



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABI”

FACULTAD DE AREAS DE LA SALUD

CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL

**PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIATURA EN TERAPIA
OCUPACIONAL**

TEMA:

Terapia ocupacional en pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos

AUTORES:

Intriago Burgos Adriana Leonela

Barrezueta Chinga Steven Josué

TUTOR:

Lcda. Mercy Teresa Sancán Moreira

MANTA – MANABÍ – ECUADOR

2024 (2)

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor de la Facultad en Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular proyecto de investigación bajo la autoría del estudiante, **Intriago Burgos Adriana Leonela**, legalmente matriculado/a en la carrera de Terapia Ocupacional, período académico 2024- 2, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto o núcleo problémico es “Terapia ocupacional en pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos”.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Lugar, Manta de 13 de diciembre de 2024.

Lo certifico,

Lic. Mercy Teresa Sancán Moreira
Docente Tutor

Área: Ciencias de la Salud

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor de la Facultad en Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular proyecto de investigación bajo la autoría del estudiante, **Barrezueta Chinga Steven Josuè**, legalmente matriculado/a en la carrera de Terapia Ocupacional, período académico 2024- 2, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto o núcleo problémico es “Terapia ocupacional en pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos”.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Lugar, Manta de 13 de diciembre de 2024.

Lo certifico,

Lic. Mercy Teresa Sancán Moreira
Docente Tutor

Área: Ciencias de la Salud

Declaración de autoría

El trabajo de revisión sistemática **titulado “Terapia Ocupacional en Pacientes Tras Egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos”** Yo, **Intriago Burgos Adriana Leonela**, con **C.I. 1315720852** declaro que es original y constituye una elaboración personal con criterios que son de total responsabilidad mía, así como en la interpretación de este; recalco que, aquellos trabajos de otros autores que brindaron aporte al desarrollo de esta investigación han sido debidamente referenciados en el texto. Con esta declaratoria, transferimos nuestra propiedad intelectual a la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” y autorizo a la publicación de este trabajo de investigación en el archivo institucional de acuerdo con las reglas del Art. Artículo 144 de la Ley Biológica de educación superior.

Manta, 2024

Intriago Burgos Adriana Leonela

1315720852

Autor(a)

Declaración de autoría

El trabajo de revisión sistemática **titulado “Terapia Ocupacional en Pacientes Tras Egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos”** Yo, **Barrezueta Chinga Steven Josué**, con **C.I. 1317253530** declaro que es original y constituye una elaboración personal con criterios que son de total responsabilidad mía, así como en la interpretación de este; recalco que, aquellos trabajos de otros autores que brindaron aporte al desarrollo de esta investigación han sido debidamente referenciados en el texto. Con esta declaratoria, transferimos nuestra propiedad intelectual a la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” y autorizo a la publicación de este trabajo de investigación en el archivo institucional de acuerdo con las reglas del Art. Artículo 144 de la Ley Biológica de educación superior.

Manta, 2024

Barrezueta Chinga Steven Josué

1317253530

Autor(a)

Dedicatoria

A mi papá, que desde el cielo ha sido mi guía y fortaleza en cada paso de este camino.

Gracias por enseñarme a luchar por mis sueños y por recordarme siempre que todo esfuerzo vale la pena.

A mi mamá, por su amor incondicional, su paciencia infinita y por ser mi mayor ejemplo de valentía y dedicación.

A mi hermana, mi compañera de vida, por sus palabras de aliento y por estar siempre a mi lado en los momentos más importantes.

Y a mi pareja, quien con su apoyo constante, amor y confianza en mí, ha sido una pieza clave en este logro. Gracias por ser mi refugio y mi motivación desde el inicio hasta el final de este proceso.

A todos ustedes, dedico este logro con amor y gratitud eterna.

Adriana Intriago B.

