
Escalas de Evaluación del Síndrome Post Unidad de Cuidados Intensivos. Revision de alcance.

Post Intensive Care Unit Syndrome Evaluation Scales. Scoping review.

Juan Pablo Arteaga¹ Fisioterapeuta Diana Maritza Quiguanas López²

¹ estudiante de Fisioterapia, Universidad Santiago de Cali, Colombia. Email: Juan.arteaga02@usc.edu.co, Diana.quiguanas00@usc.edu.co ² PhD en Educación Inclusiva. Magister en Educación superior, Magister en Neurorrehabilitación.

Resumen

El objetivo en este trabajo es el de “Determinar los diferentes instrumentos de evaluación relacionados con el Síndrome Post Unidad de Cuidados Intensivos y su aplicabilidad en el campo de la fisioterapia”. En cuanto a la metodología se llevó a cabo una revisión de alcance, se consideraron los siguientes términos: “escala”, “medición”, “instrumento”, “rehabilitación” y “síndrome”, estos se utilizaron en combinación con los operadores boléanos “AND”, “OR” y “NOT”. La búsqueda de la información se realizó en las bases de datos Medline, Scopus, Scielo, Dialnet, Dspace, Elsevier y ScienceDirect, y otros recursos bibliográficos como Google Académico. Para obtener los resultados, se identificaron un total de 530 artículos y trabajos de investigación, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 28 investigaciones para el desarrollo del trabajo. Se observó que existen factores de riesgo que, por virtud de la gravedad de las enfermedades, aumentan la probabilidad de “SPCI” una vez los pacientes son dados de alta, se estableció que una estrategia segura considerada como un estándar general en el manejo del paciente críticamente enfermo, se define como “La aplicación de actividad física dentro de los primeros dos a tres días en el inicio de una enfermedad o lesión grave” en la UCI. Se identificaron los instrumentos utilizados para evaluar el Síndrome Post Unidad de Cuidados Intensivos, desarrollando los más utilizados de acuerdo al material consultado. Conclusión: se evidenció que existen unos Instrumentos empleados para medir el SPCI, de acuerdo al aspecto físico, cognitivo y psicológico.

Palabras clave: Escala, Medición, Síndrome, Instrumentos, Rehabilitación, Fisioterapia.

Abstract

The objective of this work is to "Determine the different evaluation instruments related to Post Intensive Care Unit Syndrome and their applicability in the field of physiotherapy." Regarding the methodology, a scope review was carried out, the following terms were

considered: “scale”, “measurement”, “instrument”, “rehabilitation” and “syndrome”, these were used in combination with the Boolean operators “AND”, “OR” and “NOT”. The information search was carried out in the databases Medline, Scopus, Scielo, Dialnet, Dspace, Elsevier and ScienceDirect, and other bibliographic resources such as Google Scholar. To obtain the results, a total of 530 articles and research works were identified. After applying the inclusion and exclusion criteria, 28 investigations were selected for the development of the work. It was observed that there are risk factors that, due to the severity of the diseases, increase the probability of "SPCI" once the patients are discharged, it was established that a safe strategy considered as a general standard in patient management critically ill, is defined as “The application of physical activity within the first two to three days at the onset of a serious illness or injury” in the ICU. The instruments used to evaluate the Post Intensive Care Unit Syndrome were identified, developing the most used ones according to the material consulted. Conclusion: it was evident that there are instruments used to measure the SPCI, according to the physical, cognitive and psychological aspects.

Keywords: Scale, Physiotherapist, Intensive Care Unit, Syndrome, Therapy, Instruments, Variables.

Introducción

Como bien es sabido, la Unidad de Cuidados Intensivos “UCI” en las instituciones hospitalarias como su nombre lo indica, son áreas especializadas donde se atiende a los pacientes con patologías críticas, que por su estructura funcional están orientadas a brindar atención bajo los mejores estándares de calidad, seguridad y eficiencia, su servicio es continuo y permanente durante las 24 horas. En los últimos 20 años la ocupación de estas salas ha venido aumentando considerablemente y los resultados son positivos de acuerdo con las estadísticas de supervivencia, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, ha estimado la supervivencia post UCI en más de un 90% de los casos, en donde los avances en el tratamiento en estas salas se han disminuido en cuanto a la mortalidad (1);

tal es el caso de Boyacá, Colombia en donde se llevó a cabo una medición por espacio de más de un año, donde se observó que de 592 pacientes atendidos en UCI, la supervivencia post UCI fue del 63.9% (2); sin embargo, se ha encontrado que hay situaciones delicadas cuando al paciente se le da de alta en esta área, lo cual puede desarrollar deficiencias en su recuperación Post UCI, comúnmente conocido en el área de la salud como síndrome Post Cuidados Intensivos (SPCI), que es la reacción que ocurre después de que un paciente ha estado hospitalizado en dicha unidad, caracterizándose por presencia de problemas psicológicos, cognitivos y físicos que pueden generar en el paciente consecuencias de gran impacto (3).

Este síndrome puede llegar a afectar el nivel físico en cuanto al área muscular y

el nivel cognitivo incidiendo en la atención, el lenguaje, la memoria, y las habilidades espaciales, y en el aspecto psicológico pueden producir depresión, ansiedad, trastorno de estrés post traumático, estas deficiencias afectan la reincorporación del paciente a su vida cotidiana (4), lo cual indica, que se debe seguir ampliando los conocimientos y su aplicación relacionados con el cuidado de pacientes que han pasado por la UCI para conseguir una mejor calidad de vida post hospitalaria (5).

El hecho de estar internado por un largo período en la UCI, puede conllevar a presentar deficiencias en el área respiratoria e igualmente en el sistema óseo, lo cual genera necesidades de rehabilitación, es ahí donde la fisioterapia es importante para intervenir al paciente durante su estancia en la UCI, y/o hospitalización convencional, y en el seguimiento y rehabilitación del paciente post hospitalización (6). La fisioterapia basa su atención tanto en el aspecto respiratorio, como motor y la prevención de las complicaciones (7).

