

**OCURRENCIA DEL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS (PICS) Y LA
AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES**

**DIANA MILENA CATAÑO JARAMILLO
DUVAN OQUENDO MEJIA**

**Monografía para optar al título de especialista en enfermería en cuidado al
adulto en estado crítico de salud**

**Asesor
Juan Guillermo Rojas
Profesor Facultad de Enfermería**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MEDELLÍN
2021**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por toda la sabiduría que puso en nuestra mente y corazón para lograr terminar este proyecto de manera exitosa.

A nuestras familias, por la compañía, el apoyo y la comprensión en nuestros días de ocupaciones académicas.

A Luz Estella Varela, coordinadora de la especialización por sembrar en nosotros el deseo de ser especialistas con un alto sentido humanístico.

A Juan Guillermo Rojas, nuestro asesor de monografía, por ser un excelente guía en todo el desarrollo del proyecto y hacernos enamorar aún más del desarrollo disciplinar de enfermería.

A Duvan, por ser un compañero incondicional, por tu disposición, conocimientos y ayuda, el mejor compañero de monografía.

A Diana, mi gran compañera de luchas y trabajo por ser una excelente profesional, un gran apoyo y la mejor compañía para desarrollar este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	4
LISTA DE TABLAS	4
LISTA DE ANEXOS	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. FORMULACIÓN SUSTENTADA DEL TEMA	6
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. OBJETIVOS	11
4.1. OBJETIVO GENERAL	11
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
5. METODOLOGÍA	11
6. PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LA TEMÁTICA	14
6.1. MATERIAL REVISADO Y CLASIFICADO	14
6.2. LÍNEA DEL TIEMPO	17
6.3. ENFOQUES METODOLÓGICOS	20
6.3.1. <i>Estudio descriptivo:</i>	20
6.3.2. <i>Meta-análisis:</i>	21
6.3.3. <i>Revisión bibliográfica:</i>	21
6.3.4. <i>Estudios prospectivos y retrospectivos:</i>	22
6.3.5. <i>Estudios longitudinales:</i>	22
6.3.6. <i>Estudio clínico aleatorizado:</i>	22
6.3.7. <i>Panel de expertos:</i>	23
6.3.8. <i>Encuesta:</i>	23
7. ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LOS DATOS	24
7.1. CAPÍTULO 1: SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS: DIMENSIONES Y AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA	24
7.1.1. <i>Dimensión física</i>	28
7.1.2. <i>Afectación de la dimensión física en la calidad de vida</i>	31
7.1.3. <i>Dimensión mental</i>	32
7.1.4. <i>Afectación de la dimensión mental en la calidad de vida</i>	35
7.1.5. <i>Dimensión neurocognoscitiva</i>	36

7.1.6.	<i>Afectación de la dimensión neurocognoscitiva en la calidad de vida</i>	38
7.1.7.	<i>Dimensión social y familiar.</i>	39
7.1.8.	<i>Afectación de la dimensión social y familiar en la calidad de vida</i>	42
7.2.	CAPÍTULO 2: ESCALAS PREDICTIVAS	43
7.2.1.	<i>Índice de Katz e índice de Barthel</i>	43
7.2.2.	<i>Escala de Lawton y Brody.</i>	44
7.2.3.	<i>Escalas BPS – CPOT</i>	45
7.2.4.	<i>Escala MEC</i>	46
7.3.	CAPÍTULO 3: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	46
7.3.1.	<i>Valoración</i>	47
7.3.2.	<i>Diagnósticos Enfermeros</i>	48
7.3.3.	<i>Planeación</i>	48
7.3.4.	<i>Ejecución</i>	49
7.3.5.	<i>Evaluación</i>	49
7.4.	CAPÍTULO 4: HOLARQUÍA DE ENFERMERÍA	50
7.4.1.	<i>Visión filosófica: Interactiva – integrativa</i>	50
7.4.2.	<i>Modelo conceptual – Adaptación Callista Roy</i>	51
7.4.3.	<i>Teorías de enfermería</i>	53
7.4.3.1.	<i>Teoría incertidumbre frente a la enfermedad Merle Mishel</i>	53
7.4.3.2.	<i>Teoría de Comodidad Katharine Kolcaba</i>	57
7.5.	CAPÍTULO 5: PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL PICS	59
8.	CONCLUSIONES GENERALES	61
9.	RECOMENDACIONES	62
10.	BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS		72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proporción de artículos analizados por base de datos.

Figura 2. Total de artículos consultados.

Figura 3. Proporción de artículos seleccionados por idioma.

Figura 4. Proporción de artículos seleccionados por país.

Figura 5. Línea del tiempo por problemática hallada.

Figura 6. Metodología de los 50 artículos seleccionados

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descriptores de Ciencias de la Salud DeCS seleccionados

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Matriz de vaciado

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la expectativa de vida en la población colombiana, representa un gran reto para el sistema de salud. El incremento en la esperanza de vida, responde a las mejoras en los servicios de salud, previniendo, detectando e interviniendo las enfermedades prevalentes de la población y ofreciendo servicios de alta complejidad como las unidades de cuidados intensivos. Si bien es cierto, que cada día se cuenta con unidades de cuidado crítico que integran tecnologías de última generación, procesos, protocolos y guías para la atención de pacientes en estado crítico de salud, se requiere de talento humano, con formación y destrezas en el ser, en el saber y en el hacer, pero más que ello es imperante integrar en la atención del paciente críticamente enfermo y su familia la humanización.

El síndrome post-cuidados intensivos, se refiere a las manifestaciones o secuelas que se presentan en el paciente y la familia que se encuentran internados en una unidad de cuidados intensivos. A nivel mundial se desconoce de manera exacta la prevalencia del PICS se estima que el 50% o más presentan algún componente del PICS en los diferentes dominios área física, cognitiva o emocional. El PICS representa una carga de salud pública debido a la discapacidad neuropsicológica y funcional asociada” (Quintana Sanchez et al., 2018).

Para diagnosticar, prevenir y tratar el síndrome post –cuidados intensivos en el paciente, se han empleado una serie de medidas, las cuales deberán ser adoptadas por el equipo multidisciplinar que se desempeña en las unidades de cuidados intensivos; medidas que incluyen la realización de escalas predictivas, prevención y tratamiento del dolor, titulación de analgesia y sedación, evaluar, prevenir y tratar el delirio, ejercicio y movilización precoz, participación y empoderamiento de la familia en el proceso salud enfermedad.

Enfermería como integrante fundamental en ese equipo multidisciplinar, establece pautas, seguimientos e intervenciones en el cuidado humanizado centradas en el

paciente internado en una unidad de cuidados intensivos, brindando atención integral y advirtiendo las necesidades de los pacientes y la oportunidad en el cambio o inserción de medidas. Por lo cual, se requiere el empoderamiento del profesional de enfermería y la aplicación de herramientas disciplinares con soporte científico, tales como el Proceso de Enfermería (PE) en la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que el mismo se convierte en una estrategia ideal para brindar un cuidado con un sustento teórico que apoye la práctica profesional y que repercute de manera directa en el bienestar y la seguridad del paciente, aún más al ser ejecutado por un especialista en cuidado crítico, siendo la formación postgradual un determinante significativo al momento de intervenir problemáticas tan trascendentales como el síndrome post-cuidados intensivos.

Para comprender este fenómeno, se realiza un estado del arte a través de la exploración y revisión documental científica, búsqueda de la información en algunas bases de datos, teniendo en cuenta artículos publicados desde el año 2015 hasta el año 2021. En estos artículos se muestran las manifestaciones del síndrome post cuidados intensivos, la mejor manera de prevenirlas, predecirlas, diagnosticarlas y tratarlas, diezmando en su máxima expresión las complicaciones para el paciente, reduciendo las secuelas, limitaciones y garantizando una mejor calidad de vida y reinserción familiar y social al superar el proceso salud enfermedad.

2. FORMULACIÓN SUSTENTADA DEL TEMA

El ser humano está continuamente expuesto a cambios, pero no todos los cambios representan beneficio para sí mismo. En cualquier momento nos puede acaecer una enfermedad, que sin mediar con nosotros, nos convierte en seres presos de nuestros cuerpos. El proceso de enfermedad suele significar cambio, adaptación y transformación. Algunos procesos de enfermedad, se deben seguir estrechamente en un hospital, más precisamente en una unidad de cuidados intensivos, alejándose por completo del entorno que normalmente lo rodea y el círculo familiar y social con quien se comparte. Toda esta serie de eventos a los que se ven enfrentados un

paciente y su grupo familiar, trae consigo niveles de estrés y procesos de cambio forzoso que los lleva a padecer ciertos trastornos tanto a nivel físico como emocional.

Desde el 2010 Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos en Estados Unidos, a partir de estudios de investigación e intervenciones en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, acuñaron el término “Post-Intensive Care Syndrom (PICS) definido como deterioro nuevo y/o empeoramiento en algún dominio de la cognición, la salud mental y la función física después de una enfermedad crítica y que persiste más allá de la hospitalización. El PICS generalmente se identifica en el período inmediato posterior a una enfermedad crítica. Sin embargo, debido a que los síntomas son de larga duración y la condición no se reconoce, no existe un período de tiempo establecido en la que puede ocurrir (Quintana Sanchez et al., 2018).

En el síndrome post–cuidados intensivos, se describe que los pacientes suelen presentar problemas físicos como dolor persistente, debilidad, malnutrición, morbilidad pulmonar, úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos o pérdida de masa ósea. A nivel neuropsicológico, se describen síntomas como déficit cognitivo, con alteraciones de la memoria, la atención, velocidad del proceso mental, función ejecutiva y rendimiento académico. Y, finalmente, problemas de salud mental, como la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático, el delirio o la pena de uno mismo (Delgado Hito et al., 2017).

Se han planteado unas medidas para prevenir el síndrome post – cuidados intensivos, partiendo de una valoración exhaustiva en pacientes con riesgos identificados, como estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos con el fin de identificar las necesidades de rehabilitación y fijarse intervenciones y objetivos terapéuticos.

Estas medidas se conocen como el paquete de medidas ABCDEF. A: evaluar, prevenir y tratar el dolor, B: pruebas de despertar y de respiración espontánea, C: elegir analgesia y sedación, D: Delirio: evaluar, prevenir y tratar, E: ejercicio y movilización precoz, F: familia: compromiso y empoderamiento (Delgado Hito et al., 2017). La finalidad de articular este paquete de medidas, apuntan a redireccionar el enfoque de los cuidados brindados por enfermería, tendientes a la conservación de las funciones del ser.

El análisis del estado del arte que presentamos, se centra en conocer por medio de investigaciones realizadas durante el último lustro, sobre el síndrome post – cuidados intensivos (PICS): ¿Qué es? ¿Cuáles son sus manifestaciones? ¿Cómo afecta a la persona implicada?. Además, analizar estrategias para su prevención y tratamiento, desde una perspectiva de cuidado humanizado. Consideramos que para lograr lo anterior, se hace necesario hacer una articulación entre el conocimiento científico y el quehacer asistencial. Es por ello, que hacer uso de la práctica de enfermería basada en la evidencia, se convierte en un criterio diferenciador y de gran aplicabilidad a la hora de tomar decisiones justificadas soportadas por conocimiento científico riguroso.

Las estrategias dirigidas a detectar y prevenir el PICS requieren una aproximación multidisciplinar estructurada y precoz al ingreso del paciente crítico (Martin Delgado & Garcia de Lorenzo y Mateos, 2017). El profesional de enfermería como parte de un equipo interdisciplinario es fundamental para la prevención, detección y manejo del síndrome PICS. En Colombia, el fenómeno es poco abordado desde la disciplina de enfermería, hasta la fecha no se cuentan con estudios de enfermería que demuestran la importancia de detectar e intervenir las secuelas de una estancia en una unidad de cuidados intensivos; sin embargo, existen diferentes estudios de áreas de la salud como fisioterapia, nutrición, psicología, que muestran un progresivo interés en intervenir el fenómeno, de creciente reconocimiento a nivel mundial.

3. JUSTIFICACIÓN

El paciente que se encuentra internado en una unidad de cuidado intensivo, presenta un alarmante deterioro de sus funciones vitales, que comprometen su integridad física, emocional y social. Las unidades de complejidad como cuidados intensivos, requieren de personal idóneo para desempeñar su trabajo; esta idoneidad está contemplada desde los conocimientos científicos, técnicos y éticos que garanticen la prestación de servicio bajo los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

El artículo 3 de la ley 266 de 1996 del Congreso de la República de Colombia, contempla que “el ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general 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” (Ley 266, 1996). De acuerdo con lo anterior, el profesional de enfermería que se desempeña en una unidad de cuidados intensivos, debe propender dentro del cuidado, por la restitución y potencializar al máximo las capacidades del individuo en el transcurso de recuperación del proceso salud enfermedad, ejecutando planes de acción autónomos y en colaboración con el resto de profesionales que integran el equipo multidisciplinar, con el fin de que el paciente y la familia se vean lo menos posible afectados al restablecerse de una enfermedad.

Dentro del sin número de complicaciones que puede presentar un paciente internado en una unidad de cuidados intensivos, nos conciernen puntualmente las complicaciones propias derivadas de estar internado en una unidad de cuidados intensivos; si bien se parametrizan las variables hemodinámicas, se siguen rigurosamente protocolos de manejo de paciente crítico; de las principales complicaciones y secuelas, se describen como las de mayor incidencia las que derivan de estar expuesto por tiempo prolongado a sedación, analgesia, inmovilización, conexión y utilización de múltiples dispositivos.

Comprender el síndrome post -cuidados intensivos, se convierte en un reto y una necesidad de atención en el sistema de salud, es imperativo para que el profesional de enfermería imparta un cuidado de calidad; debe ser un fenómeno que se prevenga, identifique e intervenga de manera oportuna y con las medidas necesarias, además de implementar acciones dirigidas a dignificar el ser y prevenir las complicaciones que derivan de una estancia en una unidad de cuidados intensivos.

La atención de cuidado impartida por los profesionales de enfermería, ha estado enfocada en el modelo biomédico, es decir, centralizada en aspectos de diagnóstico y tratamiento, pero un tratamiento que se circunscribe a la administración de medicamentos, medidas de confort y cumplir órdenes médicas. Se requiere, un cuidado más holístico, con énfasis en el ser, la recuperación al máximo de las funciones del individuo para su reinserción familiar y social, diezmando las secuelas prevenibles con un buen acto de cuidar.

“Desde la perspectiva teórica, el proceso de enfermería favorece la interacción humana que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas del orden biológico, psicológico y social y promover la adaptación” (Rojas & Pastor Durango, 2010). Por lo cual, en la Unidad de Cuidados Intensivos, se convierte en una estrategia ideal para brindar un cuidado de enfermería con un sustento teórico que apoye la práctica profesional y que repercute de manera directa en el bienestar y la seguridad del paciente, aún más al ser ejecutado por un especialista en cuidado crítico, siendo la formación postgradual un determinante significativo al momento de intervenir problemáticas tan trascendentales como el síndrome post-cuidados intensivos.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Analizar las investigaciones existentes realizadas acerca del Síndrome Post-Cuidados Intensivos en el último lustro y su incidencia en la calidad de vida de pacientes internados y posteriormente dados de alta de una unidad de cuidados intensivos.