Dedicatoria

El presente trabajo va dedicado a Dios, por hacerme fuerte en cada situación difícil que se atravesó en el camino, a mis padres, pilares fundamentales en este proceso académico, que siempre me han apoyado, formado y enseñado a ser un buen hombre, me han brindado su amor y encaminado a lograr mis sueños en esta carrera. A mis hermanos que son parte de mi crecimiento profesional y me han acompañado en cada logro de mi vida. A mi familia que ha confiado en mí y me ha permitido creer en mis capacidades en todos mis estudios. A los amigos que me dio esta carrera, que han hecho más agradable esta etapa y han estado conmigo todos estos años. A mis seres queridos, que no se encuentran hoy conmigo físicamente pero que fueron y son importantes en mi vida, que me cuidan y me guían desde el cielo, y a mí mismo por haber llegado tan lejos y nunca rendirme, por ser siempre resiliente ante las adversidades de la vida, por seguir intentando mejorar como persona y ser muy valiente.

Steven Barrezueta Ch.

Agradecimiento

Quiero empezar agradeciendo a mi familia, por ser mi mayor apoyo en todo momento. Gracias por su amor, su paciencia y por creer en mí cuando más lo necesitaba. Este logro es tanto mío como de ustedes, porque sin su apoyo no lo habría conseguido.

A mis profesores, que siempre estuvieron dispuestos a guiarme y compartieron su conocimiento con dedicación. En especial, a mi tutora de tesis, la Licenciada Mercy Sancán, por su paciencia y sus valiosos consejos, que me ayudaron a completar este proyecto con éxito.

A mis compañeros, que con el tiempo se convirtieron en grandes amigos. Gracias por estar ahí, por las risas, las largas jornadas de trabajo y por compartir este camino lleno de retos y aprendizajes.

Y a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por ser el lugar donde pude crecer como persona y como profesional. Gracias por darme las herramientas y el espacio para seguir mis sueños y convertirme en quien soy hoy.

Adriana Intriago B.

Agradecimiento

Agradezco a mis familiares, compañeros y cada profesional que me acompañó en mi proceso universitario, me guiaron, me corrigieron y me ayudaron a llegar a este momento importante como es este logro.

A mis docentes que me han enseñado todo lo necesario para crecer en la carrera de manera profesional, en especial a mi tutora de tesis la Lic. Mercy Teresa Sancán Moreira, que nos brindó de su tiempo, paciencia y sus conocimientos para culminar este proyecto.

Y finalmente agradezco a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, y a la carrera de Terapia Ocupacional por abrirme sus puertas y formarme como profesional y mejor ser humano, muchas gracias.

Steven Barrezueta Ch.

RESUMEN

La intervención del terapeuta ocupacional en los pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos es prioritario para lograr una rehabilitación exitosa, pues esta debe orientarse en base al tipo y grado de discapacidad que presenta el usuario, ya que es el punto de partida en donde a través de la primera valoración se van a determinar los niveles de intervención, las diferentes actividades a ejecutarse y el tiempo de duración y frecuencia de las mismas, las cuales deben enfocarse principalmente en la movilidad temprana, las AVD (actividades de la vida diaria), estimulación cognitiva y sensorial. Debido a esto el objetivo general que se planteó es analizar la intervención del terapeuta ocupacional en potenciar las capacidades de los pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos, lo cual nos demostró el importante rol que desenvuelve el terapeuta ocupacional en estos casos. El enfoque metodológico de la presente investigación es de carácter sistemático, la cual se desarrolló mediante la revisión bibliográfica, en donde se concluyó que parte fundamental de la intervención del terapeuta ocupacional en pacientes tras egreso de UCI, se centra en la valoración que realice el profesional junto con el médico a cargo del caso; y así poder ejecutar acciones que favorezcan el estado del paciente.

Palabras claves: rehabilitación, terapia ocupacional, actividades de la vida diaria, unidad de cuidados intensivos, intervención.