Se ha observado que las personas que son remitidas a la UCI y que tienen una estancia superior a un día, el 11% de estos evolucionan con debilidad muscular, en pacientes cuya estancia es superior a cinco días, con Ventilación Mécanica (VM) la prevalencia aumenta de 26 al 65%, es aquí donde la fisioterapia como ciencia de la salud cobra mayor importancia para disminuir estos porcentajes y factor minimizador de complicaciones Post (8).

Así mismo, se ha establecido que esta área de la medicina, por su intervención

en el tratamiento, puede contribuir en la disminución de tiempo de VM, sedación, medicación y estancia en la UCI, en su calidad de vida generando una disminución en los índices de mortalidad y fragilidad post UCI (9). Para el sistema de salud, es beneficioso porque al recuperarse el paciente, trae como consecuencia una reducción de costos económicos.

Dada la importancia del tema en mención, este trabajo se centra en “Determinar los diferentes instrumentos de medición relacionados con el Síndrome Post Unidad de Cuidados Intensivos y su aplicabilidad en el campo de la fisioterapia”, al respecto existen diferentes escalas utilizadas para la medición, examinando las variables de evaluación y relacionando los instrumentos más utilizados de acuerdo con la afectación que produce la estancia en UCI.

Queda evidenciado que, para medir este Síndrome, se deben tener en cuenta los componentes corporales, cognitivos y psicológicos, los cuales se analizarán en este estudio (10).

Por tanto, este trabajo tiene como objetivo *Determinar los diferentes instrumentos de evaluación relacionados con el Síndrome Post Unidad de Cuidados Intensivos y su aplicabilidad en el campo de la fisioterapia*, teniendo en cuenta los instrumentos de medición y las diferentes escalas.

Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se empleó una revisión de alcance (11)

relacionada con el síndrome post UCI, con síntesis narrativa y análisis con enfoque cualitativo de nivel descriptivo. Según Alfonso (1995), este enfoque busca explorar, recopilar, ordenar, examinar y analizar información o datos relacionados con un tema específico.

La búsqueda respectiva se efectuó en los primeros seis meses de 2024 y se tomó los últimos 10 años con el fin de evidenciar las publicaciones más recientes. Se incluyeron los artículos escritos en inglés o español, investigaciones con acceso sin restricción, población adulta, artículos que aborden el tema en cuestión. Se excluyeron artículos incompletos o de pago, investigaciones redactadas en otros idiomas, y población pediátrica. La pregunta de investigación se redujo a los descriptores de la salud MeSH y DeCs y palabras claves (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Términos DeCS y MeSH

Término	DeCS	MeSH
Escala	Escalas de evaluación	Evaluation scales
Medición	Medición Síndrome	Syndrome Measurement
Instrumento	Instrumentos de Medición	Measurement tools
Rehabilitación	Rehabilitación POST-UCI	POST-UCI Rehabilitation
Síndrome	PICS	PICS

Tabla 2. Estrategia de búsqueda y total artículos encontrados.

Base de Datos	Estrategia de Búsqueda	Total
Scopus	((prevention) OR ((post AND intensive AND care AND syndrome) OR (post-icu AND syndrome) OR (pics)) AND ((guideline) OR (Clinical AND protocol)))	25
Medline	("protocol") AND (("prevention") AND ("post") AND (("intensive") AND ("care") AND ("syndrome"))))	229

Pubmed	((escala) AND (pos cuidados intensivos))	9
Dspace	((climb due to risk) AND (post-ICU syndrome))	
Elsevier	((prevention) OR ((post AND intensive AND care AND syndrome) OR (post-icu AND syndrome) OR (pics)) AND ((guideline) OR (clinical AND protocol)))	202
ScienceDirect	((climb due to risk) AND (post-ICU syndrome))	65
TOTAL		530

Fuente elaboración propia.

Se siguieron las recomendaciones CASPe, (12), lo que dio paso a la selección de los artículos que fueron sometidos a análisis. La metodología empleada está basada en los elementos que hacen parte de una revisión sistemática de la literatura en la cual se utilizó la guía PRISMA, que tiene como objetivo de reunir y analizar la evidencia disponible sobre la temática de estudio, que, en este caso, se centra en “escalas de Evaluación del Síndrome Post Unidad de Cuidados Intensivos aplicado a la fisioterapia”. Asimismo, Perestelo-Pérez (13) sostiene que esta modalidad de investigación, contribuye a la construcción del conocimiento, a través de la sistematización de estudios realizados sobre diferentes temas de investigación. Esto permite concretar el estado actual de la cuestión y proporcionar una visión integral del mismo.

El tema de estudio responde a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los instrumentos más utilizados para la medición del Síndrome Post Unidad de Cuidados Intensivos y su aplicabilidad en el campo de la fisioterapia?

En cuanto a la recopilación de los datos esta se desplegó en cuatro etapas:

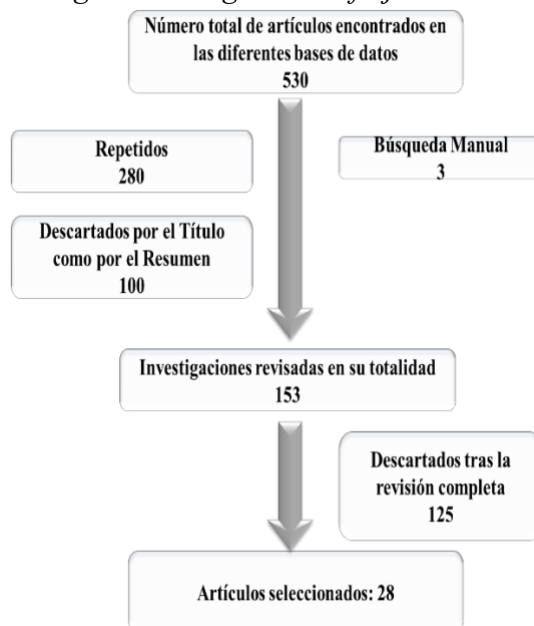
1. Se efectuó una exploración detallada en las bases de datos mencionadas y siguiendo los criterios establecidos.
2. Se obtuvieron los resultados.
3. Se procedió a revisar los títulos y resúmenes de los documentos, descartando los que por su título no se ajustaban al tema de estudio.