4.2. Objetivos específicos

- Realizar búsqueda de literatura que se ha generado sobre el síndrome post cuidados intensivos, temas que han surgido a partir de este concepto y disciplinas que han abordado el fenómeno.
- Identificar las principales complicaciones y secuelas físicas, mentales y neuropsicológicas que se presentan en pacientes internados y dados de alta de una unidad de cuidados intensivos.
- Analizar las diferentes escalas predictivas para la prevención y tratamiento del síndrome post cuidados intensivos (PICS).
- Reconocer el síndrome post cuidados intensivos (PICS), como un fenómeno de interés para enfermería, para la prevención, diagnóstico e intervención de manera oportuna.
- Evaluar la aplicación del Proceso de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos como metodología para proporcionar intervenciones de cuidado.

5. METODOLOGÍA

Paradigma cualitativo - Investigación documental - Estado del arte

El diseño de esta monografía, se consignó en la metodología de la investigación cualitativa, con la cual se pretendió hacer un acercamiento a un fenómeno determinado basado en la subjetividad. Los estudios cualitativos no ponen su énfasis en predecir el comportamiento humano sino en comprenderlo (Rodríguez

Gomez et al., 1996). Al acercarnos a la realidad del fenómeno, se descubrieron las diferentes aristas que pueden surgir a partir de su interpretación y análisis desde diferentes perspectivas. Hay que mencionar además, que la investigación cualitativa puede contribuir a evaluar la calidad del cuidado de la salud y a complementar la investigación cuantitativa (Castillo & Vasquez, 2003).

“El estado del arte es una modalidad de la investigación documental que permite el estudio del conocimiento acumulado (escrito en textos) dentro de un área específica. Los estados del arte permiten la circulación de la información, genera una demanda de conocimiento y establece comparaciones con otros conocimientos paralelos a este, ofreciendo diferentes posibilidades de comprensión del problema tratado; pues brinda más de una alternativa de estudio (Molina Montoya, 2005). La revisión de la producción, permitió ver las investigaciones y análisis que se han generado en torno al síndrome post cuidados intensivos, identificando y definiendo sus componentes y principales manifestaciones en cada uno de ellos, además permitió ver diferentes metodologías y áreas de trabajo desde los que se aborda el fenómeno.

Primer momento: Heurística (Rodríguez Gómez et al., 1996)

- Preparatoria: El síndrome post cuidados intensivos, comprendido como un fenómeno de interés para los profesionales del área de la salud, especialmente para el profesional de enfermería. A partir de la búsqueda de investigaciones, se logró contextualizar la problemática identificando desde las diferentes teorías y metodologías, el origen, explicación y predicción, de los elementos que se han denominado como determinantes para que aparezcan diferentes síntomas, al tiempo que se detectó la intervención multidisciplinaria en su prevención, detección y tratamiento.
- Exploración: Revisión en las bases de datos especializadas en ciencias de la salud, lectura analítica y reflexiva de los artículos, donde se logró abordar el

síndrome post cuidados intensivos desde diferentes enfoques, precisando la información que caracteriza y define el fenómeno.

- Descriptiva: Se realizó análisis riguroso de las investigaciones seleccionadas de la búsqueda del síndrome post cuidados intensivos, identificando las diferentes metodologías, referentes disciplinares y teóricos, estableciendo similitudes, diferencias y nuevos datos.
- Formulación: Se creó una base o línea de partida a partir de la información encontrada, generando ideas que sustentaron y guiaron el análisis del síndrome post cuidados intensivos, proyectando lo que esperábamos encontrar e introduciendo al análisis aquellos hallazgos nuevos.
- Recolección: A partir de las fichas bibliográficas, se realizó un compendio de las investigaciones sobre el síndrome post cuidados intensivos, que contenían la síntesis de los datos del análisis. Estos datos están comprendidos por la fuente de la información, clasificación de la información, resumen de cada artículo, resaltando los aportes más relevantes o significativos.
- Selección: Se desarrolló en conjunto con la recolección, identificando cuando surgían nuevos tópicos en el análisis del síndrome post cuidados intensivos, o determinando cuando se llegaba a la saturación de la información.

Segundo momento: Hermenéutica (Rodriguez Gomez et al., 1996)

- Interpretación: Se realizó análisis de las investigaciones acerca del síndrome post cuidados intensivos, integrándose en núcleos por temas en que se abordaron y el interés que generaron para el análisis.
- Construcción Teórica: Se correlacionaron los análisis desarrollados en la interpretación, abordando los núcleos surgidos de las investigaciones del

síndrome post cuidados intensivos, construyendo la redacción de texto de los hallazgos, lo que se convirtió en la estructura del estado del arte.

- **Publicación:** Generar y compartir el conocimiento científico que surge del estado del arte con el análisis de las investigaciones del síndrome post cuidados intensivos, compartiendo los hallazgos en la academia y difundiendo por medio de la RAE y por un artículo de revista que sintetice los resultados encontrados.

6. PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LA TEMÁTICA

6.1. Material revisado y clasificado

Se hizo una revisión exhaustiva del material bibliográfico disponible teniendo como descriptores los siguientes:

Término	DeCS Español	DeCS Inglés	DeCS Portugués
PICS	Cuidados críticos	Critical care	Cuidados críticos
Confusión mental	Confusión	Confusão	Confusão
Delirium	Delirio	Delirium	Delírio

Tabla 1. Descriptores de Ciencias de la Salud DeCS seleccionados

Se seleccionaron 50 artículos de las siguientes bases de datos:

- PubMed: 47 artículos que corresponden al 96% del material revisado
- Scielo: 2 artículos que corresponden al 2% del material revisado
- Science Direct: 1 artículo que corresponde al 2% del material revisado

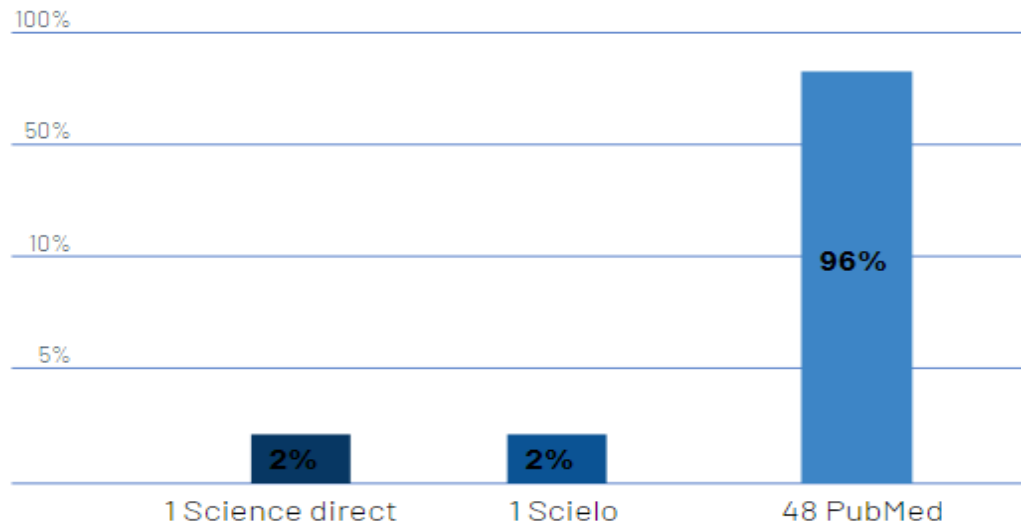


Figura 1. Proporción de artículos analizados por base de datos.

Se revisaron en total 1.456 artículos en las bases de datos anteriormente descritas. Los artículos seleccionados cumplían con el tiempo de publicación inferior a 5 años, abordando el tema de síndrome de PICS desde diferentes perspectivas que nutrían el desarrollo fenomenológico de las manifestaciones, consecuencias y secuelas generadas a partir del mismo, aunado a lo anterior, el acceso a los estudios fue por medio de la base datos de la academia y sin ningún costo. El total de artículos descartados fue 1406, de los cuales 1342 fueron por fecha de publicación anterior a 2015, 60 debido a que al ponderar la información se encuentra pobre aporte al tema de investigación, y 4 porque la revista que lo contiene requiere suscripción paga a la misma.

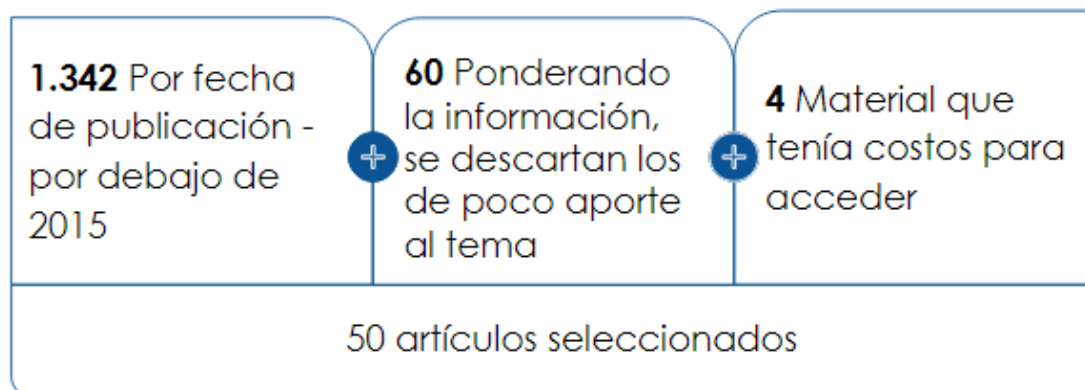


Figura 2. Total de artículos consultados.

Con respecto a los idiomas en los cuáles se encontraron los artículos revisados se tiene que 32 de ellos (64%), están escritos en inglés y los 18 restantes (36%) en español.

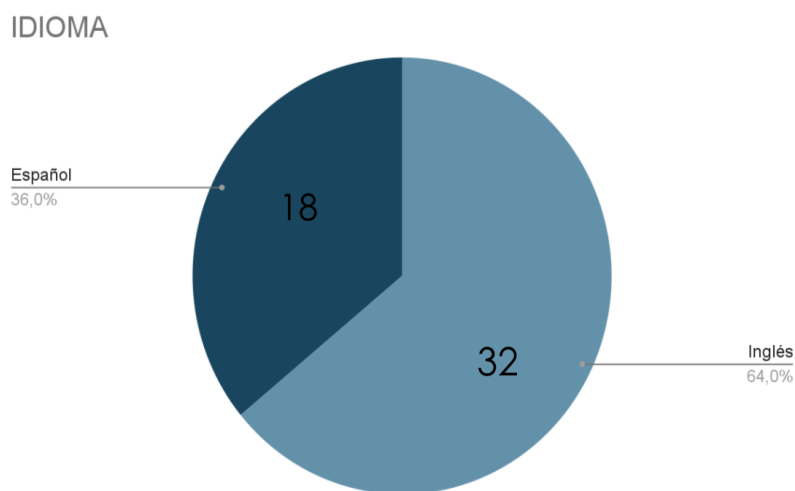


Figura 3. Proporción de artículos seleccionados por idioma.

En el caso de los países, el que cuenta con mayor número de artículos es Estados Unidos de América con 13 en total (26%), seguido por España con 9 de ellos (18%), luego se encuentra Alemania con 4 (8%), para el caso de Holanda se cuenta con 3 (6%), Argentina, Japón, Corea del Sur, Italia, Canadá e India están representados

por 2 artículos cada uno (24%), y finalmente con 1 artículo (18%) están Colombia, Portugal, Costa Rica, Perú, Australia, Dinamarca, Brasil, Reino Unido y Brunei.

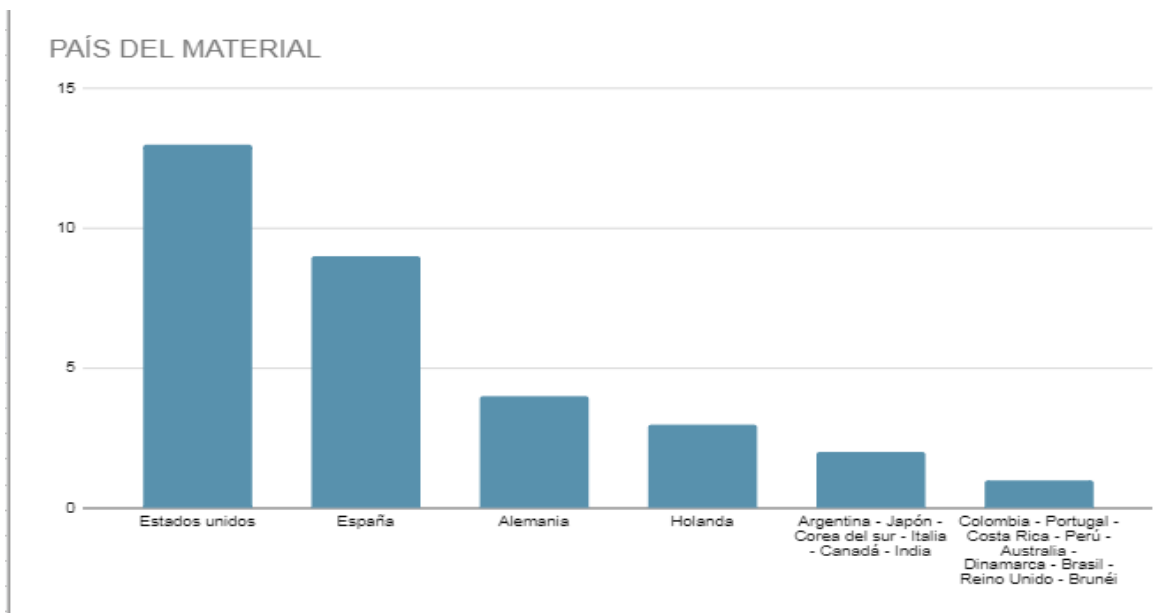


Figura 4. Proporción de artículos seleccionados por país.

El material que desde la planeación de la búsqueda se decidió tener en cuenta correspondió a artículos tanto investigativos como de revisión y reflexión.

6.2. Línea del tiempo



Figura 5. Línea del tiempo por problemática hallada.

La búsqueda de material bibliográfico abarcó el periodo comprendido entre 2015 y 2021 en la cual se tuvo en cuenta los descriptores PICS, confusión mental y delirio.

Para el año 2015, los principales temas que se pudieron identificar en los artículos analizados fueron delirio, calidad de vida y evolución del paciente crítico posterior al alta de las unidades de cuidado intensivo.

En contraste con lo anterior, para el año 2016, los temas fueron muy similares en el sentido que calidad de vida aparece nuevamente, mientras que se podrían equiparar en similitud por su cercanía la evolución del paciente crítico con sobrevivida de paciente crítico debido a que el enfoque de los artículos presenta una gran cercanía entre ambos temas; aparecen también los conceptos de ansiedad, resiliencia y cuidado centrado en el paciente mientras que delirio no es tenido en cuenta para este año.

Por su parte, durante el 2017 se logra evidenciar que nuevamente aparece como tema principal el delirio, acompañado por tópicos relacionados con la descripción del síndrome post cuidados intensivos así como su impacto en la calidad de vida post egreso; adicionalmente se pueden identificar que algunos hacen referencia a la insuficiencia multiorgánica y a las estrategias de movilización precoz.

De otro lado, para el año 2018 si bien se conserva el delirio como un tema fuerte, empiezan a vislumbrarse muchas estrategias de prevención de PICS, además de recomendaciones acerca de la analgesia y sedación en pacientes críticamente enfermos; sumado a ello, se tienen en cuenta la falla cognitiva como un síntoma con gran predominio, acompañado por el estrés postraumático prolongado.