ABSTRACT

The intervention of the occupational therapist in patients after discharge from the intensive care unit is a priority to achieve a successful rehabilitation, since it must be guided based on the type and degree of disability that the user presents, since it is the starting point where through the first assessment the levels of intervention, the different activities to be executed and the duration and frequency of the same will be determined, which should focus mainly on early mobility, ADL (activities of daily living), cognitive and sensory stimulation. Due to this, the general objective that was raised is to analyze the intervention of the occupational therapist in enhancing the capacities of patients after discharge from the intensive care unit, which showed us the important role that the occupational therapist plays in these cases. The methodological approach of the present research is of a systematic nature, which was developed through the bibliographic review, where it was concluded that a fundamental part of the intervention of the occupational therapist in patients after discharge from the ICU, focuses on the assessment carried out by the professional together with the doctor in charge of the case; and thus be able to carry out actions that favor the patient's condition.

Keywords: rehabilitation, occupational therapy, activity of daily living, intensive care unit, intervention.

Contenido

1. CAPÍTULO I.....	6
1.1. INTRODUCCIÓN	6
1.2. JUSTIFICACIÓN	9
2. CAPÍTULO II.....	11
2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
2.2. Unidad de cuidados intensivos (UCI) y la intervención del terapeuta ocupacional.....	11
2.3. Tipos de intervención.....	17
2.3.1. Tratamiento Postural	17
2.3.2. Rehabilitación Física.....	18
2.3.3. Rehabilitación Respiratoria	18
2.3.4. Rehabilitación en la capacidad sensoria – motora	18
2.3.5. Intervención de las actividades de la vida cotidiana	19
2.3.6. Intervención cognitiva.....	20
3. CAPÍTULO III	22
3.1. METODOLOGÍA	22
3.1.1 Criterios de inclusión de estudio	22
3.1.2. Criterios de exclusión de estudio	23
3.2. Evaluación de los estudios primarios	23
3.3. Análisis de contenido de los artículos seleccionados.....	25
4. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	39
5. DISCUSIÓN	58
6. CONCLUSIONES.....	59
7. RECOMENDACIONES	60
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

Índice de Tablas

Tabla 1 Análisis de contenido de los artículos seleccionados	25
Tabla 2 Estudios primarios del 1° objetivo específico	40
Tabla 3 Estudios primarios del 2° objetivo específico	46
Tabla 4 Estudios primarios del 3° objetivo específico	51

1. CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Las primeras unidades centrales de tratamiento y cuidado intensivo en el sentido actual de este concepto fueron instaladas por iniciativa de P. Safar en Baltimore en 1958 y en Pittsburg en 1961. Con el paso del tiempo estas unidades fueron creándose en hospitales de todo el mundo a la par de los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina. Hoy en día existen unidades de cuidados intensivos específicas para diferentes especialidades de la salud. Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación. (Perdomo Cruz, 1992)

Cada país tiene su normativa para el establecimiento y funcionalidad de las UCI. Sin embargo, a pesar de las diferencias culturales entre los países, hay estandarizaciones internacionales en la que se basan todas las UCI del mundo. De hecho, como todas las UCI se originaron del mismo punto, de la misma idea en común (de las creadas por Safar en Baltimore y en Pittsburg), se fueron organizando en el transcurso del tiempo hasta dar origen a múltiples asociaciones que acordaron y aportaron protocolos de atención, planteamientos de ideas de funcionalidad general de la UCI, y hasta los requerimientos para establecerla. (Castillo Andrade et al. 2020)

Tal es el caso de La Sociedad Americana de Medicina de Cuidados Críticos (SCCM), y la Sociedad Europea de Medicina de Cuidados Intensivos (ESICM), que forman personal especializado, sugieren y plantean requerimientos y protocolos para los cuidados del paciente

crítico para todas las instituciones clínicas y hospitalarias del mundo, respetando, por supuesto, la autonomía y normativa legal de cada uno de ellos. (Castillo Andrade et al. 2020)

La terapia intensiva en Ecuador inicia en la década de 1970; curiosamente, la primera UCI en el país es una UCC implementada en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en Guayaquil; sin embargo, la primera UCI mixta y multidisciplinaria oficialmente nació en el Hospital Carlos Andrade Marín, en Quito, el 30 de mayo de 1970, y luego en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en Guayaquil, el 10 de octubre del mismo año. A partir de aquí, poco a poco han surgido nuevas UCI públicas y privadas en el resto del país. En su mayoría, las UCI son de tipo mixto y multidisciplinarias, con un modelo de atención cerrada, con un médico intensivista como responsable del cuidado asistencial. (Ochoa-Parra et al. 2016)