De entre el Total de resultados, se seleccionaron 28 artículos y trabajos científicos para su lectura completa y eliminar cualquier duplicado. Los documentos descartados se muestran en el diagrama de flujo PRISMA (14), el cual es una herramienta comúnmente empleada en la investigación científica para destacar los procesos de la ejecución de revisiones sistemáticas de la literatura. En este flujo se especifica el motivo de exclusión. Adicionalmente, se llevó a cabo una revisión manual teniendo en cuenta las referencias bibliográficas, lo que permitió agregar dos artículos adicionales para su lectura total (15). Posteriormente, la información identificada y filtrada en las etapas previas se recolectaron en una base de datos diseñada por el autor en matrices del programa Microsoft Excel, en ella se detallan las características fundamentales de cada estudio como el autor(es), título, objetivo, tipo de estudio, población, metodología y resultados.

Finalmente, se creó una tabla en Excel con la información de los artículos identificados, luego de su análisis se interpretaron de acuerdo con el objetivo

del trabajo, la estrategia utilizada se centró en la integración de los hallazgos buscando similitudes y discordancias, patrones y tendencias entre los resultados obtenidos.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: elaboración propia

Resultados

La figura 1, muestra el sistema de búsqueda y la forma en que se escogieron los artículos. Se identificaron 530 investigaciones de acuerdo a la búsqueda empleada en las bases de datos y registros. Tras la revisión se excluyeron 280 artículos repetidos, se descartaron por el título como por el resumen 100 investigaciones, por búsqueda manual se encontraron 3 trabajos, en total se tomaron 153 artículos, de los cuales se descartaron 125 después de la revisión completa, quedando como

investigaciones seleccionadas 28 para el desarrollo del trabajo Tabla 3.

Tabla 3. Artículos seleccionados para la investigación.

Ítem	Título	Autores
1	Escalas de medición Jorge Coronado Padilla.	Padilla, J. C. (16)
2	Eficacia de las técnicas de fisioterapia en pacientes hospitalizados infectados por el SARS-COV2. Revisión bibliográfica.	Tournemille, C. (17)
3	Síndrome post-UCI perspectiva enfermera.	Rodríguez Díaz, A. (18)
4	Valoración y tratamiento de fisioterapia tras larga estancia en UCI.	Blanco, R. F., et al. (19)
5	Calidad de vida de los pacientes que egresaron por patología neuro crítica en la unidad de cuidado intensivo en el año 2017.	Barrero, J. A. (20)
6	Instrumentos para valor el síndrome post-UCI revisión de alcance.	Narváez-Martínez, et al. (21)
7	Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España.	Raurell-Torredà, et al. (22)
8	Evolución de la funcionalidad y la fuerza muscular desde UCI a hospitalización en sobrevivientes por Covid.	Muñoz-Arcos, et al. (23)
9	“Fisioterapia en la Unidad de Terapia Intensiva: impacto de su intervención en la fuerza muscular del paciente críticamente enfermo”.	Meza-Ontiveros, et al. (24)
10	Revisión sistemática de la eficacia del ejercicio físico en pacientes adultos hospitalizados en UCI.	Villamil Parra, W. A. (25)
11	Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico. Comparación de dos instrumentos de medida	Badía Castelló, et al. (26)

1	Efecto de una rehabilitación temprana en pacientes con debilidad adquirida en la UCI	Martínez Cruz, B. L., et al. (8)
1	Desarrollo y validación de un cuestionario para medir el síndrome post-cuidados intensivos.	Jeong, Y. J., & Kang, J. (27)
1	“Debilidad adquirida en la UCI: la MRC como instrumento en la predicción de la capacidad funcional en el paciente crítico: una revisión bibliográfica”.	Atelo castello, & Ka J. (28)
1	Modelos evaluativos para intervenciones complejas en salud	García-Jaén, M., et al. (29)
1	Disability and functionality of older adults	Fried, L. P., & Guralnik, J. M. (30)
1	Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos.	Duarte-Ayala, R. E., & Velasco-Rojano, Á. E. (31)
1	Depresión y rendimiento en la batería repetible para la evaluación del estado neuropsicológico.	Faust, K., et al. (32)
1	Evaluación cognitiva de Montreal para la detección de la demencia.	Davis, D. H., et al. (33)
2	Desarrollo y validación de la versión árabe de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.	Terkawi, A. S., et al. (34)
2	“Alteraciones neurocognitivas y del afecto y su relación con los cambios en la calidad de vida en pacientes dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional San Rafael”.	Moran Arteaga, R. D., et al. (35)
2	Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires.	Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. (36)
2	Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas.	Terol-Cantero, M. C., et al. (37)
2	Escalas para medir el síndrome poscuidado intensivo, una revisión de alcance.	Narváez-Martínez, M. A., et al. (38)
2	Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en Pacientes con Cáncer	Vázquez, O. G., et al. (39)
2	Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer.	Libuy, M. H., et al. (40)

2 7	Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Healthy Aging Brain-Care Monitor (HABC-M) para detectar el síndrome post-cuidados intensivos.	Narváez Martínez, M. A. (41)
2 8	“Validation into Spanish of a Scale to Detect the Postintensive Care Syndrome”.	Narváez Martínez, M. A., & Henao Castaño, Á. M. (42)

Fuente: elaboración propia.

Características de la Muestra Incluida

El período de publicación establecido para la presente revisión fue del 2013 al 2023. Se evidencia que el tema de estudio es importante de acuerdo con el objetivo plasmado en este trabajo, la producción literaria se distribuyó de la siguiente manera: 2018 (n=1) que representa el 3%, 2016, 2019, 2021 (n=2) con el 7 %, 2015, 2020, 2023 cada año con (n= 3) equivale al 11%, 2017 (n=4) con el 14%, 2022 (n=8) que representan el 29% (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de artículos por año.