Continuando con el recorrido por la línea del tiempo, se halla que en el 2019, el delirio continúa figurando entre las principales temáticas de los artículos revisados al igual que todos los tópicos relacionados con la analgesia y la sedación en los

pacientes de la UCI. Se plantea una nueva tendencia en todo lo que se refiere al seguimiento de los pacientes luego del alta de las unidades críticas con el fin de detectar signos tempranos de PICS y con ello poder minimizar los efectos del mismo. Cabe rescatar, que la rehabilitación y las intervenciones farmacológicas son abordadas desde una mirada de manejo con miras a mitigar las secuelas producidas.

Al llegar al 2020, en plena crisis por la pandemia del SARS-COV-2, momento en el cual se desborda la ocupación de las unidades de cuidados intensivos y se aumenta significativamente la atención de pacientes con trastornos hemodinámicos complejos secundarios al deterioro respiratorio y ventilatorio, se puede observar que el enfoque de los temas tratados contempla como tema relevante la analgesia y sedación de los pacientes críticos, al tiempo que tiene una mirada muy exhaustiva en cuanto a lo relacionado con la descripción del Síndrome Post Cuidados intensivos, sus factores de riesgo para desarrollarlo, haciendo gran hincapié en el deterioro cognitivo como un grupo de prevalencia y finalmente las estrategias de prevención.

Como último año de análisis, durante el 2021, continúa estando dentro de los temas principales la analgesia y sedación de los pacientes críticamente enfermos, al igual que la descripción del síndrome. Reaparece luego de varios años la movilización precoz como una estrategia con buenos resultados para prevenir la ocurrencia de PICS, al tiempo que se empiezan a dar a conocer, algunos instrumentos que pueden tener una gran trascendencia al momento de medir el Síndrome Post Cuidados Intensivos.

6.3. Enfoques metodológicos

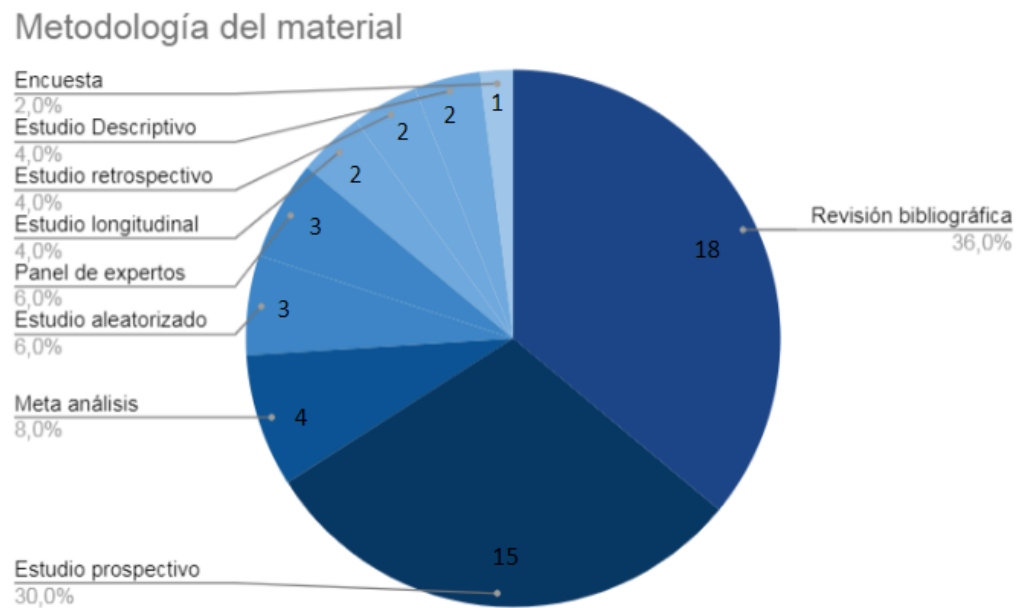


Figura 6. Metodología de los 50 artículos seleccionados

La metodología con la que se desarrollaron los diferentes artículos seleccionados, se ven plasmados en la gráfica, mostrando el mayor número de artículos 18 de ellos (36%) con la metodología revisión bibliográfica, seguido por 15 artículos (30%) desarrollados bajo la metodología de estudio prospectivo, 4 de los artículos (8%) se desarrollaron bajo la metodología de meta análisis. Entre tanto, se encontraron 3 artículos (6%) desarrollados bajo la metodología panel de expertos, en la misma cantidad se encontraron artículos con metodología estudio aleatorizado, se encuentran tres metodologías como lo son el estudio retrospectivo, el estudio longitudinal y el estudio descriptivo, cada uno con 2 artículos (4%). finalmente 1 artículo (2%) se desarrolló con la metodología de encuesta.

6.3.1. Estudio descriptivo:

En los estudios descriptivos, el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo, tal sería el caso de estudios que describen la presencia

de un determinado factor ambiental, una determinada enfermedad, mortalidad en la población, etc., pero siempre referido a un momento concreto y sobre todo, limitándose a describir uno o varios fenómenos sin intención de establecer relaciones causales con otros factores (Veiga de Cabo et al., 2008).

6.3.2. Meta-análisis:

Un meta-análisis implica una síntesis cuantitativa de la evidencia acumulada sobre una pregunta de investigación previamente definida. La respuesta se basará en la información contenida en los estudios previamente publicados (estudios primarios). Las principales características del meta-análisis son la precisión, la objetividad y la replicabilidad. Su aplicación permite obtener una estimación combinada del tamaño del efecto. También permite evaluar la heterogeneidad observada en un campo de estudio. Ello permite a su vez formular nuevas hipótesis que incorporan el papel de variables que no se habían tenido en cuenta hasta el momento. Un meta-análisis comienza con la formulación del problema (Botella & Zamora, 2017).

6.3.3. Revisión bibliográfica:

La revisión bibliográfica o estado del arte corresponde a la descripción detallada de cierto tema o tecnología, pero no incluye la identificación de tendencias que puedan plantear diferentes escenarios sobre el desarrollo de la tecnología en cuestión y que permitan tomar decisiones estratégicas. Para ello se emplea la Vigilancia Tecnológica, la cual permite comprender los cambios tecnológicos del entorno a través de la revisión periódica de diferentes fuentes. La metodología propuesta para la revisión bibliográfica puede ser aplicada a cualquier tema de investigación para determinar la relevancia e importancia del mismo y asegurar la originalidad de una investigación. Además, permite que otros investigadores consulten las fuentes bibliográficas citadas, pudiendo entender y quizá continuar el trabajo realizado (Gómez Luna et al., 2014).

6.3.4. Estudios prospectivos y retrospectivos:

Este tipo de clasificación se establece en cuanto a la dimensión longitudinal de los estudios, por lo que se pueden excluir directamente los estudios de corte o transversales. Los criterios de prospectivo o retrospectivo, se refieren principalmente al planteamiento de la dirección en el tiempo del estudio, progresiva (hacia delante) o regresiva (hacia atrás) en el tiempo desde el momento en que se inicia el estudio. En el caso de los estudios descriptivos longitudinales, podemos encontrar estudios prospectivos, cuando una vez establecido el inicio del estudio se realiza un seguimiento de la población en el tiempo, y lo consideraríamos retrospectivo (en la mayoría de los casos), cuando analizamos una tendencia de cualquier fenómeno que haya acontecido en una población con anterioridad al inicio del estudio (Veiga de Cabo et al., 2008).

6.3.5. Estudios longitudinales:

Los estudios longitudinales se corresponden con aquellos en los que se presenta una temporalidad como base del mismo. Dentro de los estudios descriptivos, serían longitudinales los estudios de tendencias o aquellos que establecen un periodo de tiempo como base del estudio. Los estudios transversales se corresponden con los estudios de corte en el tiempo. Los estudios analíticos se consideran longitudinales por definición, pues el criterio para que un estudio sea calificado como longitudinal, radica en la base conceptual que subyace en el estudio, de forma que en el caso de los estudios, tanto de Cohortes como de Casos y Controles, la base del estudio se establece en el tiempo real o implícito establecido entre el momento en que actúa un factor de riesgo o agente causal y el que se muestra patente el efecto o enfermedad (Veiga de Cabo et al., 2008).

6.3.6. Estudio clínico aleatorizado:

Es un experimento planificado en el que, de forma prospectiva, se comparan dos o más intervenciones preventivas, curativas o rehabilitadoras, asignadas de forma individualizada y aleatoria a un grupo de pacientes, con el objetivo de

estudiar la eficacia y/o seguridad de dichas intervenciones en el ser humano. Tanto la selección de los sujetos como los periodos de tratamiento y seguimiento han de tener lugar simultáneamente en todos los grupos (grupos de intervención y grupos control). El Estudio Clínico Aleatorizado en su forma más sencilla es un estudio de diseño paralelo con dos grupos, que consiste en la selección de una muestra de pacientes y su asignación de forma aleatoria a uno de los dos grupos. Uno de ellos recibe la intervención de estudio y el otro la de control utilizada como referencia o comparación. Ambos grupos se siguen de forma concurrente durante un periodo determinado, cuantificando y comparando las respuestas observadas en ambos (Ledesma Albarrán & Gutiérrez Olid, 2013).

6.3.7. Panel de expertos:

Consiste en reunir a un grupo de expertos en calidad de panel, a quienes se les somete a una serie de preguntas con participación abierta de dichos expertos; una de sus características fundamentales que la diferencia con otras técnicas de expertos es que no existen secretos sobre la identidad del emisor de las opiniones y no hay retroalimentación dirigida desde el exterior. Esta técnica se basa en el supuesto de que varios expertos serán capaces de generar unas mejores conclusiones sobre un asunto, que una sola persona. Aunque se estimula la comunicación, el diálogo y la discusión, tiene como desventaja que una persona o un grupo dominante anule la interacción adecuada y se logre un consenso por su capacidad de argumentación y no por la validez de la misma. (Uribe Macias & Cujíño Ibarra, 2015).

6.3.8. Encuesta:

La encuesta es una técnica de recogida de datos, o sea una forma concreta, particular y práctica de un procedimiento de investigación. Se enmarca en los diseños no experimentales de investigación empírica propios de la estrategia cuantitativa, ya que permite estructurar y cuantificar los datos encontrados y generalizar los resultados a toda la población estudiada. Permite recoger datos

según un protocolo establecido, seleccionando la información de interés, procedente de la realidad, mediante preguntas en forma de cuestionario (su instrumento de recogida de datos). Se trata de un tipo de investigación interdisciplinario por excelencia, debido a su amplitud, a los requisitos que tiene que cumplir toda investigación de campo y al análisis estadístico de datos (Kuznik et al., 2010).

7. ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LOS DATOS

7.1. Capítulo 1: Síndrome post cuidados intensivos: dimensiones y afectación en la calidad de vida

“La población mundial envejece, la edad promedio de los ciudadanos está aumentando en los países avanzados de Europa, así como en EE. UU, China, Corea y muchos otros países asiáticos. Además, para el 2050 el porcentaje de personas mayores de 65 años será superior al 20% en la mayor parte del mundo, excepto en los países de África y Oriente Medio, lo que los convierte en sociedades de súper envejecimiento” (Inoue et al., 2019). La longevidad de la población responde al control de la natalidad y al desarrollo de la ciencia y la tecnología en el área de la medicina, surgiendo terapias y tratamientos para pacientes críticamente enfermos. Con el aumento de la expectativa de vida en la población mundial y la mejora en las tecnologías existentes se puede alcanzar una sobrevida importante en los pacientes, siendo primordial la garantía de la calidad de vida de los mismos.

Cada día se describen miles de casos de pacientes que sobreviven a enfermedades o procesos complicados gracias al soporte que se brinda en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Dichos procesos institucionalizados pueden ser de corta o larga estancia. El alta de un paciente que estuvo en UCI, no siempre hace referencia a la recuperación total del individuo por lo que el análisis de los casos de las complicaciones al alta de estos pacientes ha dado lugar al reconocimiento de alteraciones adquiridas o exacerbadas al paso por la UCI. “Cuando un paciente

tiene una recuperación complicada después de la estancia en la UCI, el primer objetivo debe ser identificar los problemas modificables que impiden su recuperación, lo que luego conducirá a una atención individualizada” (Flaws et al., 2020). Esta afirmación permite dimensionar en los pacientes internados por diferentes patologías, la magnitud de los fenómenos que puedan presentarse posterior a la estadía en unidades críticas.

“La bibliografía mundial ofrece poca información sobre la causa de muerte de los pacientes una vez egresados de la UCI, pero la sepsis, especialmente de foco pulmonar, y la insuficiencia respiratoria de cualquier origen, parecen ser las causas más frecuentes de mortalidad”. (Barrantes-Morales et al., 2016). Sin embargo, existen una serie de síntomas característicos que aparecen en muchos de los pacientes que son egresados de las unidades críticas y que han pasado desapercibidos hasta hace algunos años, momento desde el que empezaron a identificarse y desde el cual se han descrito, llevando consigo la construcción de escalas y otras medidas que ayuden a la prevención, detección, intervención y rehabilitación de los mismos. “El pronóstico de un paciente ingresado en UCI es difícil de estimar, pero es mucho más difícil de estimar después de una estancia prolongada cuando tiene una complicación y nos preguntamos si el tratamiento de esta nueva complicación tiene sentido” (Hernández-Tejedor et al., 2015).

El síndrome post-cuidados intensivos (PICS, por sus siglas en inglés) se refiere a problemas de salud físicos, mentales y cognitivos, nuevos o que empeoran después del tratamiento en una UCI. PICS, se ha introducido como un término integrado pero aún no se ha establecido una definición operativa clara o criterios de diagnóstico. Sin embargo, a medida que aumenta la tasa de supervivencia de los pacientes de la UCI, se están realizando más estudios sobre el PICS como resultado a largo plazo de la internación y del tratamiento en la UCI (Lee et al., 2020).

La literatura científica referencia el síndrome PICS como la alteración o discapacidad manifestada por la capacidad física deteriorada y las restricciones en las actividades de la vida diaria; alteración en la salud mental con manifestaciones de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático o una combinación de estos; alteración o deterioro cognitivo incluyendo afectación en la memoria y la función ejecutiva y global.

La ocurrencia del síndrome PICS está cobrando auge de manera muy marcada en los últimos años. Lo anterior, es debido a que si bien el fenómeno se viene presentando desde un par de décadas atrás, hasta ahora se ha logrado difundir y posicionar como un problema de salud pública que requiere intervención prioritaria por parte de las instituciones de salud que cuentan con unidades de cuidados intensivos. Así mismo, deben contemplarse las estrategias desde todos los niveles de atención, lo que permite diseñar un plan que abarque la prevención, detección, intervención y rehabilitación. Para lo anterior es muy importante contemplar aspectos socio-demográficos que predicen mayor susceptibilidad de tener manifestaciones de PICS, tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, la salud física, mental y función cognitiva previa.

Se ha manifestado de manera explícita, que la amplia gama de síntomas que pueden presentarse durante la ocurrencia de PICS, a saber: físicos, mentales y cognitivos, impactan de forma directa en el bienestar de los pacientes y sus familias al ser egresados de una unidad de cuidados intensivos (Rawal et al., 2017). El cúmulo de estas manifestaciones en el paciente luego de la internación, tanto a mediano como largo plazo, inciden de manera definitiva en la calidad de vida, recuperación y rehabilitación de los mismos.