En la UCI trabajan profesionales especializados y educados para dar la atención debida a los pacientes. En estas áreas laboran médicos, enfermeras y distintos técnicos y paramédicos entrenados en medicina intensiva. Reciben el nombre de intensivistas y típicamente tienen formación previa en medicina interna, cirugía, anestesiología o medicina de urgencias. La población de enfermos candidatos a ser atendidos en las unidades de cuidados intensivos se selecciona de manera variable dentro de cada institución, dependiendo de las características de la misma, pero suele incluir una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los pacientes, la necesidad de esfuerzo terapéutico y los resultados medidos como supervivencia y calidad de vida posterior. (Aguilar García y Martínez Torres, 2017)

El objetivo principal de la terapia ocupacional es permitir que las personas participen en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado trabajando con personas y comunidades para mejorar su capacidad de participar en las

ocupaciones que quieren, necesitan o se espera que hagan, modificando la ocupación y el entorno para apoyar mejor su compromiso ocupacional.

La Organización Mundial de la Salud (2024) menciona sobre la importancia de la rehabilitación que ejecuta el terapeuta ocupacional considerando que es una parte esencial de la cobertura sanitaria universal, junto con la promoción de la buena salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y los cuidados paliativos, beneficiando a los niños, adultos y personas mayores haciéndolos más independientes y partícipes de las actividades del día a día. Actualmente se calcula que existen unos 2400 millones de personas que sufren de alguna enfermedad o padecimiento que podría mejorar con rehabilitación, y en algunos países de ingreso bajo y mediano más del 50% de la población no reciben los servicios de rehabilitación que necesitan.

La intervención del terapeuta ocupacional a través de la rehabilitación contribuye a minimizar o retrasar los efectos incapacitantes de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, dotando a los pacientes de estrategias de autogestión y de las ayudas técnicas que precisen, o ayudándoles en el manejo del dolor u otras complicaciones. De esa manera, la rehabilitación contribuye al envejecimiento saludable. (Organización Mundial de la Salud , 2024)

De esa manera se define el objetivo general de la presente investigación de carácter sistemático; analizar la intervención del terapeuta ocupacional en las capacidades de los pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos.

Para lograr el objetivo general nos apoyaremos en los siguientes objetivos específicos:

Analizar la importancia de las valoraciones en pacientes tras egreso de UCI por parte del terapeuta ocupacional.

Determinar los niveles de intervención del terapeuta ocupacional en usuarios tras egreso de la unidad de cuidados intensivos.

Identificar las actividades y planes de tratamiento en pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La terapia ocupacional en pacientes que han egresado de la unidad de cuidados intensivos, es una intervención esencial debido a las múltiples secuelas físicas, cognitivas, emocionales y sociales que enfrentan estos usuarios.

Es importante conocer y determinar el rol del terapeuta ocupacional hacia los pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos, las estrategias que se utilizan para la intervención asistencial directa o indirecta, la aceptación, concientización y adaptación al uso permanente de las medidas de protección individual, los comportamientos del cuidado de la salud, la adaptación ocupacional, reestructuración de roles, hábitos y rutinas, desde la intervención hospitalaria, clínica y/o domiciliaria con pacientes ambulatorios, ya que ante esta emergencia sanitaria el terapeuta ocupacional se ha convertido en el personal de apoyo al talento humano en primera línea, puesto que la comprensión de este abordaje aún es incompleto, particularmente en lo que respecta a sus secuelas e implicaciones funcionales a largo plazo. (Sheehy, 2020) (Perez, 2020)