Año	Número de artículos	Porcentaje
2015	3	11%
2016	2	7%
2017	4	14%
2018	1	3%
2019	2	7%
2020	3	11%
2021	2	7%
2022	8	29%
2023	3	11%
Total	28	1%

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los países que aportaron estudios fueron: Argentina, Perú, el Salvador, Corea y Francia (n=1) por cada

país lo cual representa el 3%, Estados Unidos (n=2) representando el 8%, Colombia y México (n=5) por cada uno que corresponde al 18%, finalmente España aportó (n=11) que corresponde al 41% (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de artículos por país

País del estudio	Número de artículos	Porcentaje
Argentina	1	3%
Perú	1	3%
El Salvador	1	3%
Corea	1	3%
Francia	1	3%
Estados Unidos	2	8%
Colombia	5	18%
México	5	18%
España	11	41%
Total	28	1

Fuente: elaboración propia.

Del total de estudios analizados ver tabla 6, (n=3) se clasifican como estudios Analítico Prospectivo que equivalen al 11%, (n=8) corresponden a estudios observacionales que representan el 29%, (n=1) no probabilístico intencional representado por el 3%, y, por último, (n=16) revisiones bibliográficas con un 57%.

Tabla 6. Distribución de artículos por tipo de estudio.

Tipo de estudio	Número de artículos	Porcentaje
Analítico, prospectivo	3	11%
Observacional	8	29%
No probabilístico, intencional	1	3%
Revisiones bibliográficas	16	57%
Total	28	1

Fuente: elaboración propia

A continuación, se desarrollan los objetivos propuestos, teniendo en cuenta en primera instancia, que en los centros hospitalarios existe una “UCI”, en donde se garantiza a los pacientes ingresados con patologías críticas, eficiencia, calidad, y seguridad en el servicio o en la atención. Dada, la estancia prolongada en esa área, se produce en ellos una afectación física, cognitiva y mental, lo cual se denomina Síndrome Post UCI “SPCI”

Existen circunstancias que, por virtud de la gravedad de las patologías, aumentan la probabilidad de “SPCI” una vez son dados de alta.

Se encontraron algunos factores que pueden dar lugar al SPCI en diferentes áreas relacionadas con el área cognitiva como la hipoxia, la sedación, el descontrol glucémico, el delirio, la hipotensión, VMP, sepsis grave, y terapia de reemplazo renal entre otros; en el campo psíquico se detectaron otros factores como son el género, edad, educación, preexistencia de lesiones que llevan a una discapacidad, agentes externos como: consumo de alcohol en exceso, uso de medicamentos para la sedación o anestesia; en el aspecto físico (VM por periodos prolongados de más de 7 días, septicemia, disfunción multiorgánica, reposo prolongado entre otros) (43).

Rodríguez Díaz, A (43) encontró, que este síndrome afecta tanto a pacientes hospitalizados en UCI como a sus familiares o cuidadores en un 75%, este se conoce también como síndrome post

UCI familiar “SPCF”, identificándose que en ambos casos este síndrome puede aparecer en la hospitalización del paciente con el familiar o semanas siguientes al alta del mismo. Es importante entonces que las instituciones hospitalarias, médicos, enfermeros y en general todos los trabajadores de la salud, deben estar atentos a examinar tanto las necesidades del cuidado de los pacientes, como la de sus familiares para efectuar estrategias que sirvan para la prevención y soporte.

Otro hallazgo que es importante resaltar tiene que ver con una excelente evaluación clínica del paciente que llega a la UCI, para así identificar sus necesidades de rehabilitación y establecer objetivos terapéuticos, tanto en su permanencia en la UCI como por fuera de ella.

Morandi et al. en 2011, de acuerdo con su estudio, plantearon estrategias llamadas “Paquete de Medidas ABCD” las cuales tienen que ver con riesgos por sedación, delirio e inmovilidad, en la actualidad a estas medidas se le sumo la letra F relacionada con el cuidado del familiar (44) (45).

Se encontró igualmente, que los pacientes ingresados en la UCI, por su inmovilidad presentan una serie de complicaciones, su VM, los medicamentos que se utilizan o por su desnutrición etc. que afectan su calidad de vida, así mismo presentan, des condicionamiento físico relacionados con la pérdida de fuerza y masa muscular, disminución pulmonar, reducción en el movimiento intestinal entre otros, esto conlleva a la aparición clínica observada en estos pacientes críticos, denominada

debilidad adquirida en UCI “DAUCI”, esta se manifiesta “en la musculatura estriada desde las extremidades hasta los músculos respiratorios” (4), esto genera que equipos multidisciplinarios, como: médicos, enfermeros, fisioterapeutas entre otros, combinen su trabajo para lograr una reducción de secuelas respiratorias, musculares, psicológicas etc. que se presentan al internarse en una UCI.

El fisioterapeuta, trabaja en tres ejes generales en estos pacientes tanto en la UCI como post UCI tales como: una temprana movilización, estimulación de músculos inspiratorios y métodos de higiene bronquial (fisioterapia de tórax) (46).

Frente a la movilización temprana, se evidenció que es una estrategia segura estimada como un punto general para el manejo del paciente críticamente enfermo, esta se define como “la aplicación de actividad física dentro de los primeros dos a tres días en el inicio de una enfermedad o lesión grave”, como instrumento de evaluación utilizaron la Escala de Evaluación Muscular (FIM), la Escala de Coma de Glasgow (GCS) (47).

Esta movilización previene la DAUCI, como también origina disminución de la sedación, trombosis venosa profunda, neumonía asociada con la VM, escaras por presión y algunas investigaciones indican reducción en el tiempo hospitalario en UCI, mejoría en la fuerza muscular (48).

Con respecto al entrenamiento de músculos inspiratorios hay que tener en cuenta que es “*La administración de una carga extra a dicha musculatura, tomando como referencia un tanto por*

ciento de la presión inspiración máxima” (49).