“El síndrome PICS es un síndrome multifacético; por tanto, es imperativo contar con un equipo interdisciplinario para atender las diferentes manifestaciones” (Fernandes et al., 2019). Se hace necesario que el grupo evaluador de los paciente ingresados

a una UCI esté conformado por profesionales médicos, enfermeros especialistas en cuidado crítico, terapeutas tanto físicos como respiratorios, psicólogos, consejero espiritual e ir estrechamente de la mano con la familia, lográndose incorporar en el proceso salud - enfermedad de su ser amado como protagonistas fundamentales durante la internación y posterior rehabilitación.

Estudios recientes apuntan al cambio de paradigma entre un paciente dormido lo que es equivalente a pasivo, sedado e inmovilizado, versus un paciente despierto movilizado o moviéndose de manera precoz y activa, facilitando su cooperación, como estrategia para minimizar las manifestaciones del síndrome PICS (Acevedo-Nuevo & González-Gil, 2017). Con esto, ha surgido un creciente interés por saber cómo es la vida de los pacientes después de su ingreso en UCI, cuál es la interpretación y significado que ellos hacen y cuáles son las consecuencias a medio y largo plazo de esta experiencia.

Un enfoque estructurado para el diagnóstico de PICS permitiría tratamientos personalizados en los dominios alterados. El tratamiento personalizado puede incluir fisioterapia individual, psicoterapia, entrenamiento de la memoria o servicios de enfermería domiciliaria (Spies et al., 2021). Todos estos avances, aportan herramientas validadas para que los enfermeros, que son los profesionales que están en la cabecera del paciente, puedan adaptar protocolos de analgesia y sedación, guiados por metas, favorecer la movilización temprana de los pacientes en la UCI, detectar precozmente el delirio con ayuda de las escalas predictivas.

Finalmente, en respuesta al síndrome post cuidados intensivos, surge el paquete de medidas ABCDEFGH. El mismo, consta de estrategias que conllevan a prevenir la ocurrencia del PICS y están identificadas por cada una de las letras, a saber (Inoue et al., 2019):

A: manejo de las vías respiratorias: evaluar, prevenir y manejar el dolor.

- B:** pruebas de respiración: incluidas las interrupciones diarias de la ventilación mecánica, pruebas de despertar espontáneo y pruebas de respiración espontánea.
- C:** elección de analgesia y sedación: coordinación de la atención y comunicación.
- D:** evaluación, prevención y tratamiento del delirio.
- E:** movilidad temprana y ejercicio.
- F:** participación familiar, referencias de seguimiento y reconciliación funcional.
- G:** buena comunicación de traspaso.
- H:** material de distribución sobre PICS y PICS-F.

7.1.1. Dimensión física

Las manifestaciones en esta dimensión del PICS se describen como las limitaciones físicas que son desencadenadas por el proceso de la enfermedad crítica y que a su vez, limitan de manera significativa otras áreas del ser. Para poder afirmar que un paciente presenta limitación física como manifestación del síndrome de PICS, se debe tener pleno conocimiento de la funcionalidad física previa del paciente, normalmente con datos que pueden ser aportados por la familia. Algunas de las escalas avaladas para determinar la funcionalidad previa a la enfermedad crítica y posterior a ella son el Índice de Katz, el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody.

Las complicaciones físicas al alta de la UCI son frecuentes y pueden clasificarse en dos grupos. El primero corresponde a las pulmonares, donde se observó un patrón restrictivo leve (que se normalizaba a los 6 meses del alta) y presencia de alteración en la difusión de monóxido de carbono, que mejoraba con el paso del tiempo. Mientras que entre las complicaciones extrapulmonares más frecuentemente se presenta la debilidad muscular relacionada con la disminución de la masa muscular, así como la disminución de la fuerza y la resistencia (Busico et al., 2019).

Los pacientes internados en la UCI están sometidos a un grado importante de inmovilización por periodos prolongados, lo cual favorece la manifestación del

síndrome de debilidad adquirida en la UCI y la disfunción neuromuscular, posterior a ello, se pueden presentar secuelas que persisten durante años después del alta hospitalaria. Su etiología es multicausal y se relaciona con factores de riesgo que se evidencian diariamente en el paciente crítico, como prolongación en la ventilación mecánica, en la estancia en la UCI y en la inmovilidad, utilización de bloqueantes neuromusculares o corticoterapia, hiperglicemia, shock, sepsis e insuficiencia renal.

La debilidad adquirida en UCI se caracteriza por la disminución de la fuerza muscular, en general, asociada a atrofia, de comienzo agudo, difuso, simétrico y generalizado. “La atrofia muscular puede ocurrir precozmente por una disminución en la síntesis de proteínas musculares, generalmente involucrando a la miosina. Recientemente, una citoquina inducida por el estrés orgánico, el factor de crecimiento y diferenciación 15 (GDF-15), se identificó como un mediador de atrofia muscular durante la enfermedad crítica. Otros factores podrían contribuir al decremento de la función muscular, como la falta de excitabilidad de la membrana muscular, que conlleva a disfunción de los canales de sodio y afección de la homeostasis de calcio intracelular, alterando la contracción muscular” (Forcillo et al., 2018).

Como medida que apacigua la debilidad muscular, se ha comprobado que la electroestimulación puede generar potenciales de acción en el nervio y en el músculo, que son como los producidos por la acción del sistema nervioso. El efecto visible o palpable de la estimulación eléctrica es la contracción muscular. Al realizar estímulos eléctricos por medio de electrodos de contacto, se produce la excitación del sarcolema del nervio que inerva al músculo, entre tanto, el edema de extremidades va a aumentar la impedancia de los tejidos, y será necesaria una mayor intensidad dosificada para lograr una contracción visible o palpable. El uso de medicamentos vasoactivos podría representar una contraindicación relativa para el uso de electroestimulación neuromuscular, teniendo en cuenta la dosis a la que

se está administrando, ya que el flujo sanguíneo será redireccionado a los órganos vitales, disminuyendo el afluente a la musculatura periférica (Forcillo et al., 2018).

El dolor puede causar alteraciones hemodinámicas (taquicardia, bradicardia, hipertensión, hipotensión, bradipnea y desaturación) en el paciente que se encuentra internado en una UCI. Es por ello que suele presentar perturbación en la capacidad comunicativa y verbal producto del estado mental alterado, uso de ventilación mecánica y sedación. Por lo anterior, se requiere un meticuloso equilibrio entre manejo del dolor con titulación de la analgesia y evitar la sedación excesiva y por tiempo prolongado. La literatura recomienda el uso de herramientas de evaluación del dolor como la Escala de dolor conductual en pacientes intubados (BPS) y no intubados (BPS-NI), y la Herramienta de observación del dolor en cuidados críticos (CPOT) entre adultos en estado crítico que no pueden reportar dolor y en quién se observan comportamientos del mismo. Tanto el CPOT como el BPS han demostrado la mayor validez y confiabilidad disponible para monitorear el dolor (Prabhakar et al., 2021).

La sedación sin control del dolor puede ser una causa importante de agitación o delirio en pacientes críticos ya que la mayoría de los sedantes no proporcionan analgesia y por ello, se recomienda como primera medida en la UCI y aún más, en paciente con ventilación mecánica, una adecuada analgesia y manejo del dolor. Complementario a las medidas farmacológicas de control del dolor, se describen las medidas no farmacológicas relacionadas con buenas prácticas de atención de enfermería. Estrategias tales como la creación de un entorno pacífico para el paciente, eliminación de la tensión innecesaria de las áreas que están bajo presión, método correcto de vendaje o una posición adecuada del cuerpo del paciente, contribuyen en gran medida a reducir la necesidad de sedantes y analgésicos en la UCI y garantizar la comodidad del paciente (Prabhakar et al., 2021).

7.1.2. Afectación de la dimensión física en la calidad de vida

Las investigaciones analizadas detallan que las manifestaciones físicas del PICS influyen directamente en la calidad de vida del paciente y sus cuidadores. Algunos pacientes con limitaciones previas a la enfermedad crítica, reportan mayor dependencia que otras personas, y pacientes que eran totalmente funcionales quedan dependientes para actividades de la vida diaria básica e instrumentadas, perdiendo la autonomía e independencia, y en muchos casos, con condiciones que no es posible restablecer.

Cuando se presenta dependencia para las actividades, se debe tener en cuenta la variable de género y edad. Se ha descrito que en el paciente joven con dependencia, hay incremento de las manifestaciones de la dimensión mental, con síntomas de depresión y agresividad. Es importante determinar otras variables como ocupación, estrato socioeconómico, conformación del núcleo familiar, para la inclusión a programas de rehabilitación física, logrando con ello, revertir, prevenir o retrasar las secuelas motoras discapacitantes.

En el paciente crítico en UCI es usual que se presente el dolor, y para ello se emplean diferentes medicamentos y herramientas de confort para disminuir su intensidad. El dolor es reconocido como un fenómeno que continúa después del alta de los pacientes de la UCI, el mismo puede convertirse en crónico y ser de difícil manejo. Los pacientes afectados por el dolor, estuvieron expuestos a más días con hiperinflamación y ventilación mecánica y además se ha asociado la presencia de sepsis o valores altos de PCR con alta incidencia de dolor. “Las regiones corporales más afectadas por el dolor fueron el tórax (32%), piernas y rodillas (29%), pies (26%), hombros (25%), y la espalda (21%)”. El dolor que afecta a más de una región del cuerpo fue informado por 68% de los pacientes” (Koster-Brouwer et al., 2020).

Un mayor riesgo de dolor entre las mujeres se ha observado previamente y se ha atribuido a diferencias biológicas y psicosociales entre hombres y mujeres (Koster-

Brouwer et al., 2020). Se documenta que las mujeres son más consumidoras de analgésicos previos a una enfermedad crítica y tal vez por ello, su dolor se exagera o no sea calmado por los medicamentos habitualmente consumidos. El dolor se describe como un síntoma molesto que afecta el desarrollo de las actividades cotidianas, siendo una causa frecuente de consulta luego del alta de la UCI y que llega a ser discapacitante requiriendo incluso manejo por clínica de dolor, el dolor suele convertirse en un factor presente en manifestaciones mentales del PICS.

7.1.3. Dimensión mental

Las manifestaciones en esta dimensión del PICS, se describen como los comportamientos asociados a ansiedad, depresión, estrés postraumático y pueden llegar a limitar de manera significativa otras áreas del ser y su entorno familiar y social.

La literatura describe factores asociados al desarrollo del delirio en la UCI, dentro de los cuales se resaltan: las fluctuaciones en el nivel de sedación utilizado mientras los pacientes reciben ventilación mecánica, los períodos prolongados de sedación excesiva y la inmovilización (Marino et al., 2015). Los factores mencionados, se conocen de práctica habitual en las UCI, sin embargo, se ha realizado un gran esfuerzo en demostrar que la escala de sedación y agitación de Richmond (RASS) y la escala de método de evaluación de confusión en la UCI (CAM-UCI), son efectivas en mantener un nivel de sedación óptimo, minimizando la aparición de delirio y de sus complicaciones.

La escala RASS evalúa la agitación y sedación de adultos y niños en la UCI. En esta, la agitación va en un rango de +1 a +4, la sedación de -1 a -5 y la normalidad es 0 (paciente alerta y tranquilo). Los pacientes con puntuaciones entre +4 y -3 son susceptibles de ser evaluados para delirium; puntuaciones menores (-4 o -5) implican sedación profunda en la que no hay actividad mental y por lo tanto, no puede haber delirium. Por su parte, la escala CAM-ICU puede ser evaluada de

forma no verbal en caso de ser necesario, como es el caso de paciente intubado. Esta escala incluye pruebas específicas para evaluar la atención y guía al evaluador para que la administre de forma estandarizada, lo que influye positivamente para el diagnóstico de confusión y delirio.

El delirio es un estado mental de confusión que incluye cambios en la conciencia, los pensamientos, el juicio, el comportamiento y el ciclo circadiano. Existen múltiples hipótesis para el desarrollo del delirio incluyendo neuroinflamación, deficiencia colinérgica central, alteraciones en las vías dopaminérgicas o el resultado de medicamentos deliriogénicos.

Del delirio se describen tres subtipos motores: delirio hiperactivo, delirio hipoactivo y delirio mixto. El delirio hiperactivo está relacionado al exceso de transmisión de dopamina y a la reducción de la actividad colinérgica central, mientras que el delirio hipoactivo puede estar asociado con alteraciones del sistema nervioso central. Estos pacientes pueden tener una enfermedad neuropatológica que limita su actividad motora y presagia peores resultados a largo plazo. El delirio hipoactivo, suele pasar desapercibido y ser subtratado, se ha relacionado con peores resultados en la recuperación del paciente de la UCI. El delirio mixto es la fluctuación entre los subtipos hiperactivo e hipoactivo (Hayhurst et al., 2020).

Los estudios mostraron como los marcadores para neuroinflamación tales como la proteína S-100 β - (un marcador de astrocitos y activación glial), se han asociado con una mayor duración del delirio. La gravedad y duración del delirio, puede estar explicada con la inflamación y activación de astrocitos, que a su vez incide directamente en la mortalidad de los pacientes ya que los niveles más altos de interleucina-8 y S-100 β se asociaron con mayor mortalidad entre los pacientes delirantes. En pacientes con trauma craneoencefálico y accidente cerebrovascular isquémico, son el escenario de una evidente lesión neurológica en el que se describe alto potencial de liberación de la proteína S-100 β . Estudiar los

biomarcadores asociados con el delirio podrían proporcionar conocimiento y herramientas de los mecanismos que promueven el deterioro cognitivo a largo plazo. En la actualidad, el único factor de riesgo modificable de deterioro cognitivo a largo plazo adquirido en la UCI es la duración del delirio (Khan et al., 2020).

Referente al uso de benzodíacepinas, la agitación se asoció con el mayor riesgo de mortalidad seguida de la sedación profunda. El riesgo de mortalidad fue cinco veces mayor en los pacientes que pasaron del 94% de su estancia en la UCI en sedación profunda en comparación con aquellos que sólo pasaron 50% (Aragón et al., 2019). El uso de sedación sin benzodiazepinas se ha asociado a una estancia más corta y duración más corta de la ventilación mecánica en UCI, en comparación con los pacientes que reciben benzodiazepinas para la sedación (Aragón et al., 2019). La alternativa para una sedación más segura y protectora, es el uso del fármaco dexmedetomidina, una de las razones de su bajo uso podría ser su alto precio; sin embargo, al considerar los beneficios potenciales, es posible que en realidad sea más rentable su uso. (Aragón et al., 2019).

Los opioides son catalogados como deliriogénicos y de ello existen dos versiones en contraposición en la literatura. Hay estudios que afirman que la exposición a la morfina es el predictor más fuerte de delirio, sin embargo, los estudios también han encontrado lo contrario, los pacientes que reciben una dosis de opioide relevante tienen menos probabilidades de desarrollar delirio. (Nedergaard et al., 2020). Siguiendo las pautas actuales, se identificó al propofol como el medicamento de primera elección para la sedación en pacientes con ventilación mecánica y al remifentanilo como el tratamiento de referencia para la analgesia basada en sedación. Los opioides y los antiinflamatorios no esteroideos se identificaron como medicamentos de referencia para el tratamiento del dolor (Raurell-Torredà et al., 2019). Se estableció una preferencia por el haloperidol, la hidroxicina y los antipsicóticos atípicos como la olanzapina y la quetiapina como medicamentos de primera línea para el tratamiento del delirio (Venni et al., 2018).