El abordaje de terapia ocupacional en contextos de UCI, se basa en la rehabilitación del Modelo de la Ocupación Humana en donde se tiene en cuenta la persona como un sistema abierto, un ser holístico y ocupacional relacionado a tres elementos importantes como la volición, habituación y capacidad de desempeño. Teniendo en cuenta la situación socio sanitaria y muchas de las personas contagiadas presentan síntomas que pueden interferir o interrumpir sus hábitos y rutinas diarias restringiendo la participación en actividades significativas, es por ello importante reestructurar su rutina ocupacional teniendo en cuenta la volición como un proceso de motivación, capacidad de afrontamiento y disposición para realizar algo; la habituación como un proceso donde la persona organiza sus acciones en hábitos y rutinas; y una capacidad de desempeño como un proceso de ejecución. (Perez, 2020)

2. CAPÍTULO II

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2. Unidad de cuidados intensivos (UCI) y la intervención del terapeuta ocupacional.

Desde tiempos remotos existe la imperiosa necesidad de atender de forma prioritaria a los pacientes en peligro de muerte, situación que se refleja desde el año 1854 durante la Guerra de Crimea, cuando Florence Nightingale consideró que era preciso separar a los soldados en estado de gravedad de aquéllos que sólo tenían heridas menores para cuidarlos de manera especial. Logró reducir la tasa de mortalidad de la batalla de 40% a 2%. En 1950, el anestesiólogo Peter Safar creó un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados. Es considerado el primer intensivista. (Aguilar García y Martínez Torres, 2017)

La medicina intensiva o medicina crítica es la rama que se ocupa del paciente en estado crítico, que se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación. Por lo tanto, Aguilar García y Martínez Torres (2017) afirma que hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico:

- Enfermedad grave.
- Potencial de revertir la enfermedad.
- Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos.
- Necesidad de un área tecnificada (UCI)

En esta área médica el terapeuta ocupacional tiene cabida, pues es el profesional a cargo de ayudar a las personas a controlar, disminuir y prevenir enfermedades o patologías; por su parte World Federation of Occupational Therapy (2012) define a la terapia ocupacional como

una profesión de salud centrada en el cliente y que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación.

Desde primeras instancias el objetivo principal de la unidad de cuidados intensivos es realizar todo tipo de esfuerzo en mantener los signos vitales del paciente estable, pues una vez que haya pasado el peligro una de las primeras preocupaciones es el estado neurológico del paciente debido a las consecuencias graves que puede conllevar, además se deben valorar otros parámetros para los cuales Ares Senra, Días- Mor Prieto, y Huerta Mareca (2014) mencionan que se deben utilizar las siguientes escalas:

- Nivel de conciencia: Escala Glasgow
- Nivel de sedación: Escala de Ramsay
- Valoración cuantitativa de tono muscular: Escala de Ashwort
- Riesgo de úlceras por presión: Escala de Braden
- Valoración cognoscitiva: Escala del Rancho de los amigos
- Valoración funcional: Medida de la Independencia Funcional (FIM)
- Movilidad articular: Test AMA
- Fuerza muscular: Examen muscular
- Función respiratoria: Pulso-oximetría

Cada profesional dentro de la unidad de cuidados intensivos va a intervenir específicamente en el área que le compete, el terapeuta ocupacional lo realizara desde la parte rehabilitadora en donde va a enfrentarse a varias complicaciones generales en los pacientes post UCI, las autoras Ares Senra, Días- Mor Prieto, y Huerta Mareca (2014) destacan las siguientes:

- Lesiones de hombros
- Espasmos y contracturas
- Disfagia y alteraciones alimenticias
- Complicaciones respiratorias
- Disminución sensoriomotor y ausencia de movilidad
- Alteraciones a nivel cognoscitivo, emocional y de lenguaje

El terapeuta ocupacional es necesario en los aspectos del ser humano en donde su función se vea afectada y en donde la rehabilitación pueda desarrollarse o llevarse a cabo, y lo realizara desde tres factores, los cuales son: ambientales, físicos y cognitivos.