La estimulación de los músculos inspiratorio se lleva a cabo a través de un dispositivo denominado Threshold, este se adapta al tubo endotraqueal o a la cánula de traqueostomía o en su defecto mediante una “boquilla y una pinza nasal” (19), en el segundo caso en pacientes sin VM.

Una de las técnicas utilizadas como instrumento es el Entrenamiento Muscular Inspiratorio (IMT) que es un dispositivo diseñado para proporcionar resistencia específica durante la inhalación (49).

En cuanto a los métodos de higiene bronquial, estas se asocian por lo general con Fisioterapeuta en la UCI, pues hace parte de sus competencias. La Asociación Americana de Cuidados Respiratorios, no recomienda utilizar de manera permanente esta técnica, sino que depende de la condición de cada paciente. Estas técnicas se pueden recomendar en pacientes con patología neuromuscular (50).

Las técnicas más utilizadas en fisioterapia del tórax contienen: “la percusión, vibración y drenaje postural, las compresiones torácicas, técnicas de respiración forzada y tos asistida” (50).

En cuanto a la identificación del “PICS” en general resulta un poco compleja dada la variedad de componentes que afectan la salud del paciente, por esta razón se hace necesario conocer los instrumentos más empleados para medir este síndrome, tal como, quedó evidenciado en este trabajo, teniendo en cuenta que estos instrumentos

de medición están divididos según los componentes físicos, cognitivos y mentales.

Los instrumentos encontrados fueron:

Aspectos Físicos

- Las Escala Medica Research Council (MRC) (28).
- Índice de Katz (31).
- Índice de Barthel (28).

Aspectos Cognitivos

- Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (51).
- Test Montreal Cognitive Assessment (33).

Aspectos Mentales

- “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) (52).
- “Test de ansiedad de Beck (BAI)” (53).
- “Escala Depression Inventory Second Edition IDB-II”(54).
- “Escala Post Traumatic Stress Syndrome-14” (41).

Dentro de la investigación se pudo evidenciar la existencia de dos herramientas para medir totalmente el aspecto post traumático, como son:

- Healthy Aging Brain Care Monitor (55)
- Post-Intensive Care Syndrome Questionnaire (27).

De acuerdo con los instrumentos encontrados relacionados con el aspecto Físico, se tomó una muestra del MRC,

determinando las variables y escalas respectivas (tablas 5 y 6) (56).

Tabla 7. Escala de valoración (variables) de la fuerza de MRC

Indicaciones al paciente	Grupo musculares a evaluar
A. Abrir y cerrar los ojos	1. Abducción del brazo.
B. Obsérveme	2. Flexibilidad del antebrazo.
C. Desplegar la boca y saque la lengua	3. Extensión de la muñeca.
D. Diga que no con la cabeza	4. Flexión de la pierna.
E. Levante la cejas cuando cuente hasta 5	5. Extensión de la rodilla.
	6. Dorsiflexión del pie.

Fuente: (56)

Nota: antes de comenzar, se evalúa la colaboración del paciente para completar las indicaciones de la A a la E, aplicando esta escala junto a la cama del paciente.

Tabla 8. Método de calificación (variables) de la fuerza de MRC

Puntaje	Reacción
Un punto	Esbozo de contracción apenas visible.
Dos puntos	Movimientos activos sin gravedad.
Tres puntos	Movimiento activo contra gravedad.
Cuatro puntos	Movimiento activo contra gravedad y algo de resistencia.
Cinco puntos	Movimiento activo contra gravedad y resistencia completa.

Fuente: (56)

En cuanto al aspecto Cognitivo, uno de los instrumentos encontrados fue el Test Montreal Cognitive Assessment “MoCA” del cual se tomó una muestra con sus variables y escalas respectivas (tabla 9).

Este instrumento consta de un test que contiene un marco de los sistemas sanitarios, es una prueba que diagnostica personas en principio sanas para distinguir de las que están enfermas (52).

El test MoCA, se empleó para analizar aspectos cognitivos en la UCI del “Hospital San Rafael del Salvador” entre agosto-noviembre 2016.

Para evaluar la función cognitiva se exploran varios aspectos como son:

Tabla 9. Método de calificación (variables) del test MoCA.

Puntaje	Área de reacción
6	Orientación.
5	Memoria.
5	Memoria inmediata.
5	Memoria de Trabajo.
5	Memoria Diferida.
5	Atención.
5	Concentración.
5	Lenguaje.
4	Capacidad visuoespacial.
4	Función ejecutiva.

Fuente: elaboración propia.

Nota. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos. Para calcular este instrumento, se suman los subpuntajes entre sí, teniendo en cuenta variables como el tiempo de educación formal, se aumenta 1 punto; se toma como puntaje máximo (30 puntos), y como puntaje final de (26 puntos).

Referente al aspecto Mental, uno de los instrumentos hallados es el Test de ansiedad de Beck (BAI). Esta herramienta se utiliza para medir síntomas de ansiedad, depresión, somáticos y sintomatología asociado a síntomas de ansiedad y pánico (53).

Es el instrumento de evaluación más citado en las bases de datos científicas, cuyo diseño se estructura en 21 preguntas para el paciente (tabla 8).

Tabla 10. Método de calificación (variables) del Test de ansiedad Beck (BAI).

Ítems	Rango de Puntuación
<ul style="list-style-type: none"> • Hormigueo o adormecimiento. • Sensación de temperatura alta. • Fragilidad en las piernas. • Imposibilidad para relajarse. • Temor a que pase lo peor. • Mareos o vértigos. • Aceleración o taquicardia. • Efecto de inestabilidad. • Miedo aterrorizado. • Nervioso(a). • Ahogo. • Temblor de manos. • Inquieto y tembloroso. • Miedo a descontrolarse. • Trastorno de respiración. • Temor a la muerte. • Asustado(a). • Indigestión. • Sensación de desvanecimiento. • Sonrojarse. • Sudoración no producida por calor. 	Entre 0 y 63

Fuente: elaboración propia.

Nota. Para interpretar esta información, se requiere obtener una media (M) y lograr una desviación estándar (DE=).