Es necesario un abordaje multimodal en relación con la infraestructura y el ambiente de las UCI; es difundida ya la hipótesis de que los factores de estrés ambientales como los niveles de ruido altos y las condiciones de iluminación inadecuadas predisponen a los pacientes a complicaciones como el delirio. Actualmente hay un número creciente de soluciones tecnológicas y arquitectónicas que puede ayudar a la implementación de la acústica en el ámbito hospitalario como medida profiláctica o terapéutica (Luetz et al., 2019). Continuando con el abordaje multimodal, se describe el impacto positivo de los diarios en la salud mental y el afrontamiento, ya que puede ayudar a los pacientes a elaborar correctamente sus recuerdos desagradables de la UCI (por ejemplo, tubos endotraqueales, alucinaciones) y superar el sufrimiento psicológico, la angustia la depresión y la ansiedad después del alta de la UCI (Kredentser et al., 2018).

7.1.4. Afectación de la dimensión mental en la calidad de vida

En general, las manifestaciones de tipo mental en los pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo pueden influir de manera significativa en el proceso de recuperación post internación considerando el delirio como el principal efecto indeseado en esta esfera del PICS. Estudios recientes han descrito una prevalencia de depresión mayor en los supervivientes de la UCI de más del 30%, generada por síntomas somáticos, lo que evidencia que el manejo terapéutico dirigido a los síntomas físicos antes que a los cognitivos podría beneficiar a los pacientes que son dados de alta de las unidades de cuidados críticos (Rodríguez-Villar et al., 2017).

Se sabe que, entre los pacientes dados de alta de una UCI, una proporción significativa desarrolla sucesivamente neuropatía por enfermedad crítica, depresión, síntomas clínicos de trastorno de estrés postraumático y déficits cognitivos clínicamente evidentes (Venni et al., 2018). Siendo los síntomas anteriores, factores de deterioro significativo en la calidad de vida y recuperación adecuada luego de una internación en unidades críticas.

En comparación con otras poblaciones de pacientes, los pacientes mayores representan más ingresos en la UCI y tienen un alto riesgo de delirio, que es un factor de riesgo para desarrollar disfunción cognitiva en PICS (Ahmad & Teo, 2021). Encontrándose con esto una gran fragilidad de los adultos mayores en la presencia de síntomas de tipo mental, más específicamente delirio, que como ya ha sido mencionado de manera recurrente es un criterio de alerta y un factor que predispone a la ocurrencia de deterioro cognitivo.

Si se identifica un trastorno del estado de ánimo, se debe preguntar a los pacientes sobre los problemas de salud sexual y la higiene del sueño, ya que ambos problemas tienden a ocurrir al mismo tiempo y pueden empeorar el PICS mental (Ahmad & Teo, 2021). En otras palabras, la detección temprana de síntomas asociados al comportamiento anormal en los pacientes egresados de la UCI, permite establecer de manera muy clara las características definitorias en esta esfera.

7.1.5. Dimensión neurocognoscitiva

Para describir la afectación en la dimensión neurocognoscitiva del PICS, se plantean tres posibles mecanismos. Primero, es posible un efecto directo de la disfunción ejecutiva a través de la disminución de la reserva cognitiva, la recuperación de eventos estresantes, como una enfermedad crítica, requiere flexibilidad cognitiva y un pensamiento de orden superior para navegar por la nueva normalidad, con un sinsabor de recuerdos reales o de su imaginación, de sentirse ajeno a una parte de su historia que es contada por personas cercanas.

En segundo lugar, es posible un efecto indirecto de la disfunción ejecutiva resultante de las deficiencias manifiestas, como pueden ser el deterioro funcional, desempleo, mala adherencia a los regímenes de tratamiento y terapéutica o una función social deficiente.

En tercer lugar, la enfermedad crítica puede causar una lesión directa en el cerebro que predispone a la disfunción ejecutiva, la depresión y otros factores de confusión no medidos. La corteza prefrontal se ha implicado en la patogénesis tanto de la disfunción ejecutiva como de la depresión, y los estudios en animales apoyan la hipótesis de que la inflamación y la hipoxia desempeñan un papel importante (Duggan et al., 2017).

Los factores de riesgo de deterioro cognitivo incluyen sepsis grave, a menudo complicada por hipoxia, hipotensión, medicamentos sedantes y analgésicos, y especialmente el delirio (Haddad et al., 2020). Los efectos de la sepsis en el cerebro solo se han dilucidado recientemente en modelos animales, estos modelos muestran que la inflamación sistémica durante la sepsis conduce a la infiltración de monocitos y neutrófilos en el cerebro, donde se expresan las citocinas y quimiocinas proinflamatorias y se activa la microglía, dando como resultado la neuroinflamación y la neurodegeneración crónica, incluida la pérdida neuronal cortical y subcortical, lo que conduce a un deterioro cognitivo clínicamente significativo. El delirio en estos entornos podría ser un biomarcador útil de lesión cerebral aguda que afecta a un alto porcentaje de pacientes en estado crítico y que suele suceder afectaciones o secuelas posterior al alta (Girard et al., 2018).

Múltiples estudios documentan que el delirio es un predictor de peor resultado cognitivo después del alta de la UCI, relacionando el midazolam con la disfunción ejecutiva; la administración de benzodiazepinas se asocia a la presencia de delirio y las benzodiazepinas también se usan para tratar el delirio, por ello se habla de otras medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir y tratar el delirio.

Las investigaciones recientes documentan numerosos factores de riesgo prevenibles para el delirio, incluido el uso de psicofármacos, la ventilación mecánica y una variedad de afecciones médicas como el dolor no tratado, la insuficiencia cardíaca, la inmovilización prolongada, la presión arterial anormal, la anemia y la

falta de sueño (Sakuramoto et al., 2015). Uno de los predictores más fuertes de un peor deterioro cognitivo a largo plazo es un período prolongado de delirio puesto que si dura más allá del período de estancia en la UCI es un fuerte indicador de lesión cerebral persistente (Girard et al., 2018).

El delirio presentado por un paciente en la UCI, puede estar asociado con depresión o ansiedad posteriores, es difícil distinguir si la depresión está acompañada o causada por un deterioro cognitivo (Müller et al., 2020). En pacientes que sobreviven a una enfermedad crítica, se documenta que la memoria y la función ejecutiva se ven sustancialmente afectadas y suelen producirse reducciones en la atención, la velocidad de procesamiento, la orientación visuoespacial y afecta negativamente a prácticamente todas las métricas de la atención, presentándose afectación a nivel cognitivo y en la regulación de las emociones (Lane-Fall et al., 2019).

7.1.6. Afectación de la dimensión neurocognoscitiva en la calidad de vida

Las principales funciones cognoscitivas afectadas incluyen atención o concentración, velocidad de procesamiento mental, memoria y función ejecutiva (Ahmad & Teo, 2021). Cuando se logra determinar que hay afectación en esta dimensión, es de esperar que la persona presente inconvenientes para recordar, comprender, explicar o interactuar con su medio; la enfermedad crítica puede comprometer significativamente la memoria, los recuerdos, el pensamiento y el autocontrol, estas habilidades son un constructo durante la vida que nos ayudan a aprender, enfrentar retos, trabajar, buscar soluciones y desempeñarse en la vida.

Es importante señalar que incluso los deterioros cognoscitivos leves pueden plantear problemas importantes a los pacientes, en las actividades cotidianas normales y rutinarias de baja cognición (Sakuramoto et al., 2015). Las actividades desde el ámbito intelectual y comportamental son necesarias para conseguir un retorno satisfactorio al momento del paciente reinsertarse a la vida social, laboral y familiar. El presentar afectaciones a nivel neurocognoscitivo, puede influir

directamente en la manifestaciones de otros PICS, como el mental al aumentar síntomas depresivos o agresivos y el físico al olvidar como hacer ciertas actividades o no poder ejecutar las funciones que realizaba antes de la enfermedad crítica, no lograr acoplarse con éxito a su entorno y su contexto.

7.1.7. Dimensión social y familiar.

El Síndrome PICS es un problema multidimensional que puede persistir durante varios años, el proceso de recuperación se inicia desde la estancia hospitalaria, pero trasciende más allá del tiempo y del espacio de la institucionalización, la literatura describe cargas extensas relacionadas principalmente con problemas psicosociales, calidad de vida, estilo de vida, empleo y situación económica. La identificación de PICS es fundamental para una estrategia temprana centrada en el paciente y para prevenir la sobrecarga en los cuidadores (Torres et al., 2017).

Centrarse en el paciente significa tener en cuenta, más que el pasado, los valores, opiniones, necesidades, deseos, expectativas, preocupaciones del paciente, en vez de los del médico, cambiar del paradigma tradicional de paternalismo a una relación terapéutica compartida, individualizada y centrada en el paciente; para ello se precisa de empatía y de comunicación entre el personal sanitario, el paciente y sus familiares y allegados, garantizar la privacidad y favorecer la participación de la familia en el proceso crítico y de recuperación (Cabrini et al., 2015).

Una política de visitas prolongadas se asoció con una menor incidencia acumulada de delirio ayudando a respetar y preservar los lazos del paciente con la familia. Esta rutina promueve medidas de tranquilidad y comodidad y refuerza la adherencia al tratamiento. Hasta no hace mucho se especulaba que las familias transmiten infecciones a los pacientes críticamente enfermos, las visitas extendidas no evidenciaron riesgo mayor de infecciones adquiridas en la UCI o eventos adversos, pero si se registra menor incidencia de delirio. No obstante los trabajadores de la UCI a veces perciben las visitas como una fuente de aumento de la carga laboral,

desorganización de la atención y estrés (Rosa et al., 2017). Traduciéndose lo anterior en apatía y renuencia para permitir el ingreso de la familia a las UCI.

Continuando con una política de visitas prolongadas, para enfermería se plantea como la principal estrategia permitir el acompañamiento de familiares en la UCI, llevando registro en forma de diarios donde el familiar y el personal de enfermería puedan registrar fechas, horas y momentos que después van a significar gran importancia para el paciente, al permitirle escuchar lo que pasó durante su tiempo en la UCI y recordar, tener certeza de que lo que siente en medio de su confusión fue real y poder disminuir una carga significativa de delirio y ansiedad. Así mismo, enfermería debe planear hojas de metas diarias, como el retiro de dispositivos invasivos cuando sea pertinente, bajar la sedación y la analgesia, la evaluación del delirio, la movilización temprana y participar de las rondas multidisciplinarias, mejorando la calidad y seguridad en la atención, haciendo procesos individualizados (Cabrini et al., 2015).

Los pacientes con delirio tenían una mediana de estancia más larga en UCI en comparación con pacientes que no desarrollaron delirio (Rosa et al., 2017). Tras el alta de un paciente de la UCI la recuperación y la rehabilitación suelen prolongarse más de 2 años hasta lograr el nivel de salud y el estado funcional previos (Rodríguez-Villar et al., 2017). Algunos pacientes no recuperan su estado previo a la enfermedad crítica y deben aprender a vivir con las secuelas. Se describe que aproximadamente la mitad de las familias que brindan cuidados deben realizar un ajuste importante en su vida laboral, generalmente limitando el salario familiar. Algunas familias tienen que mudarse a una casa menos costosa, perder sus ahorros, retrasar la atención médica de otros miembros de la familia o retrasar los planes educativos (Colbenson et al., 2019).

El estudio: prevalencia, factores de riesgo y resultados del estrés financiero en sobrevivientes de enfermedades críticas, sugieren hallazgos que apoyan la

hipótesis de que las preocupaciones financieras afectan a pacientes y familiares de diversos estratos socioeconómicos, y que los pacientes que sobreviven a una enfermedad crítica aguda pueden tener diferentes factores de estrés financiero. Los componentes clave de los efectos financieros secundarios nocivos del tratamiento incluyen la carga financiera y la angustia financiera subjetiva, es decir, percepción de dificultades financieras. La presencia de apoyo social mejoró significativamente la calidad de vida y disminuyó la medida en que las preocupaciones eran factores estresantes importantes para los pacientes, sugiere que las intervenciones dirigidas a mejorar los sistemas de apoyo para estos pacientes y sus familiares durante y después de la estadía en una UCI, puede proporcionar beneficios y planear estrategias de afrontamiento (Kredentser et al., 2018).

Aunque no se ha logrado dilucidar con exactitud los factores que favorecen para el afrontamiento del PICS, surge la hipótesis de que los pacientes y familiares con mayor nivel de formación académica, tienen mejores estrategias para mitigar los efectos del PICS; aquellos con más años de educación tienen menos tasas de demencia, discapacidad y depresión. La educación está asociada con el logro ocupacional, mayores ingresos, mejores habilidades cognitivas y críticas, habilidades de pensamiento, conductas de salud, conocimientos de salud o más acceso al sistema sanitario y redes sociales y de apoyo más amplias que podrían representar mayores recursos para facilitar la recuperación (Marra et al., 2018). Al respecto, se habla también de resiliencia como una estrategia de afrontamiento frente al PICS y que tiene en cuenta características personales, relacionales, comunidad e influencias espirituales, existen factores que modifican la resiliencia como los sociodemográficos, las diferencias culturales y el apoyo social (Maley et al., 2016).

El uso del paquete ABCDEFGH ha llevado a un aumento de tres veces en los pacientes que regresan al funcionamiento independiente después del alta hospitalaria en algunas poblaciones, se ha sugerido que se debe ofrecer un

seguimiento específico a los pacientes que estuvieron en ventilación mecánica durante más de 2 días. Es probable que una mayor conciencia de los PICS entre los pacientes al principio del proceso de alta y la introducción temprana del concepto de grupos de apoyo de pares ayudaría a facilitar el reconocimiento de los pacientes de sus déficits posteriores a la UCI y los alentaría a buscar apoyo (Colbenson et al., 2019).

7.1.8. Afectación de la dimensión social y familiar en la calidad de vida

Reconociendo la familia como el pilar fundamental del paciente críticamente enfermo, deberían de centrarse más acciones encaminadas a su protección y potencializar su fortalecimiento, pues es cierto que suele delegarse o se autoerige un integrante de la familia quien encabeza el cuidado del paciente con enfermedad crítica, es quien más tiempo pasa en la institución y continua con el cuidado en el hogar y acompañamiento en el proceso de recuperación.

La familia en general y particularmente ese cuidador consagrado, sufre gran carga física, emocional, económica y social, realizando modificaciones en sus hábitos, estilos de vida, privarse de ciertas cosas para ofrecer lo mejor dentro de sus capacidades a su ser querido. Usualmente no se prepara la familia para el nuevo cambio que debe asumir, lo que conlleva a que se presente agotamiento en el cuidado rápidamente, malas prácticas de cuidado, abandono de un régimen terapéutico y de terapia y muchas veces complicaciones en el paciente dado de alta de una UCI.

Aproximadamente un tercio de los pacientes no regresa nunca al trabajo, otro tercio de los pacientes no regresa a su trabajo anterior a la UCI o al mismo salario previo. Algunos pacientes no pueden pagar los medicamentos o viajar al seguimiento ambulatorio o pagar las sesiones de fisioterapia en el hogar debido a limitaciones financieras o falta de recursos. Una cuarta parte de los pacientes requiere asistencia

en las actividades de la vida diaria un año después de la admisión en la UCI (Colbenson et al., 2019).