En los **factores ambientales**, como profesionales de la salud debemos tener conocimiento de los monitores, ventiladores, vías, catéteres, drenajes, estado global, medicaciones y que a la hora de la rehabilitación debe ser importante como es el estado el paciente, por esto todo lo relacionado con el ambiente en la UCI es importante para una buena práctica de Terapia Ocupacional. La enfermera nos va a dar información más detallada (última revisión médica, últimas pruebas realizadas y nuevos diagnósticos y, sobre todo recomendaciones). (Martín del Cañizo, 2019)

En los **factores físicos**, existe evidencia sobre la movilización temprana y terapia ocupacional en la UCI. Los profesionales del equipo interdisciplinar tratan de evaluar la respuesta a estímulos multisensoriales del ambiente y su grado de participación en las actividades significativas y de vida diaria. Tras una operación, la rehabilitación en UCI se produce de manera gradual, aumentando la intensidad día tras día y teniendo en cuenta las circunstancias, siguiendo las recomendaciones del equipo médico. El objetivo primordial del TO

el primer día, es levantarse de la cama y completar las transferencias, observando siempre el estado cognitivo del paciente. (Martín del Cañizo, 2019)

Desde los **factores cognitivos** si el paciente está sedado normalmente no es derivado a terapia ocupacional puesto no participan activamente en rehabilitación, los pacientes derivados a terapia ocupacional son evaluados y tratados en base a su grado funcional y su estado cognitivo. Suelen estar muy agitados, desorientados. El terapeuta ocupacional utiliza técnicas y modifica el ambiente para elaborar tratamientos cognitivos. Se ha demostrado que la ocupación con actividades significativas es un medio para restablecer rutinas y patrones de cuidado personal y para estimular las habilidades cognitivas y perceptivas. (Martín del Cañizo, 2019)

Para Carmona-Espejo y González-Villén (2021) el objetivo fundamental es realizar las intervenciones y procedimientos necesarios para promover o mejorar la seguridad y el rendimiento en actividades de la vida diaria, actividades instrumentales y participación social, los cuales incluyen:

- Realización de ejercicios y actividades terapéuticas
- Capacitar desde el autocuidado y autogestión
- Reintegración comunitaria y laboral
- Desarrollar funciones físicas, cognitivas, musculares y sensoriales
- Incluir y educar a los individuos directos en el cuidado del paciente
- Modificar el entorno o adaptarlo a las necesidades de ser necesario
- Evaluar y aplicar capacitación en la tecnología de asistencia de ser necesaria, o de dispositivos adaptativos, ortopédicos o protésicos, incluido el manejo de silla de ruedas.

- Entrenamiento en los procedimientos de terapia específicos, como en las técnicas de terapia manual que se enfocan en mejorar las actividades cotidianas.
- Manejo de la alimentación, deglución y el tratamiento de la disfagia.

El síndrome post cuidados intensivos es complejo, ya que puede comprender cualquier combinación de estos problemas y puede fluctuar durante meses y años después del alta de los cuidados críticos. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se reconoce cada vez más como una consecuencia importante del tratamiento en el entorno de cuidados críticos. (Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid, 2020)

El síndrome de desacondicionamiento físico en pacientes post-UCI es una condición que afecta a individuos que han experimentado una estancia en la UCI. Esta condición se caracteriza por una marcada pérdida de condición física y funcionalidad, que se desarrolla como resultado de la inmovilización prolongada y la limitación de la actividad física durante la hospitalización en la UCI. También es importante mencionar que este síndrome se manifiesta a través de una serie de cambios fisiológicos y funcionales en el cuerpo de los pacientes. Estos cambios pueden incluir la pérdida de masa muscular, la reducción de la fuerza muscular, la disminución de la capacidad cardiorrespiratoria y la alteración en la función neuromuscular. Además, los pacientes pueden experimentar debilidad generalizada, fatiga, dificultad para realizar actividades cotidianas y una disminución en la calidad de vida (Muñoz Rodríguez et al. 2019) (Romo Chamorro y Ardila Villareal, 2023)