En cuanto a los métodos para medir la totalidad del evento Postraumático en su totalidad, se analizó la Healthy Aging Brain Care Monitor “HABC-M”, (versión al español) este instrumento es confiable en la práctica clínica en sobrevivientes de UCI, analiza los factores *cognitivo, funcional y psicológico* (54).

Este instrumento se creó con el fin de valorar y hacer seguimiento de los síntomas graves que tienen que ver con la

demencia o o trastornos cognitivos leves. Está conformado por 27 ítems (tabla 9,10).

Tabla 11. Componentes de la escala del HABC-M

Subescala	Área de Acción	Preguntas	Puntuación
Cognitiva	Memoria, orientación y juicio.	6	Máximo 18
Funcional	Actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.	11	Máximo 33
Psicológica	Depresión, psicosis y ansiedad	10	Máximo 30

Fuente: elaboración propia.

Nota: “cada pregunta se califica sobre la base de la frecuencia percibida del paciente y los síntomas experimentados sobre las dos semanas anteriores”.

Tabla 12. Método de calificación (variables) del HABC-M

En las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia tuvo ud problemas con?		En absoluto (0-1 días)	Varios días (2-6 días)	Más de la mitad de los días (7-11 días)	Casi a diario (12-14 días)
		0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
Cognitivo	El juicio o la forma de decisiones				
	Repetir la misma cosa una y otra vez como hacer las mismas preguntas o contar con las				
	Manejar asuntos financieros complicados como consultar saldos de cuentas bancarias, hacer la declaración de renta y pagar las				
Funcional	Recordar citas				
	El pensamiento o la memoria				
	Aprender a usar una herramienta, aparato o dispositivo electrónico				
	Planear, preparar y servir una comida				
	Tomar los medicamentos en la dosis correcta y en el momento correcto				
	Caminar o deambular				
	Bañarse				
	Comprar artículos personales como víveres				
	Tareas domésticas o los que hacer del				
	Sentirse solo				
Psicológico	Su seguridad				
	Su calidad de vida				
	Cuarse o repararse				
	Disminución de interés o placer en realizar cosas, pasatiempos o actividades				
	Sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin				
	Resistirse a la ayuda de otros o agitarse				
	Sentirse ansioso(a) o nervioso(a), tenso(a), temeroso(a) o en pánico				
	Cree que otros le están robando o				
	Escuchar voces, ver cosas o hablar con personas que no están presentes				
	Perder peso, apetito o comer en exceso				
Quedarse dormido, permanecer dormido o					
Actuar impulsivamente sin pensar en las consecuencias de sus acciones					
Deambular, caminar de un lado a otro o hacer cosas repetidamente					
		Subescala cognitiva			
		Subescala funcional			
		Subescala conductual y del estado de ánimo			
		Puntaje total			

Fuente: (54)

Conclusiones

Se concluye que la labor del Fisioterapeuta con pacientes en la UCI y fuera de ella es de vital importancia en la recuperación, dado que, su trabajo como agente rehabilitador cubre aspectos como una temprana movilización, estimulación de músculos inspiratorios y métodos de higiene bronquial (fisioterapia de tórax).

Se evidenció que, existen unos Instrumentos empleados para medir el SPCI, atendiendo el aspecto físico, cognitivo y psicológico, logrando evidenciar los más utilizados en cada uno de estos aspectos, de los cuales se analizaron los más nombrados en la literatura investigada y también se encontraron dos técnicas que miden la totalidad de estos aspectos. En el aspecto físico se evidenció la MRC, el Índice de Kats y el de Barthel. En el aspecto cognitivo esta Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status y el Test Montreal Cognitive Assessment. Respecto al área mental el HADS, BAI, IDB-II y la Escala Post Traumatic Stress Syndrome. Y dos escalas que miden las tres áreas que son: Healthy Aging Brain Care Monitor y Post-Intensive Care Syndrome Questionnaire.

Se concluye de acuerdo a dos artículos consultados que la Escala Medica Research Council (MRC), es el instrumento más empleado para medir el aspecto físico, con escalas y variables que miden la fuerza del paciente.

Frente al aspecto Cognitivo, se encontró en uno de los artículos consultados, fue el “Test Montreal Cognitive Assessment MoCA” consiste en una prueba diagnóstica para distinguir personas sanas de personas enfermas, así

mismo evalúa con una escala y variables relacionados con la personalidad y el marco de los sistemas sanitarios.

En lo relacionado con el aspecto Mental, de acuerdo con la investigación, se concluyó que uno de los instrumentos hallados para medir el área mental, es el “Test de ansiedad de Beck (BAI)”, esta herramienta mide los síntomas somáticos de ansiedad, sus desordenes y depresiones. Este test contiene una escala y variables relacionados con sintomatología que miden los aspectos anteriormente descritos.

Se concluyó que Healthy Aging Brain Care Monitor “HABC-M” es un instrumento que mide el episodio post traumático totalmente, ya que se utiliza en la práctica clínica en sobrevivientes de UCI, evalúa y monitorea los síntomas relacionados con todos los aspectos cognitivo, funcional y psicológico.

De acuerdo con evidencia científica según Narvéez Martínez Pag.90 (10), se concluye que estas escalas no deben considerarse como instrumentos de diagnósticos, sino que son herramientas para detectar, porque tiene en cuenta la historia clínica y el estado actual de salud de los pacientes.

Finalmente se concluye que frente al “SPCI” es importante la medición del área física, cognitiva y mental, tanto en pacientes presenciales en la UCI como por fuera de ella, es por esto que, estos instrumentos son indispensables para medir la salud de los pacientes y así evitar posibles riesgos, por lo que la presencia del Fisioterapeuta es indispensable para

un manejo integral de los pacientes graves que ingresan y salen de la UCI, proporcionando un mejoramiento en su vida particular como la vida en familia.

Recomendaciones

De acuerdo con el contenido del trabajo y frente a los resultados encontrados, se recomienda la utilización de los instrumentos relacionados dentro del marco clínico y ambulatorio en aquellos pacientes que sobreviven a patologías críticas para así encontrar de manera oportuna el “SPCI” para de esta forma efectuar el seguimiento respectivo.