7.2. Capítulo 2: Escalas predictivas

La valoración de la esfera funcional, tiene como objetivo conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, diseñar planes de cuidado y tratamiento monitorizando los cambios sufridos en el paciente. Por función se entiende la capacidad de ejecutar las acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, el deterioro funcional es predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes mayores, independientemente de su diagnóstico.

7.2.1. Índice de Katz e índice de Barthel

El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado; las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas), es decir, actividades que permiten la relación con el entorno. Su principal limitación es su dependencia de factores como el sexo, la cultura y preferencias personales. Las escalas más utilizadas son el Índice de Katz y el Índice de Barthel (Trigás Ferrín et al., 2011).

El índice Katz evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: baño (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del

retrete, movilidad, continencia y alimentación. Cada actividad se categoriza en dos niveles: dependencia o independencia. Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto le confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información (Trigás Ferrín et al., 2011).

El índice de Barthel es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente para valoración de pacientes. Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de respuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa). (Trigás Ferrín et al., 2011).

7.2.2. Escala de Lawton y Brody.

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. (Trigás Ferrín et al., 2011).

7.2.3. Escalas BPS – CPOT

La escala BPS es una escala validada para valorar el dolor en el paciente crítico no comunicativo, su uso está limitado en pacientes con sedación profunda, tratamiento con bloqueantes neuromusculares, tetraplejia o polineuropatía. Consta de tres ítems en los que se valora la expresión facial, el movimiento de miembros superiores y la adaptación a la ventilación mecánica, con puntuaciones de 1 a 4 en cada uno de ellos, la puntuación global alcanzable se encuentra entre 3 traducido en ausencia de dolor y 12 traducido en máxima intensidad de dolor (Latorre Marco et al., 2011).

La escala CPOT, (Escala Observacional del Dolor en Cuidados Críticos), es una escala validada para valorar el dolor en el paciente crítico no comunicativo, y tiene las mismas limitaciones que la escala BPS (pacientes con sedación profunda, tratamiento con bloqueantes neuromusculares, tetraplejia o polineuropatía). Incluye cuatro ítems conductuales: la expresión facial, los movimientos del cuerpo, la tensión muscular y la adaptación al ventilador en pacientes intubados o la vocalización en pacientes extubados. La puntuación de cada indicador oscila entre 0 y 2, con un rango total de 0 traducido sin dolor, a 8 puntos traducido en dolor máximo (Latorre Marco et al., 2011).

Otras escalas que se han usado y se encuentran validadas para el paciente crítico no comunicativo son: escala de Campbell ; su uso en pacientes críticos sin capacidad de comunicación, consta de 5 ítems conductuales: musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad, con un rango total de puntuación de 0 ausencia de dolor, a 10 puntos máximo dolor. La escala Sobre Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) consta de cinco ítems conductuales: expresión facial, tranquilidad (movimientos), tono muscular, confortabilidad y adaptación a ventilación mecánica. Este último ítem es el que supone la diferencia con la escala de Campbell original, que refleja en su lugar la respuesta verbal del paciente, lo que no la hace aplicable a pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Cada ítem se puntúa de 0 a 2; siendo 0 la mínima puntuación y 10 la máxima (Latorre Marco et al., 2011).

7.2.4. Escala MEC

Mini-examen cognoscitivo Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas, se utiliza para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE (Mini-Mental State Examination); explora 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, Memoria y Lenguaje (Lobo, 1979).

Orientación: en tiempo, espacio y persona. Fijación: Repetir claramente cada palabra en un segundo. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Concentración y cálculo: Sustracción al poner ejemplos claros de restar objetos. Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. Lenguaje y construcción: poner a repetir frases o completar refranes. Semejanzas: dar el nombre de varios objetos u animales y decir cuales son semejantes. Lectura, escritura y dibujo: no debe escribir su nombre, debe ser capaz de construir frases, de dibujar algo que se le pida: La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es menor de 23 puntos (Lobo, 1979).

7.3. Capítulo 3: Proceso de Atención de Enfermería

El método científico de enfermería se concentra en el plan de atención de enfermería con sus cinco pasos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, que se hace de vital importancia en la praxis asistencial de un paciente críticamente enfermo, individualizando las necesidades del paciente y su familia, favoreciendo el uso de herramientas y estrategias en pro de la prevención, detección y recuperación de un paciente con manifestaciones del síndrome de PICS.

El desempeño del enfermero especialista dentro de una UCI, da fe de la aplicación de la ética y del conocimiento técnico científico que deben ir de la mano con el ser, saber y hacer enfermero, siendo capaz de desarrollar la autonomía del cuidado y de integrarse en un trabajo interdisciplinar en pro del beneficio del paciente. El enfermero estará en capacidad de advertir situaciones que representan riesgo para el paciente, aplicar escalas, test, aprender y desaprender conforme a los avances en cuidado, las medidas óptimas que diezmen las complicaciones surgidas de la estancia en una UCI.

La articulación del proceso de atención de enfermería en un paciente críticamente enfermo, cobra utilidad para la detección precoz de alteraciones físicas, mentales y neurocognoscitivas que pudieran resultar en el proceso de estancia y recuperación del paciente en UCI, además de incluir la familia en el proceso de cuidado e individualizar las necesidades de cada paciente reconociéndolo como un ser holístico.

7.3.1. Valoración

Analizar de manera global los datos del paciente, teniendo en cuenta variables sociales, familiares, hemodinámicas y análisis de laboratorios. En esta etapa se hace necesario conocer el funcionamiento antes de la enfermedad crítica del paciente, recogiendo datos como dependencia o autonomía para las actividades de la vida diaria, ocupación, nivel educativo, limitaciones sensoriales, alteraciones mentales o cognitivas. Posteriormente se debe hacer un acercamiento con el paciente, hacer uso de las herramientas de palpación, auscultación y las diferentes escalas que nos permitan evaluar el estado de consciencia, el estado de sedación o agitación, observar todo el paciente en sus diferentes sistemas y determinar los riesgo y medidas a adoptar para prevenir complicaciones.

7.3.2. Diagnósticos Enfermeros

La utilización de los diagnósticos enfermeros, permiten detectar problemas presentes y advertir problemas futuros, pudiendo implementar medidas individuales o en colaboración con otros profesionales para prevenir su evolución o mitigar las complicaciones generadas. Adicionalmente, realizar diagnósticos enfermeros en pacientes críticamente enfermos potencian la autonomía y responsabilidad del enfermero, además de brindar una atención de manera integral y de calidad.

Los diagnósticos enfermeros que se identificaron con mayor frecuencia en los pacientes críticamente enfermos con manifestación del síndrome PICS fueron: gestión ineficaz de la salud; patrón del sueño alterado; deterioro de la movilidad física; confusión aguda; deterioro de la comunicación verbal; desesperanza; interrupción de los procesos familiares; deterioro de la interacción social; Síndrome postraumático, afrontamiento ineficaz; deterioro de la toma de decisiones independiente; disconfort; aislamiento social. De acuerdo con la manifestación física, mental, neurocognoscitiva o familiar, se ve reflejado uno o más de uno de los diagnósticos enfermeros, sobre los cuales el personal enfermero debe estar reportando su alteración e iniciar la intervención, advirtiendo la necesidad de trascender al apoyo interdisciplinar.

7.3.3. Planeación

Es necesario planear las intervenciones a realizar con el paciente y su familia, para ello se sugiere basarse en los planes de trabajo guiados por metas y el uso de diarios en la UCI. Luego de realizar los diagnósticos enfermeros, se debe proceder a implementar los cuidados enfermeros en respuesta a los problemas reales o potenciales identificados; articulando el cuidado enfermero en necesidades individualizadas, garantizando la continuidad de las medidas iniciadas y evaluando constantemente el cumplimiento de las metas trazadas. Para ejecutar la planeación del plan de enfermería se requiere empatía y habilidades comunicativas con el grupo de trabajo disciplinar, interdisciplinar, con el paciente y su familia.

La continuidad en el cuidado una vez realizado el diagnóstico enfermero, deberá identificar los cuidados y priorizarlos, cumpliendo inicialmente los prioritarios, posteriormente deberá centrarse en las estrategias preventivas y eficaces, valorando continuamente la evolución del paciente e implementar medidas de corrección oportunamente o de escalar a otras disciplinas la necesidad de que intervengan en el proceso de recuperación del paciente mejorando las condiciones de salud.

7.3.4. Ejecución

En la ejecución del cuidado del paciente crítico y la prevención del síndrome de PICS, cobra especial interés la articulación del paquete de medidas ABCDEFGH, como estrategia moderna que potencia la autonomía del enfermero de la UCI y brinda herramientas para desarrollar un proceso de enfermería con pautas de seguridad. En la ejecución, se deben establecer los planes de trabajo y análisis de las metas trazadas y el cumplimiento de las mismas, reportando los cuidados prestados, los avances o las complicaciones surgidas, con el fin de mantener actualizado el plan de cuidado y avanzar en la consecución de metas, redireccionar el plan de cuidados y trazarse nuevas metas a partir de los avances o retrocesos del proceso de cada individuo y su familia.

7.3.5. Evaluación

En esta etapa del proceso de atención enfermero, se debe medir resultados para intensificar las acciones de prevención, detección y tratamiento del PICS, surge la necesidad de valorar los datos obtenidos inicialmente, recoger y actualizar la información continuamente redireccionando los cuidados con los requerimientos individualizados del paciente. Se debe realizar un análisis sobre la evolución del paciente y la consecución de las metas trazadas, si no se han alcanzado las metas establecidas, se deberá hacer un análisis a conciencia si las metas trazadas eran muy altas o si el paciente se encuentra con estancamiento o deterioro en su

evolución, para lo cual se deberá de replantear cambios, con una dinámica rápida que obligan a intervenir las situaciones que surgen y que pueden significar compromiso desfavorable para el paciente. La evaluación del proceso enfermero, nos permite apreciar que tan efectivos han sido los planes trazados con un paciente, pudiendo hacer cambios, ajustes, nuevos procesos de atención con el objetivo de ajustarse a las necesidades de cuidado del paciente y su familia.

7.4. Capítulo 4: Holarquía de enfermería

La enfermería como disciplina profesional tiene como objetivo la práctica sustentada en un cuerpo de conocimientos, la misma se encuentra orientada a satisfacer las necesidades de cuidado de los individuos y para ello, se hace necesaria una estructura teórica y filosófica que soporte el quehacer del enfermero. Es por lo anterior que se hace necesario que el conocimiento disciplinar sea el que conduzca el desarrollo o la construcción de identidad profesional.

Para el caso del paciente con Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS), se establece un cuerpo de conocimientos disciplinares de la profesión que son aplicados con el fin de describir el fenómeno y enmarcar el mismo dentro del desarrollo teórico que permitan una unificación de los conceptos y faciliten su análisis con criterios científicos y conceptos propios de la taxonomía disciplinar.

7.4.1. Visión filosófica: Interactiva – integrativa

La filosofía se define como la comprensión de las realidades de la naturaleza humana, sus significados, creencias y los principios que la rigen. Constituye de manera esencial el ser y el saber de las sociedades. Desde la concepción disciplinar de enfermería se puede abordar como las posturas o visiones de los fenómenos propios de intervenir dentro de las acciones de cuidado, teniendo en cuenta que estas percepciones están articuladas al razonamiento y la argumentación lógica y no como producto de lo empírico.

Con respecto al PICS, se podría ubicar dentro de una visión interactiva-integrativa guiada por la definición de la persona como un todo compuesto por la suma de los aspectos espirituales y biopsicosociales inmerso en un entorno que está formado tanto por el medio interno como el externo, los cuales tienen influencia sobre la respuesta a los cambios del mismo. Además de ello, se adquiere un gran protagonismo del concepto de salud, que está cada vez más concebido desde la adaptación positiva a los cambios.

7.4.2. Modelo conceptual – Adaptación Callista Roy

Los modelos conceptuales constituyen un marco de referencia para la práctica profesional, en ellos se suelen contemplar criterios categóricos básicos que aunado van formando una macroestructura conceptual que determina un conjunto de conocimientos fundamentados en bases teóricas fuertes, lo anterior basado en el modelo científico y con el rigor investigativo. Si bien, se tienen en cuenta todos estos aspectos disciplinares, los modelos son en la mayoría de los casos, abstractos y requieren por ello algunas teorías que los vuelvan operativos. Los modelos dan una visión parcial de la realidad del mundo desde la mirada de quien los elabora haciendo una ligera definición y brindando manifestaciones de la realidad práctica.

"Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo" (Díaz de Flores et al., 2002).

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta

la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano (Díaz de Flores et al., 2002).

Según Roy, "el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido". El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control post egreso de la UCI, cuando se presenta un paciente con recuperación acorde a su patología de base y sin ninguna alteración en su estado de salud.

En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivos se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivos se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. El nivel de adaptación es un sistema en continua modificación a estímulos focales, estímulos contextuales y estímulos residuales. Los estímulos focales generan un grado de modificación inmediata, los estímulos contextuales son los otros estímulos que contribuyen a la conducta y que se precipita por medio de un estímulo focal, los estímulos residuales son factores que pueden afectar a la conducta pero cuyos efectos no están avalados o reconocidos.

En el modelo de adaptación, el modo fisiológico abarca las necesidades fisiológicas que las personas necesitan para sobrevivir, crecer, reproducirse y obtener el dominio. Se describen cinco necesidades inherentes a la integridad fisiológica: la oxigenación, la nutrición, la eliminación, la actividad y el descanso, y la protección. Además cuatro procesos han sido identificados como esenciales en la determinación de la adaptación fisiológica: los sentidos, la función neurológica, los

líquidos y electrolitos, y la función endocrina. Estos cuatro procesos se ven como la mediación de la actividad reguladora, la integración de muchas funciones fisiológicas de la persona y la afectación de la integridad en otros modos (Villamizar Carvajal & Durán de Villalobos, 2012).

En las manifestaciones del síndrome de PICS, se generan respuestas adaptativas frente a los estímulos, reconociendo así que se debe realizar adaptación en la necesidades fisiológicas básicas, estrechamente relacionadas con la actividad, el sueño y la alimentación. Con la autoimagen, adaptación frente a la condición actual, sentimientos que se generan ante su aspecto físico, limitaciones y cómo percibe el entorno en su nueva realidad. Adaptación en el dominio de un rol o papel, reconocer como posterior a la enfermedad crítica se genera cambio en las obligaciones y posiciones sociales, tal vez de ser el proveedor del hogar, pasa a depender de cuidados y económicamente del sistema familiar. Adaptación en el modo de interdependencia, que se refiere a las relaciones de cada uno con lo demás, estas relaciones se ven modificadas por cambios del entorno, estrechamente en relación con el delirio, la depresión, ansiedad y respuestas al estrés postraumático.

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en paciente con alto soporte hemodinámico, ventilatorio, en shock hipovolémico o séptico, entre otras condiciones que pongan en riesgo su vida (Díaz de Flores et al., 2002).

7.4.3. Teorías de enfermería

7.4.3.1. Teoría incertidumbre frente a la enfermedad Merle Mishel

Mishel, relaciona la incertidumbre con la teoría enfermera y la define como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad.

