2014). Alteraciones asociadas al desacondicionamiento físico del paciente crítico en la unidad de cuidado intensivo. Revisión sistemática. *Movimiento científico*. 8(1), 131-142.
7. Cardona, D. y Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 3(1), 79-90.
8. Castillo, E., y Vásquez, M.L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. 34(3), 164-167.
9. Clavero, G., Sanjuan, M., Menéndez, M., Corral, L., Martínez, G., y Diaz, A. (2012) Evolución de la fuerza muscular en paciente críticos con ventilación mecánica invasiva. *Enfermería intensiva*. 24(4), 155-156.

10. Clavetl, H., Hébert, P., Fergusson, D., Doucette, S. y Trudel, G. (2008). Joint contracture following prolonged stay in the intensive care unit. *Canadian Medical Association or its licensors*. 178 (6), 691-697.
11. Colombia. Ley 23 de 1982, sobre derechos de autor.
12. Colombia. Ley 1403 de 2010. (Julio 19) Diario oficial N°47.775 de 19
13. de julio de 2010
14. Colombia. Ley 528 de 1999, sobre el ejercicio de la profesión de fisioterapia,
15. Colombia. Ley 266 de 1996, sobre el ejercicio de la profesión de enfermería
16. Cristancho, W., (2012), Fisioterapia en la UCI, Teoría, experiencia y evidencia. Bogotá, Colombia: El Manual Moderno.
17. De Jonghe, B., Lacherade, J., Sharshar, T., Outin, H. (2009). Intensive care unit-acquired weakness: risk factors and prevention. *Crit Care Med*. 37(10), 309-315
18. Enciso, C. (2016). Efectos cardiovasculares de un protocolo de reacondicionamiento físico en pacientes críticos de tres centros asistenciales en Bogotá, Colombia. *Médicas UIS Revista De Los Estudiantes De Medicina De La Universidad Industrial De Santander*. 29(2),161-73.
19. Espinosa O. (1999). Apuntes sobre calidad de vida, desarrollo sostenible y sociedad de consumo: una mirada desde América Latina. *Rev Contribuciones*, 63(3),119-148
20. Fan, E., Zanni, J., Dennison, C., Lepre, S. y Needham, D. (2009). Critical Illness neuromyopathy and muscle weakness in patients in the intensive care unit. *Crit Care*. 20(3), 243-253
21. Garduño, A., Meneses, J., Diaz, M. Torres, J. y Briones, J. (2009). Calidad de vida al egreso de una Unidad de Cuidados Intensivos, *medicina crítica y terapia intensiva*. 23(3), 119-124
22. Glasziou, A. (2001) Revisión Sistemática: La movilización precoz es mejor que el reposo en cama para condiciones medico quirúrgicas. *Evidencia en Atención Primaria*. 5(5), 134.



23. González, U., Grau, J. y Amarillo, M. (1997) La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR (ed.) Bioética. Desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana; 279-285.
24. Gosselink, R., Bott, J., Johnson, M., Dean, E., Nava, S., Norrenberg, M., et al. (2008). Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med.* 34(1), 1188-1199.
25. Harmer, B., y Henderson, V., (1955), *Textbook of the principles and practice of nursing*, Michigan, Estados Unidos. Macmillan.
26. Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria.* 28(6), 425-429.
27. Hermans, G., De Jonghe, B., Bruynincks, F., y Van den Berghe, G. (2009). Interventions for preventing critical illness polineuropathy and critical illness myopathy (review). *Systematic Reviews.* 21(1)
28. Herridge, M., Cheung, A., Tansey, C., Matte, A., Diaz, N., Al-Saidi, F., et al. (2003). One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med.* 348(8), 683-693.
29. Hodgson, C., Bellomo, R., Berney, S., Bailey, M., Buhr, H., Denehy, L, et al.(2015)Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a binational, multi-centre, prospective cohort study. *Crit Care.* 19(1), 1–10.
30. Hodgson, C., Berney, S., Harrold, M., Saxena, M., y Bellomo, R. (2013). Clinical review: early patient mobilization in the ICU. *Crit Care.* 17(1), 207
31. Hodgson, C. y Tipping, C. (2016). Physiotherapy management of intensive care unit-acquired weakness. *Journal of Physiotherapy.* 63(1), 4-10.
32. Holbrook, T., Anderson, J., Sieber, W., Browner, D., y Hoyt, D. (1999) Outcome after major trauma: 12-month and 18-month follow up results from the Trauma Recovery Project. *J Trauma.* 46(1), 765-71.