Igualmente es indispensable caracterizar los pacientes que sobreviven a enfermedades críticas y elaborar planes de acción integral que incluyen la salud funcional, cognitiva y mental.

Se sugiere que en las instituciones de salud tanto privadas como públicas adopten e implementen políticas y estrategias relacionadas con los manejos, consultas y seguimientos llevados a cabo por profesionales especializados en esta área y así determinar acciones para una rehabilitación integral con la cual se pueda restablecer las áreas afectadas por este síndrome.

Se recomienda de manera global se creen y ejecuten programas de seguimiento a pacientes “SPCI” y que se genere una legislación adecuada para crear en las clínicas y/o hospitales áreas donde se atienda a esta población sobreviviente post UCI, con el fin proseguir con la atención integral, rehabilitación y rutas de cuidado que permitan la reintegración de este tipo de

pacientes a la sociedad, familia y su entorno laboral.

Para la aplicación en el área clínico asistencial frente al cuidado del paciente post UCI, se recomienda que se empleen medidas de “prevenciones estandarizadas como el paquete ABCDF” en la UCI, para así poder disminuir los efectos en los pacientes post hospitalización.

En cuanto a la labor del Fisioterapeuta en la UCI y fuera de ella como agente rehabilitador, es necesario promover e implementar el servicio y la función de la fisioterapia en las UCIS, para que este desarrolle y lleve a cabo bajo planificación actividades de acuerdo a su especialidad, que promuevan la recuperación del paciente.

Así mismo, se recomienda aumentar el estudio de la investigación relacionada con la fisioterapia en el área de la UCI, con herramientas metodológicas específicas generando protocolos más sensibles frente a la realidad del paciente, promoviendo la creación, implementación y ejecución de técnicas y protocolos fisioterapéuticos.

Referencias Bibliográficas

1. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019; 30(2): p. 120-125.
2. Becerra JAB, MCMM, & BNEH. Morbimortalidad en pacientes egresados de una unidad de cuidados intensivos en Boyacá, Colombia. *Archivos de Medicina (Col)*. 2020; 20(2): p. 418-42.
3. Rodríguez Díaz A. Síndrome Post-UCI, perspectiva enfermera. [Online].; 2022 [cited 2023 noviembre 23]. Available from: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/32374/RodriguezDiaz_Ana_TFG_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
4. Raurell-Torredà M, ARS, MJD, FMMJ, ZGI, GE, & MÁ R. Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enfermería Intensiva*. 2019; 30(2): p. 59-71.
5. Soto Valencia S, Navarro Salgado SC, Paternina A. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2023; 23: p. 273-285.
6. Smondack P, GFÉ, PG, RA, MJF, CA, & BT. Kinésithérapie et COVID-19: de la réanimation à la réhabilitation à domicile. Synthèse des recommandations internationales. *Revue des maladies respiratoires*. 2020; 37(10): p. 811-822.
7. data.gouv.fr. Alta Autoridad Sanitaria (HAS). [Online]. Available from: <https://www.data.gouv.fr/fr/organisations/haute-autorite-de-sante-has/>.
8. Martínez Cruz BL, RCJC, MBA, SAL, & ADC. Efecto de una rehabilitación temprana en pacientes con debilidad adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos.

-
- Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica). 2022; 36(1): p. 39-44.
9. FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2023; 30(10): p. 505-562.
10. Narvaez Martinez M, Gómez Tobar LO, Henao Castaño Á. Instrumentos para valorar el síndrome post cuidado intensivo. 2022; 32(6): p. 440-450.
11. de Cardiología RL. Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: aspectos metodológicos y aplicaciones. 2021.
12. CASpe. Instrumento para la lectura crítica. [Online].; 2022. Available from: <https://www.cuidando.es/533/>.
13. Perestelo-Pérez L. Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2013; 13(1): p. 49-57.
14. Yepes-Nuñez JJ,UG,RGM,&AFS. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Revista española de cardiología. 2021; 74(9): p. 790-799.
15. Franco JVA,AM,SRD,&ME. Síntesis de información biomédica: revisiones narrativas, revisiones sistemáticas y estructuras emergentes. Medwave. 2018; 18(7): p. 9-12.
16. Padilla JC. Escalas de medición. Paradigmas. : Una Revista Disciplinar de Investigación. 2017; 2(2): p. 104-125.
17. Tournemille C(. Eficacia de las técnicas de fisioterapia en pacientes hospitalizados infectados por el SARS-COV2. Revisión bibliográfica. 2022.
18. Rodríguez Díaz A. Síndrome Post-UCI, perspectiva enfermera. [Online].; 2022. Available from: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/32374/RodriguezDiaz_Ana_TFG_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
19. Blanco RF,dÁCM,dNEF,&AME. Valoración y tratamiento de fisioterapia tras larga estancia en la UCI. MC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2023; 30(2): p. 80-84.
20. Narváez-Martínez MAGTLOHCÁM. Scales to measure post intensive care syndrome, a scoping review. 2022; 32(5): p. 440-450.
21. Narváez-Martínez MA,TLOG,&HCÁM. Instrumentos para valorar el síndrome pos cuidado intensivo, revisión de alcance. Enfermería Clínic. 2022; 32(6): p.