La teoría se compone de tres elementos principales (Trejo Martínez, 2012):

1. Antecedentes de incertidumbre, hace referencia a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe con tres componentes:

- El patrón de síntomas, grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir que tienen un patrón o configuración.
- La familiaridad con el evento, la situación es habitual, receptiva o contiene claves reconocidas.
- Congruencia con el evento, consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad, e implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión

Estos elementos están influenciados por las variables de capacidad cognitiva que son las habilidades de procesamiento de la información de la persona y Proveedores de estructura que son los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos. En la experiencia de la enfermedad la incertidumbre tiene cuatro formas: 1. Ambigüedad, relacionada con el estado de enfermedad. 2. Complejidad, con relación al tratamiento y sistema de cuidado. 3. Falta de información, acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad. 4. Falta de predicción, sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico

2. El proceso de valoración, cuando existe la incertidumbre, las tareas perceptuales de reconocimiento y clasificación no se han complementado y la formación del esquema cognitivo está impedida para el reconocimiento y la clasificación de los eventos relacionados con la enfermedad que ocurrirán; los estímulos deben ser específicos, familiares, consistentes, completos, claros y limitados en número.

la valoración de la incertidumbre comprende dos procesos

- La inferencia: Se construye a partir de las disposiciones de la personalidad y de las creencias generales acerca de uno mismo y de la relación que tiene uno con el

ambiente. Entre tales recursos destacan: los aprendidos, sentido de destreza o dominio y capacidad de controlar

- La ilusión: creencia construida sin incertidumbre y puede ser vista con una luz particular con énfasis en los aspectos positivos. La construcción de la ilusión refleja apoyo para la anulación y negación.

3. Enfrentamiento de la enfermedad: la incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad

- Incertidumbre, peligro y enfrentamiento: Cuando la incertidumbre está considerada como un peligro, la posibilidad de un resultado perjudicial está determinada por la inferencia; una valoración peligrosa ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida. La incertidumbre puede asociarse con una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro, se asocia con altos niveles de ansiedad y depresión.

- Enfrentamiento con una valoración de peligro: Los métodos de enfrentamiento se dirigen a reducir la incertidumbre y a manejar las emociones generadas por esta evaluación de peligro.

El nivel de incertidumbre al que se ven abocados los familiares de un paciente crítico y el mismo paciente en su proceso de salud - enfermedad, suele estar enfocado principalmente ante la incertidumbre de un diagnóstico, máxime cuando es una condición que se presenta abruptamente o de Novo, seguida por la incertidumbre de los síntomas que está generando esta nueva condición y finalmente por la incertidumbre frente al pronóstico, limitaciones y secuelas que puedan surgir a raíz de la misma.

El nivel de incertidumbre es sustancialmente mejor manejado cuando se padece una enfermedad, en el curso de la misma se han presentado situaciones o complicaciones que han sido superadas y frente al nuevo deterioro del paciente, la familia ya conoce cómo es el manejo y tiene la ilusión de saber que volverá a

recuperarse como en hospitalizaciones anteriores. Situación contraria cuando recién se diagnostica una enfermedad o condición clínica que requiere de manejo del paciente en una UCI, usualmente hay una carga de incertidumbre por no tener claro lo que está sucediendo, cuánto tiempo le tomará estar en esa situación o en cuánto tiempo estará mejor. En el caso en que la enfermedad se manifiesta abruptamente, la incertidumbre de tener un diagnóstico médico y no saber sobre la enfermedad, el daño o la afectación que pudiere generar en diferentes órganos o cómo debe ser el tratamiento.

La familia ve al paciente manejado con un gran número de máquinas, medicamentos y aditamentos extraños para ellos, un lenguaje técnico en el personal sanitario, todo ello incide en el aumento de la incertidumbre al no saber si su familiar se encuentra mejorando o empeorando, no tener claridad sobre la finalidad de los procedimientos, muchas veces no entender las explicaciones, además de las contradicciones entre los médicos y especialistas sobre cuál será el mejor manejo.

El paciente y la familia están en una dimensión dinámica, cambiante, la incertidumbre se verá modificada de acuerdo a cómo evolucione la enfermedad y por ello la incertidumbre se resignifica; cuando ya se han pasado algunos días en la UCI, empieza a surgir la incertidumbre de ¿cuánto tiempo durará la enfermedad?, ¿cómo va a quedar después de la enfermedad?, ¿podrá cuidarse por sí mismo?.

La teoría de la incertidumbre, trae a colación los antecedentes de incertidumbre, refiriéndose al marco de estímulos como la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. El componente congruencia con el evento, está influenciado por la variable de capacidad cognitiva que no es otra cosa que las habilidades de procesamiento de la información de la persona. Lo encontrado en la literatura, refuerza el hallazgo que las personas con mayor nivel educativo tienen mejor capacidad cognitiva que le facilita herramientas de afrontamiento, capacidad

de entendimiento, análisis, resiliencia y oportunidad para afrontar situaciones advenidas por una enfermedad crítica.

Actualmente, se reporta una mayor tasa de pacientes sobrevivientes de una UCI, pero ello no indica mejor calidad de vida; la enfermedad y recuperación de un paciente crítico acarrea alto costo familiar, personal, hospitalario y que incide negativamente en la calidad de vida del paciente y su familia. Cuánto tiempo puede tardar un paciente con manifestaciones de PICS en recuperar su fuerza muscular, manejar el dolor crónico, tener control sobre su ansiedad, depresión, dejar de revivir el estrés postraumático, mejorar la atención, recordar eventos retrógrados y anterógrados, procesar el pensamiento, ser autónomo y retomar sus funciones sociales, familiares y laborales. Son cuestionamientos que generan incertidumbre para el paciente y la familia que se encuentra atravesando este proceso.

7.4.3.2. Teoría de Comodidad Katharine Kolcaba

Kolcaba define las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de situaciones estresantes de cuidado para la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, educación, apoyo, asesoramiento e intervención financiera. Por su parte, las medidas de confort pueden definirse como intervenciones enfermeras diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras de cuidados, por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas (Nava Galan, 2010).

Sin lugar a dudas, desde la teoría de la comodidad, podemos abordar muchas de las acciones de cuidado en las unidades de cuidados intensivos, ya que debido a la multiplicidad de dispositivos invasivos y no invasivos ubicados en el paciente,

restricciones de movimiento, uso de sedantes, humedad de la piel, y demás factores ya conocidos, se debe garantizar que las condiciones de confort en el mismo sean las adecuadas y estén acordes a las necesidades individualizadas de cada uno.

Las variables de intervención pueden definirse como fuerzas de interacción que influyen en la percepción por parte de los receptores de la comodidad total. Estas variables pueden ser las experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, el pronóstico, economía y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores. Al mismo tiempo, el confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad (Nava Galan, 2010). Desde Kolcaba podemos resaltar el sentido humanista en la práctica profesional para los servicios críticos que en la actualidad pueden observarse como altamente instrumentalizados o relegados únicamente al manejo de máquinas, dejando de lado el acompañamiento al paciente.

En cuanto a las necesidades, como bien se ha determinado a través del análisis de la información extraída de la literatura científica disponible, puede determinarse que una adecuada satisfacción de las mismas durante el proceso de atención a un paciente crítico, minimiza la probabilidad de ocurrencia de episodios o manifestaciones de PICS en la mayoría de los casos.

Los tipos de comodidad pueden definirse como:

- 1. Físico:** perteneciente a las sensaciones corporales.
- 2. Psicoespiritual:** perteneciente a la conciencia interna del yo, como autoestima, autoconcepto, sexualidad y el significado de la vida en relación con un orden o estado superior.
- 3. Social:** se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.
- 4. Ambiental:** perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas como luz, ruido, temperatura, entre otros, y cómo se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica en la cual la comodidad de los

pacientes es experimentada en un contexto y sentido específico (Nava Galan, 2010).

7.5. CAPÍTULO 5: PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL PICS

La ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería, reza en el artículo 3: El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general 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. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías (Ley 266, 1996).

Para brindar cuidados de calidad, es necesario que los profesionales de enfermería actualicen sus conocimientos basados en las diferentes ciencias, mejorar el conocimiento y desarrollo de la holarquía de enfermería e introducir cambios de paradigmas y promover el cuidado del paciente y la familia más allá de las instituciones, siendo partícipes del proceso de recuperación y rehabilitación del proceso salud – enfermedad. Enfermería está en la capacidad de elaborar planes de atención centrados en las necesidades individuales del paciente y su familia, elaborando un plan de metas haciendo uso de las escalas de valoración y predictivas de manera sistemática y continua como parte del proceso de atención de enfermería, lo que permite prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que pueden presentar los pacientes en una UCI.

De acuerdo con lo encontrado en la revisión bibliográfica, pese a que existen escalas para prevenir las complicaciones con la sedación, la analgesia, manejo del dolor, son pocas las instituciones y los profesionales que se adhieren y realizan una valoración rigurosa de estos elementos, lo que demuestra una falta de empoderamiento y de autonomía profesional, al esperar simplemente que el médico

de parámetros de cambios para el paciente, cuando con el plan de metas y análisis de las escalas y variables fisiológicas se puede estar ayudando al paciente a liberarse prontamente del ventilador, a prevenir daños por inmovilización, las úlceras por presión, disminuir la incidencia del delirio y las complicaciones que suelen presentarse como manifestaciones del PICS durante la estancia hospitalaria y al alta de la UCI.

Aplicando el paquete de medidas ABCDEFGH, es necesario ser difundido y reconocido por los profesionales que brindan cuidado en las instituciones, reconociendo al haber descrito las manifestaciones del PICS, la necesidad de que la H: material de distribución sobre PICS y PICS-F, sea el escenario facilitador para que cada día sea más reconocido como fenómeno de interés público sobre el que incide directamente el cuidado brindado por el profesional enfermero, dando a conocer las pautas de cuidado de seguridad con rigurosidad científica y bajo parámetros éticos que finalmente influyen en el bienestar del paciente, su familia y potencian la autonomía profesional.

Se hace necesario la inclusión de la familia en el proceso salud – enfermedad, como principal red de apoyo, facilitando continuar con el acercamiento y reinserción al ámbito familiar y social de un paciente recuperado de una enfermedad crítica. Frente a las manifestaciones del PICS no se puede precisar cuánto tiempo tardará un paciente en recuperar las funciones físicas, mentales o neurocognoscitivas, la magnitud de sus secuelas o la no recuperación del estado basal previo a la enfermedad; pero sí se puede realizar un trabajo meticuloso atacando directamente los principales factores de riesgo identificados para que se desarrollen y con ello se contribuye en manera incommensurable a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de esta población.

8. CONCLUSIONES GENERALES

- La literatura científica muestra la necesidad de aplicar en los servicios de UCI las escalas predictivas validadas para el manejo de la movilización temprana, manejo de la sedación, de la analgesia, manejo del dolor, generar un ambiente protector y conservar el ciclo circadiano, favoreciendo una UCI de puertas abierta y la inclusión de la familia en el cuidado de su ser querido.
- El profesional enfermero es quien se encuentra a la cabecera del paciente, identifica cambios de manera temprana y debe ser capaz de traducir esos cambios en necesidades de cuidado individualizado, informando precozmente los requerimientos de apoyo interdisciplinar, referidos a terapia respiratoria, fisiatría, fisioterapia, psicología nutrición y otros especialistas médicos, que puedan incidir en la disminución de complicaciones y de manifestaciones del síndrome PICS con afectación física, mental o neurocognoscitiva.
- Los planes de cuidado, el trazarse metas y desarrollar el proceso de atención de enfermería en un paciente críticamente enfermo, permite reconocer oportunamente los pródromos del PICS, al mismo tiempo que permite intervenirlos de manera precoz, diezmando las complicaciones y el empeoramiento del paciente, es por ello que el profesional de enfermería debe de conocer el síndrome, sus manifestaciones y trabajar conjuntamente con el grupo interdisciplinar y la familia para prevenir secuelas mayores.
- Se hace necesario más investigaciones a nivel local, demostrando los efectos positivos sobre el paciente y la familia al establecer la estrategia de manejo del paciente con el paquete de medidas ABCDEFGH, al igual que se hace necesario difundir la información de la evidencia científica al personal en formación y profesionales de diferentes instituciones, para que se marque un hito en el cambio de paradigma en el cuidado del paciente crítico.

9. RECOMENDACIONES

El profesional de enfermería de la UCI, deberá estar al frente en la identificación, prevención y tratamiento del PICS, para tal fin se recomiendan las siguientes acciones:

- Conocer las manifestaciones del síndrome de PICS en la áreas físicas, mental y neurocognoscitiva, incorporando de manera rutinaria en el acto de cuidar la aplicación de escalas de valoración para la identificación del delirio, adecuado ajuste de la sedación y analgesia, soporte nutricional, tratamiento del dolor y medidas de confort propiciando un ambiente ideal de ciclo circadiano, control de la iluminación y del ruido.
- Conformar equipos interdisciplinarios que atiendan precozmente la necesidad individualizada de cada paciente, interviniendo las fallas detectadas, implementando metas y guiar el plan de cuidados con todas las recomendaciones del grupo, con el objetivo de incidir positivamente en el mínimo posible de complicaciones derivadas post internación en UCI y favoreciendo la calidad de vida del paciente y su familia.
- Favorecer la implementación del proceso de atención de enfermería en el paciente crítico, con metas establecidas para evaluar y reorientar los cuidados; propender por el desarrollo de los diarios en la UCI y el acompañamiento de la familia durante la estancia de hospitalización, favoreciendo el vínculo y haciéndole partícipe de los cuidados, evoluciones y estrategias de manejo.
- Realizar mayor investigación a nivel local sobre el beneficio de aplicar el paquete de medidas ABCDEFGH, haciendo seguimiento al paciente en la UCI y posterior al alta, mostrando los beneficios que se obtienen en el área física, mental y neurocognoscitiva que finalmente inciden positivamente en la calidad de vida, reinserción social, laboral y familiar.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo-Nuevo, M., & González-Gil, M. T. (2017). Crear un entorno de empoderamiento en las unidades de cuidados intensivos: de la contención a la movilización. *Enfermería Intensiva*, 28(4), 141–143. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.10.001>
- Ahmad, M. H., & Teo, S. P. (2021). Síndrome post-cuidados intensivos (PICS) en personas mayores. *Anales de Investigación y Medicina Geriátrica*, 25(2), 72–78. <https://doi.org/10.4235/agmr.21.0048>
- Aragón, R. E., Proaño, A., Mongilardi, N., de Ferrari, A., Herrera, P., Roldan, R., Paz, E., Jaymez, A. A., Chirinos, E., Portugal, J., Quispe, R., Brower, R. G., & Checkley, W. (2019). Sedation practices and clinical outcomes in mechanically ventilated patients in a prospective multicenter cohort. *Critical Care*, 23(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2394-9>
- Barrantes-Morales, F., Campos-Vargas, C., Argüello-Quirós, M. F., & Salas-Segura, D. A. (2016). Sobrevida a los 28 días y condición mental y física de los pacientes egresados de una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel . In *Acta Médica Costarricense* (Vol. 58, pp. 22–26). scielo .
- Botella, J., & Zamora, A. (2017). El Meta-análisis: una metodología para la investigación en educación. *Educación XX1*, 20(2), 17–38. <https://www.redalyc.org/pdf/706/70651145001.pdf>
- Busico, M., Das Neves, A., Carini, F. C., Pedace, M., Villalba, D., Foster, C., Garcia Urrutia, J., Garbarini, M., Jereb, S., Sacha, V., & Estensoro, E. (2019). Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 43(4), 243–254. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.12.005>
- Cabrini, L., Landoni, G., Antonelli, M., Bellomo, R., Colombo, S., Negro, A., Pelosi, P., & Zangrillo, A. (2015). Critical care in the near future: patient-centered, beyond space and time boundaries. *Minerva Anestesiologica*.
- Castillo, E., & Vasquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Medica*, 34(3), 164–167.