33. Hoyer, E., Brotman, D., Chan, K., Needham, D. (2015) Barriers to early mobility of hospitalized general medicine patients: survey development and results. *Am J Phys Med Rehabil.* 94(1), 304-312.
34. Knaus, W., Zimmerman, J.E. y Wagner, D.P. (1981). APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. *Crit Care Med.* 9(8), 591-597.
35. Kortebein, P. (2009), Rehabilitation for hospital associated deconditioning. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists.* 88(1), 66–77.
36. Mehrholz J., Mückel S., Oehmichen F. y Pohl, M. (2015). First results about recovery of walking function in patients with intensive care unit-acquired muscle weakness from the General Weakness Syndrome Therapy (GymNAST) cohort study. *British Medical Journal.* 5(12), 1-10.
37. Mishel, M. (1998) Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship.* 20(4), 225-231.
38. Molz, A., y Cols. The Effect of Different Exercises Intensities on the Fibrinolytic System. Londres. 1993.
39. Mondragón M. (2013). Condición física y capacidad funcional en el paciente críticamente enfermo: efectos de las modalidades cinéticas. *CES Medicina.* 8/27(1), 53-66.
40. Morris, P., y Herridge, M. (2007). Early intensive care unit mobility: future directions. *Crit Care Clin.* 23(1), 97-110
41. Needham, D. (2008). Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. *The Journal of the American Medical Association.* 300(14) ,1685–1690.
42. Noreña, A.L., Alcaraz, N., Rojas, J.G., y Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan.* 12 (3), 263-274.
43. Organización Mundial de la Salud. (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp GeriatrGerontol,* 37(S2), 74-105.

44. Patrick, D. y Erickson, P. Health Policy, (1993), Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation, New York, Estados Unidos: Oxford University Press.
45. Perdomo, R., (1992), Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. Definición-Desarrollo histórico - Utilización de sus recursos. *Revista Médica Hondureña*. 60 (1), 49-52.
46. Peterson S, Bredow T. Health-Related quality of life. En: Middle Range Theories. Application to Nursing Research. Lippincott Williams & Wilkins. New York.2004.
47. Pohlman, M., Schweickert, W., y Pohlman, A., (2010) Feasibility of physical and occupational therapy beginning from initiation of mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 38(1), 208-209.
48. Rosales, R. (2008) Síndrome de inmovilización. Universidad de los Andes, Dirección General de Cultura y Extensión Universitaria. Centro Ambulatorio Médico Odontológico Universitario. Programa de Educación para la Salud. Bogotá.
49. Roy, C. (2009). Assessment and the Roy Adaption Model. *The Japanese Nursing Journal*. 29(11), 5-7.
50. Stiller, K. (2000) Physiotherapy in intensive care: towards an evidence-based practice. *Chest*. 118(6), 1801- 1813
51. Testa, M. (1996). Current Concepts: Assessment of Quality-of- Life Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840
52. Tomicic, V. (2012). Admisión y Alta a Unidades de Cuidados Intensivos. Universidad Católica de Chile, Programa de Medicina Intensiva
53. Trejo, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enfermería Neurológica*. 11(1), 34 -38.
54. Vargas, G. y Calvo, G. (1987) "Seis modelos alternativos de investigación documental para el desarrollo de la práctica universitaria en educación". *Revista Educación Superior y desarrollo*. 5(3), 7-37.

## Lista de Anexos

### 1. Escala Medical Research Council. Examen Muscular.

Valor para cada movimiento	Escala Medical Research Council. Examen muscular
0	Contracción no visible
1	Contracción muscular visible pero sin movimiento de la extremidad
2	Movimiento activo pero no contra gravedad
3	Movimiento activo contra gravedad
4	Movimiento activo contra gravedad y resistencia
5	Movimiento activo contra total resistencia

### 2. Escala de Percepción del Esfuerzo de Borg

Intensidad	Reserva del VO <sub>2</sub> max (%)	% Frecuencia cardiaca máxima	Escala de percepción del esfuerzo
Muy suave	< 20	< 35	1-2
Suave	20-29	35-54	3-4
Moderado	40 -59	55-69	5-6
Fuerte	60 -84	70-89	7-8
Muy fuerte	≥85	≥90	9
Esfuerzo máximo	100	100	10