-
- 440-450.
22. Raurell-Torredà M,ARS,MJD,FMMJ,ZGI,GE.&MÁ R. Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enfermería Intensiva*. 2019; 30(2): p. 59-71.
23. Muñoz-Arcos VE,ÁEI,COPA,&WLEC. Evolución de la funcionalidad y la fuerza muscular desde cuidado intensivo a hospitalización en sobrevivientes por COVID-19. *Fisioterapia*. 2023; 45(6): p. 298-30.
24. Meza-Ontiveros JR,PMYG,VACM,ZSML,AGJM,&DRCA. El fisioterapeuta en la unidad de terapia intensiva: impacto de su intervención en la fuerza muscular del paciente críticamente enfermo. *Lux Médic*. 2018; 13(39): p. 11-18.
25. Villamil Parra WA. Revisión sistemática de la eficacia del ejercicio físico en pacientes adultos hospitalizados en UCI. [Online].; 2016. Available from: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/57849/wilderandres_villamilparra.2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
26. Badia Castelló M,TCJ,SGL,MLJ,&RPA. Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico: Comparación de dos instrumentos de medida. 2014; 32(5): p. 203-215.
27. Jeong YJ,&KJ. Development and validation of a questionnaire to measure post-intensive care syndrome. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2019; 55: p. 102756.
28. castello A. Debilidad adquirida en la UCI: la MRC como instrumento en la predicción de la capacidad funcional en el paciente crítico: una revisión bibliográfica. [Online].; 2020. Available from: <http://hdl.handle.net/2183/26486>.
29. García-Jaén M,CTJM,SS,CR,TMJ,&CMI. Red de Innovación Docente de la asignatura de Actividad Física y Calidad de Vida del Grado en CAFD, orientada a la mejora de la calidad de la docencia universitaria. [Online].; 2018.
30. Fried LP,&GJM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. 2017; 45(1): p. 92-100.
31. Duarte-Ayala RE,&VRÁE. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horizonte sanitario*. 2022; 21(1): p. 113-120.
32. Faust K,NBD,SC,&PNH. Depression and performance on the repeatable battery for the assessment of neuropsychological status. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2017; 24(4): p. 350-356.

-
33. Davis DH,CST,YJL,NSAH,BC,&CS. Montreal Cognitive Assessment for the detection of dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; 7.
34. Terkawi AS,TS,AGJ,AMSH,AMS,AUS.&A KA. Development and validation of Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Saudi journal of anaesthesia*. 2017; 11(1): p. S11.
35. Moran Arteaga RD,PPVA,&QFMV. Alteraciones neurocognitivas y del afecto y su relación con los cambios en la calidad de vida en pacientes dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional San Rafael. [Online].; 2017. Available from: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/3120/1/0002476-ADTESMA.pdf#page=29&zoom=100,109,142>.
36. Vizioli NA,&PAE. Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. *Interacciones*. 2020; 6(3): p. e171.
37. Terol-Cantero MC,CPV,&MAM. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2015; 31(2): p. 494-503.
38. Narváez-Martínez MA,TLOG,&HCÁM. Scales to measure post intensive care syndrome, a scoping review. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 2022; 32(6): p. 440-450.
39. Vázquez OG,CER,GAM,PJLA,AMÁÁ,&AS A. Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2015; 12(1): p. 51-58.
40. Libuy MH,SP,HJ,AD,RNI,&BC. Validez y confiabilidad de las escalas de evaluación funcional en pacientes críticamente enfermos. *Revisión sistemática. Revista médica de Chile*. 2017; 145(9): p. 1137-1144.
41. Narváez Martínez MA. alidez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Healthy Aging Brain-Care Monitor (HABC-M) para detectar el síndrome post-cuidados intensivos (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia). [Online].; 2022. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/83027/1067888741.2022.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
42. Narváez Martínez MA,&HCÁM. alidation into Spanish of a Scale to Detect the Post-intensive Care Syndrome. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2023;

-
- 4(1).
43. Rodríguez Díaz A. Síndrome post UCI. [Online].; 2022 [cited 2024 enero 27. Available from: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/32374/RodriguezDiaz_Ana_TFG_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y#page=18&zoom=100,148,114.
44. Varela OMKF. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019; 30(2): p. 126-139.
45. Bisso IC,PDÁ,HI,VD,OD,LHM,&CF. Adherencia al paquete de medidas ABCDEF durante la pandemia de COVID-19. Acta Colombiana de Cuidado Intensiv. 2022; 22: p. S55-S61.
46. Martínez Camacho MÁ,JBRA,&GGA. El fisioterapeuta en la Unidad de Cuidados Intensivos; un profesional necesario? Acta médica Grupo Ángeles. 2022; 18(1): p. 104-105.
47. Cameron S,BI,CG,CK,DTJ,ECG.&FDD. Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. Journal of critical care. 2015; 30(4): p. 664-672.
48. Zang K,CB,WM,CD,HL,GS.&SF. The effect of early mobilization in critically ill patients: a meta-analysis. Nursing in critical care. 2020; 25(6): p. 360-367.
49. Vorona S,SU,AMS,BM,DM,BB.&GEC. Inspiratory Muscle Rehabilitation in Critically Ill Adults. A Systematic Review and Meta-Analysis. Annals of the American Thoracic Society. 2018; 15(6): p. 735-744.
50. Strickland SL,RBK,DGS,HCF,OCA,VTA.&H DR. AARC clinical practice guideline: effectiveness of nonpharmacologic airway clearance therapies in hospitalized patients. Respiratory care. 2013; 58(12).
51. Medical Research Council (MRC). [Online].; 2024 [cited 2024 enero 27. Available from: <https://www.ukri.org/councils/mrc/>.
52. Moran Arteaga RD,PPVA,&QFMV. Alteraciones neurocognitivas y del afecto y su relación con los cambios en la calidad de vida en pacientes dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional San Rafael. [Online].; 2017 [cited 2024 enero 7. Available from: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/3120/1/0002476-ADTESMA.pdf#page=29&zoom=100,109,142>.
53. Vizioli NA,&PAE. Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires.

Interacciones. 2020; 6(3): p. e171.

54. Narváez Martínez MA. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Healthy Aging Brain-Care Monitor (HABC-M) para detectar el síndrome post-cuidados intensivos. [Online].; 2022 [cited 2024 Febrero 3 [Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia]. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/83027/1067888741.2022.pdf?sequence=4&isAllowed=y#page=31&zoom=100,132,598>.
55. Munn Z, Peters M, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. ¿Revisión sistemática o revisión de alcance? Orientación para los autores a la hora de elegir entre un enfoque de revisión sistemática o de alcance. Metodología de investigación médica BMC. 2018; 18: p. 1-7.