Por otra parte, es importante destacar que el síndrome de desacondicionamiento físico no se limita únicamente a los aspectos físicos, también, puede tener un impacto emocional y psicológico significativo en los pacientes, ya que la pérdida de autonomía y la disminución de la funcionalidad pueden generar ansiedad, depresión y otros trastornos del estado de ánimo. En este

contexto, la atención médica, la prevención y el manejo del síndrome de desacondicionamiento físico son aspectos cruciales para garantizar una recuperación exitosa de los pacientes post-UCI. Esto puede incluir la implementación de programas de rehabilitación, terapia física y ocupacional, así como la promoción de la movilización temprana y la educación tanto para los pacientes como para sus cuidadores. El objetivo es restaurar la función física y mejorar la calidad de vida de estos pacientes después de su experiencia en la UCI. (Romo Chamorro y Ardila Villareal, 2023) (Cerón Polanco y Tamayo Perdomo, 2024)

Este síndrome se caracteriza por atrofia muscular, fatiga, pérdida de masa ósea y alteraciones metabólicas. Como resultado de la inmovilización prolongada, en tres semanas, un paciente puede perder el 50 % de su fuerza muscular. A medida que transcurren ocho semanas de inmovilización, pueden desarrollarse complicaciones adicionales, incluyendo intolerancia a carbohidratos, pérdida del 16 % de masa ósea, riesgo de trombosis venosa profunda, hipotensión ortostática y úlceras por presión. (Romo Chamorro y Ardila Villareal, 2023) (Muñoz Rodríguez et al. 2019)

Además, la posición horizontal prolongada en la cama en la UCI puede llevar a la disminución del VO₂ máx (consumo máximo de oxígeno), que está relacionado con la duración del reposo en cama; también, estos autores mencionan que, en el paciente con síndrome de desacondicionamiento físico, se pueden producir efectos neuromusculares notables, como neuropatías, deprivación sensorial y trastornos cognitivos; a nivel muscular, es fundamental considerar que la inmovilización en cama puede alterar tanto la estructura como la función muscular, con una pérdida de fuerza que puede alcanzar hasta un 40 % tras ocho semanas. Por último, en pacientes críticamente enfermos, el metabolismo del calcio se ve afectado por la inmovilización, lo que resulta en la pérdida de masa muscular y ósea, aumento de peso corporal

y mayor consumo de oxígeno. (Romo Chamorro y Ardila Villareal, 2023) (Muñoz Rodríguez et al. 2019)

Por otro lado, Cerón Polanco y Tamayo Perdomo (2024) resalta que las úlceras por presión, causadas por la presión constante en ciertas áreas del cuerpo, pueden desarrollarse rápidamente y tener un proceso de curación prolongado. Sin duda, los terapeutas ocupacionales desempeñan un papel crucial en el abordaje del síndrome de desacondicionamiento físico post-UCI. Su enfoque personalizado ayuda a los pacientes a recuperar la independencia en las actividades diarias, adaptando su entorno y superando limitaciones físicas. (Romo Chamorro y Ardila Villareal, 2023)

2.3. Tipos de intervención

2.3.1. Tratamiento Postural

Será importante asegurar el correcto posicionamiento de los pacientes para mantener una correcta alineación corporal, tratando de evitar la aparición de deformidades y/o restricciones articulares en miembros superiores e inferiores, úlceras por presión y facilitar la higiene. El Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid (2020) afirma que esto se logra a través de:

- Posicionamiento en cama, manteniendo posición neutral del pie y correcto aliniamiento de la mano.
- Valoración de la férula
- Enseñanza de movilización al personal sanitario, familiares y paciente. (realizar cambios posturales de 2 a 3 horas si el estado del paciente lo permite)

2.3.2. Rehabilitación Física

La terapia física se encuentra orientada a desarrollar y fortalecer las capacidades física – motoras, mentales y sociales de cada individuo; algunos de estos ejercicios según Ramírez Núñez (2022) se mencionan a continuación:

- Ejercicios de fuerza y resistencia para fortalecer los músculos, con intensidad y frecuencia graduada a las necesidades de cada paciente.
- Estiramientos para que el cuerpo se alivie de dolores musculares y corregir la disminución del músculo.
- Ejercicios de equilibrio, para los pacientes que presentan mareos o inestabilidad al caminar.