<https://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>

- Colbenson, G. A., Johnson, A., & Wilson, M. E. (2019). Síndrome post-cuidados intensivos: impacto, prevención y manejo. In *Respira* (Vol. 15, Issue 2, pp. 98–101). <https://doi.org/10.1183/20734735.0013-2019>
- Ley 266, 1 (1996). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>
- Delgado Hito, P., Romero García, M., & Heras la Calle, G. (2017). El síndrome post-UCI. In G. Heras la Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. (pp. 217–248). Distribuna.
- Díaz de Flores, L., Durán de Villalobos, M. M., Gallego de Pardo, P., Gómez Daza, B., Gómez de Obando, E., González de Acuña, Y., Gutiérrez de Giraldo, M. del C., Hernández Posada, Á., Londoño Maya, J. C., Moreno Fergusson, M. E., Pérez Giraldo, B., Rodríguez Carranza, C., Rozo de Arévalo, C., Umaña de Lozano, C., Valbuena, S., Vargas Márquez, R., & Venegas Bustos, B. C. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy . In *Aquichan* (Vol. 2, pp. 19–23). scieloco .
- Duggan, M. C., Wang, L., Wilson, J. E., Dittus, R. S., Ely, E. W., & Jackson, J. C. (2017). The relationship between executive dysfunction, depression, and mental health-related quality of life in survivors of critical illness: Results from the BRAIN-ICU investigation. *Journal of Critical Care*, 37, 72–79. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.08.023>
- Fernandes, A., Schmitt Jaeger, M., & Chudow, M. (2019). Síndrome postintensivo de cuidados: una revisión de las estrategias preventivas y la atención de seguimiento. *Revista Estadounidense de Farmacia Del Sistema de Salud*, 76(2), 119–122. <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2414/ajhp/article/76/2/119/52898>
- Forcillo, M., Picón Fuster, S. N., Destefanis, C., Gaggioli, M., Distefano, E.,

Botto, M., Villafañe, C., Sebastián, B., & Baez, G. (2018). Electroestimulación en el paciente crítico. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 18(4), 272–279. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2018000400011&lng=es&tlng=es.

- Girard, T. D., Thompson, J. L., Pandharipande, P. P., Brummel, N. E., Jackson, J. C., Patel, M. B., Hughes, C. G., Chandrasekhar, R., Pun, B. T., Boehm, L. M., Elstad, M. R., Goodman, R. B., Bernard, G. R., Dittus, R. S., & Ely, E. W. (2018). Clinical phenotypes of delirium during critical illness and severity of subsequent long-term cognitive impairment: a prospective cohort study. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 6(3), 213–222. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(18\)30062-6](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30062-6)
- Gómez Luna, E., Navas, D. F., Aponte Mayor, G., & Betancourt Buitrago, L. A. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *Dyna*, 81(184), 158–163. <https://www.redalyc.org/pdf/496/49630405022.pdf>
- Haddad, D., Mart, M., Wang, L., Lindsell, C., Raman, R., Nordness, M., Sharp, K., Pandharipande, P., Girard, T., Ely, W., & Patel, M. (2020). Factores socioeconómicos y deterioro cognitivo relacionado con la unidad de cuidados intensivos. *Anales de Cirugia*, 272(4), 596–602. <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:3975/article/00000658-202010000-00015/HTML>
- Hayhurst, C. J., Marra, A., Han, J. H., Patel, M. B., Brummel, N. E., Thompson, J. L., Jackson, J. C., Chandrasekhar, R., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2020). Association of Hypoactive and Hyperactive Delirium With Cognitive Function After Critical Illness. *Critical Care Medicine*, 48(6). https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2020/06000/Association_of_Hypoactive_and_Hyperactive_Delirium.31.aspx
- Hernández-Tejedor, A., Cabré-Pericas, L., Martín-Delgado, M. C., Leal-

- Micharet, A. M., & Algora-Weber, A. (2015). Evolución y pronóstico de pacientes de larga estancia en unidad de cuidados intensivos que sufren deterioro: un estudio multicéntrico. *Journal of Critical Care*, 30(3), 654.e1-654.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.01.011>
- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Síndrome postintensivo de cuidados: su fisiopatología, prevención y direcciones futuras. *Cirugía Médica Aguda*, 6(3), 233–246. <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2598/31304024/>
 - Khan, B. A., Perkins, A. J., Prasad, N. K., Shekhar, A., Campbell, N. L., Gao, S., Wang, S., Khan, S. H., Marcantonio, E. R., Twigg, H. L. I. I. I., & Boustani, M. A. (2020). Biomarkers of Delirium Duration and Delirium Severity in the ICU*. *Critical Care Medicine*, 48(3). https://journals.lww.com/ccmjjournal/Fulltext/2020/03000/Biomarkers_of_Delirium_Duration_and_Delirium.9.aspx
 - Koster-Brouwer, M. E., Rijdsdijk, M., van Os, W. K. M., Soliman, I. W., Slooter, A. J. C., de Lange, D. W., van Dijk, D., Bonten, M. J. M., & Cremer, O. L. (2020). Occurrence and Risk Factors of Chronic Pain After Critical Illness. *Critical Care Medicine*, 48(5). https://journals.lww.com/ccmjjournal/Fulltext/2020/05000/Occurrence_and_Risk_Factors_of_Chronic_Pain_After.9.aspx
 - Kredentser, M. S., Blouw, M., Marten, N., Sareen, J., Bienvenu, O. J., Ryu, J., Beatie, B. E., Logsetty, S., Graff, L. A., Eggertson, S., Sweatman, S., Debroni, B., Cianflone, N., Arora, R. C., Zarychanski, R., & Olafson, K. (2018). Preventing Posttraumatic Stress in ICU Survivors: A Single-Center Pilot Randomized Controlled Trial of ICU Diaries and Psychoeducation*. *Critical Care Medicine*, 46(12). https://journals.lww.com/ccmjjournal/Fulltext/2018/12000/Preventing_Posttraumatic_Stress_in_ICU_Survivors_.4.aspx
 - Kuznik, A., Hurtado Albir, A., & Espinal Berenguer, A. (2010). Monografías de

Traducción e Interpretación. *Monografías de Traducción e Interpretación*, 2, 315–344.

- Lane-Fall, M. B., Kuza, C. M., Fakhry, S., & Kaplan, L. J. (2019). Los efectos de las lesiones a lo largo de la vida: síndrome de cuidados posintensivos y trastorno de estrés postraumático. *Clínicas de Anestesiología*, 37(1), 135–150. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.09.012>
- Latorre Marco, I., Solís Muñoz, M., Falero Ruiz, T., Larrasquitu Sánchez, A., Romay Pérez, A. B., & Millán Santos, I. (2011). Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enfermería Intensiva*, 22(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.09.005>
- Ledesma Albarrán, J., & Gutiérrez Olid, M. (2013). Estudios experimentales. Ensayo clínico aleatorizado. *Formación Activa En Pediatría de Atención Primaria*, 6(2), 123–132. https://archivos.fapap.es/files/639-945-RUTA/19_FAPAP2_2013_06_OK.pdf
- Lee, M., Kang, J., & Jeong, Y. J. (2020). Factores de riesgo para el síndrome postintensivo de cuidados: una revisión sistemática y un metanálisis. *Cuidados Intensivos Australianos*, 33(3), 287–294. <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2062/science/article/pii/S103673141930178X?via%3Dihub>
- Lobo, A. (1979). *Mini-examen cognoscitivo*.
- Luetz, A., Grunow, J. J., Mörgeli, R., Rosenthal, M., Weber-Carstens, S., Weiss, B., & Spies, C. (2019). Soluciones innovadoras de UCI para prevenir y reducir el delirio y el síndrome post cuidados intensivos. *Seminarios En Medicina Respiratoria y de Cuidados Intensivos*, 40(05), 673–686.
- Maley, J. H., Brewster, I., Mayoral, I., Siruckova, R., Adams, S., McGraw, K. A., Piech, A. A., Detsky, M., & Mikkelsen, M. E. (2016). Resilience in Survivors of Critical Illness in the Context of the Survivors' Experience and Recovery. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(8), 1351–1360.

<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201511-782OC>

- Marino, J., Bucher, D., Beach, M., Yegneswaran, B., & Cooper, B. (2015). Implementation of an Intensive Care Unit Delirium Protocol: An Interdisciplinary Quality Improvement Project. *Dimensions of Critical Care Nursing : DCCN*, 34(5), 273–284. <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000130>
- Marra, A., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Patel, M. B., Hughes, C. G., Jackson, J. C., Thompson, J. L., Chandrasekhar, R., Ely, E. W., & Brummel, N. E. (2018). Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness*. *Critical Care Medicine*, 46(9). https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2018/09000/Co_Occurrence_of_Post_Intensive_Care_Syndrome.2.aspx
- Martín Delgado, M. C., & García de Lorenzo y Mateos, A. (2017). Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Medicina Intensiva*, 41(8), 451–453. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.005>
- Molina Montoya, N. P. (2005). ¿Qué es el estado del arte? *Ciencia y Tecnología Para La Salud Visual y Ocular*, 3(5), 73–75. <https://doi.org/https://doi.org/10.19052/sv.1666>
- Müller, A., von Hofen-Hohloch, J., Mende, M., Saur, D., Fricke, C., Bercker, S., Petros, S., & Classen, J. (2020). Long-term cognitive impairment after ICU treatment: a prospective longitudinal cohort study (Cog-I-CU). *Scientific Reports*, 10(1), 15518. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-72109-0>
- Nava Galan, G. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Enfermería Neurológica*, 9(2), 94–104. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
- Nedergaard, H. K., Jensen, H. I., Stylsvig, M., Olsen, H. T., Korkmaz, S., Strøm, T., & Toft, P. (2020). Effect of Nonsedation on Cognitive Function in Survivors of Critical Illness. *Critical Care Medicine*, 48(12).

https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2020/12000/Effect_of_Nonsedation_on_Cognitive_Function_in.11.aspx

- Prabhakar, H., Tripathy, S., Gupta, N., Singhal, V., Mahajan, C., Kapoor, I., Wanchoo, J., & Kalaivani, M. (2021). Consensus Statement on Analgesiation in Neurocritical Care and Review of Literature. *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 25(2), 126–133. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23712>
- Quintana Sanchez, A., Perez Zumano, S. E., & Ponce Gomez, G. (2018). Síndrome de Cuidados Post-Intensivos en adultos con alteraciones oncológicas hospitalizados o de egreso. *XVI Coloquio Panamericano de Investigación En Enfermería*, 1–9. <http://www.coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/719/546>
- Raurell-Torredà, M., Arias-Rivera, S., Martí, J. D., Frade-Mera, M. J., Zaragoza-García, I., Gallart, E., Velasco-Sanz, T. R., San José-Arribas, A., Blázquez-Martínez, E., Rodríguez Delgado, M. E., Contreras Rodríguez, A. M., Oreña Cimiano, E., Ortega Guerrero, Á., Martínez del Aguila, M. del C., Rodríguez Monsalve, V., Cano Herrera, C. L., Masegosa Pérez, J. M., González de la Cuesta, D. M., Pardo Artero, M. I., ... López Mateu, R. (2019). Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enfermería Intensiva*, 30(2), 59–71. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.04.004>
- Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Síndrome postintensivo de cuidados: una descripción general. *Revista de Medicina Interna Traslacional*, 5(2), 90–92. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
- Rodríguez-Villar, S., Rodríguez-García, J. L., Arévalo-Serrano, J., Sánchez-Casado, M., & Fletcher, H. (2017). Sintomatología clínica residual y factores asociados en supervivientes de insuficiencia orgánica múltiple: una hipoteca a largo plazo. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 64(10),

550–559. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2017.03.011>

- Rodriguez Gomez, G., Gil Flores, J., & Garcia Jimenez, E. (1996). Proceso y fases de la investigación cualitativa. In *Metodología de la investigación cualitativa* (2nd ed., pp. 62–78). Aljibe. http://catedranaranja.com.ar/taller5/notas_T5/metodologia_investig_cap.3.pdf
- Rojas, J. G., & Pastor Durango, P. (2010). Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Investigación y Educación En Enfermería*, 28(3), 323–335. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215721003.pdf>
- Rosa, R. G., Tonietto, T. F., da Silva, D. B., Gutierrez, F. A., Ascoli, A. M., Madeira, L. C., Rutzen, W., Falavigna, M., Robinson, C. C., Salluh, J. I., Cavalcanti, A. B., Azevedo, L. C., Cremonese, R. V., Haack, T. R., Eugênio, C. S., Dornelles, A., Bessel, M., Teles, J. M. M., Skrobik, Y., ... Investigators, for the I. C. U. V. S. G. (2017). Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study*. *Critical Care Medicine*, 45(10). https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2017/10000/Effectiveness_and_Safety_of_an_Extended_ICU.9.aspx
- Sakuramoto, H., Subrina, J., Unoki, T., Mizutani, T., & Komatsu, H. (2015). Severity of delirium in the ICU is associated with short term cognitive impairment. A prospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 250–257. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.001>
- Spies, C. D., Krampe, H., Paul, N., Denke, C., Kiselev, J., Piper, S. K., Kruppa, J., Grunow, J. J., Steinecke, K., Gülmez, T., Scholtz, K., Rosseau, S., Hartog, C., Busse, R., Caumanns, J., Marschall, U., Gersch, M., Apfelbacher, C., Weber-Carstens, S., & Weiss, B. (2021). Instrumentos para medir los resultados del síndrome postintensivo en cuidados ambulatorios: resultados de un consenso de expertos y una prueba de campo de viabilidad. *Revista de La Sociedad de Cuidados Intensivos*, 22(2), 159–174.

<https://doi.org/10.1177/1751143720923597>

- Torres, J., Carvalho, D., Molinos, E., Vales, C., Ferreira, A., Dias, C. C., Araújo, R., & Gomes, E. (2017). The impact of the patient post-intensive care syndrome components upon caregiver burden. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 41(8), 454–460. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2016.12.003>
- Trejo Martínez, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enfermería Neurológica*, 11(1), 34–38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
- Trigás Ferrín, M., Ferreira González, L., & Meijide Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 72(1), 11–16.
- Uribe Macias, M. E., & Cujíño Ibarra, M. J. (2015). Experiencia y resultados de la aplicación de la técnica consenso de panel Uso empírico para la selección de dos organizaciones tolimenses. *Revista Clio América*, 9(18), 122–134.
- Veiga de Cabo, J., De la Fuente Diez, E., & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 54(210), 81–88. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/aula.pdf>
- Venni, A., Iola, F., Laviola, S., Frigieri, F., Pieri, A., Marilli, S., Balzi, D., Ballo, P., Gori, S., & Guarducci, D. (2018). Utilidad clínica de un programa estructurado para reducir el riesgo de deterioro de la calidad de vida relacionado con la salud después del alta de la unidad de cuidados intensivos: una experiencia del mundo real. *Investigación y Práctica de Cuidados Intensivos*, 2018, 3838962. <https://doi.org/10.1155/2018/3838962>
- Villamizar Carvajal, B., & Durán de Villalobos, M. M. (2012). Modelo de adaptación de Roy en un ensayo clínico controlado . In *Avances en Enfermería* (Vol. 30, pp. 97–107). scieloco .

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de vaciado