## Escala de Borg

Muy, muy ligero	6 7	
Muy ligero	8 9	
Ligero	10 11	
<b>Regular</b>	<b>12</b> 13	
Pesado	14 15	
Muy pesado	16 17	
Muy muy pesado	18 19 20	

Escala para medir el esfuerzo físico percibido

### 3. Cuestionario SF-36

Escala 11. CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD				
				Puntuación
<b>1. En general, usted diría que su salud es:</b>				<input type="checkbox"/>
Excelente			1	
Muy buena			2	
Buena			3	
Regular			4	
Mala			5	
<b>2. ¿Cómo diría usted que es su salud comparada con la de hace un año?</b>				<input type="checkbox"/>
Mucho mejor ahora que hace un año			1	
Algo mejor ahora que hace un año			2	
Más o menos igual ahora que hace un año			3	
Algo peor ahora que hace un año			4	
Mucho peor ahora que hace un año			5	
<b>3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?</b>				
	<b>Sí, me limita mucho</b>	<b>Sí, me limita un poco</b>	<b>No me limita nada</b>	
<b>Actividades</b>				
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Subir un solo piso por la escalera	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Agacharse o arrodillarse	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Caminar un kilómetro o más	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3	<input type="checkbox"/>
<b>4. Durante las cuatro últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?</b>				
	<b>Sí</b>	<b>No</b>		
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2		<input type="checkbox"/>
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2		<input type="checkbox"/>
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2		<input type="checkbox"/>
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2		<input type="checkbox"/>

Continúa

**Escala 11. CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (Cont.)**

**Puntuación**

**5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**

	Sí	No	
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1	2	<input type="checkbox"/>
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2	<input type="checkbox"/>
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2	<input type="checkbox"/>

**6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

Nada.....	1
Un poco.....	2
Regular.....	3
Bastante.....	4
Mucho.....	5

**7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las cuatro últimas semanas?**

No, ninguno.....	1
Sí, muy poco.....	2
Sí, un poco.....	3
Sí, moderado.....	4
Sí, mucho.....	5
Sí, muchísimo.....	6

**8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

Nada.....	1
Un poco.....	2
Regular.....	3
Bastante.....	4
Mucho.....	5

*Continúa*

**Escala 11. CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (Cont.)**

**Puntuación**

**5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1	2	<input type="checkbox"/>
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2	<input type="checkbox"/>
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2	<input type="checkbox"/>

**6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

Nada.....	1
Un poco.....	2
Regular.....	3
Bastante.....	4
Mucho.....	5

**7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las cuatro últimas semanas?**

No, ninguno.....	1
Sí, muy poco.....	2
Sí, un poco.....	3
Sí, moderado.....	4
Sí, mucho.....	5
Sí, muchísimo.....	6

**8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

Nada.....	1
Un poco.....	2
Regular.....	3
Bastante.....	4
Mucho.....	5

*Continúa*



#### 4. Cuestionario EuroQol-5D

### Escala 12. EUROQOL-5D

#### Su estado de salud hoy

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY. No marque más de una casilla en cada grupo

##### Movilidad

- No tengo problemas para caminar .....  1
- Tengo algunos problemas para caminar .....  2
- Tengo que estar en cama .....  3

##### Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal .....  1
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme .....  2
- Soy incapaz de lavarme o vestirme .....  3

##### Actividades cotidianas (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas .....  1
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas .....  2
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas .....  3

##### Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar .....  1
- Tengo moderado dolor o malestar .....  2
- Tengo mucho dolor o malestar .....  3

##### Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido .....  1
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido .....  2
- Estoy muy ansioso o deprimido .....  3

Comparando con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: (POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)

- Mejor  1
- Igual  2
- Peor  3

Continúa

## Escala 12. EUROQOL-5D (CONT.)

### Su estado de salud hoy

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» (\*) hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

El mejor estado de salud imaginable



SU ESTADO DE SALUD HOY

El peor estado de salud imaginable

(\*) A veces se tiende a valorar el estado de salud actual haciendo una cruz o una marca en la EVA.