2.3.3. Rehabilitación Respiratoria

Según las necesidades de cada paciente se deben acondicionar los tratamiento rehabilitadores específicamente con técnicas respiratorias, con la finalidad de mejorar los músculos encargados de la respiración, la capacidad pulmonar y el patrón respiratorio; estos consisten en ejercicios de tipo aeróbicos las cuales se deben realizar en tiempo y velocidad creciente según el nivel de resistencia que tenga el paciente, como lo son los ejercicios de respiración abdominal o diafragma y los de expansión torácica. (Ramírez Núñez, 2022)

2.3.4. Rehabilitación en la capacidad sensoria – motora

Mediante diversas técnicas de estimulación sensorial se consigue mantener la relación de la persona con su entorno más próximo, minimizando así el aislamiento que sufren estos pacientes. De esta manera favorecerá que el paciente detecte y organice sensaciones para responder de manera apropiada a un estímulo concreto. (Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid, 2020)

- Contacto visual hacia las extremidades para evitar que queden debajo de las sábanas todo el tiempo.
- Estimulación de la sensibilidad, funcionalidad y movilidad de las extremidades superiores para fomentar la participación en las actividades de autocuidado y ocio, en la cama y la realización de las mismas en sedestación.
- Estimular los sentidos táctil, cinestésica y olfativa mediante de la realización de AVD sencillas y guiadas por el TO y si es el caso de que el paciente no pueda realizarlas de manera independiente: lavado de cara y manos, secarse/frotarse con una toalla, peinarse, aplicarse crema o loción, echarse colonia, etc.
- Movilizaciones pasivas o activo-asistidas que se orienten a la realización de actividades de la vida diaria.
- Enseñar los cambios posturales y transferencias.
- Aplicar presiones profundas para aumentar la sensación a nivel propioceptiva.
- Estimulación auditiva con música relajante.
- Regulación ambiental a través del control de estímulos y evitar la sobreestimulación

2.3.5. Intervención de las actividades de la vida cotidiana

El terapeuta ocupacional enseñará al paciente estrategias que le proporcionen el mayor nivel de independencia posible durante el ingreso y trabajará la generalización para que; se mantenga tras el alta. En el cuidado de pacientes con trastornos respiratorios, las técnicas de conservación de energía y simplificación de tareas se integran comúnmente en actividades de entrenamiento. El terapeuta ocupacional puede proporcionar recomendaciones para modificar tareas, como ajustar la mecánica corporal para minimizar el trabajo de la respiración, o sugerir la modificación del entorno o el uso de productos de apoyo para reducir el esfuerzo y disminuir la

demanda de actividad. Se recomienda alentar/animar a los pacientes a mantener la función, dentro de lo posible, en el interior de sus habitaciones manteniéndose sentados fuera de la cama y participando en AVD sencillas. Siempre habrá que tener en cuenta el estado clínico del paciente, por ejemplo, vigilando que los pacientes mantengan una respiración y función hemodinámica estable, mediante el uso de un pulsioxímetro se puede realizar la medición de saturación de oxígeno en sangre. (Ramírez Núñez, 2022)

2.3.6. Intervención cognitiva

La intervención cognitiva desde terapia ocupacional es una parte importante del tratamiento no farmacológico. A continuación, se enumeran una serie de recomendaciones de intervención cognitiva que pueden utilizarse con pacientes hospitalizados post UCI, tras la valoración de la situación y de sus capacidades. (Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid, 2020)

- Explicaciones adaptadas a la capacidad cognitiva de cada persona mediante información concisa y fácil comprensión.
- Realizar un listado de recomendaciones para los pacientes leves en un documento escrito o a través de los dispositivos electrónicos (móvil, tablet, TV) con la finalidad de mantener la máxima actividad cognitiva y adaptada a la capacidad de la persona, incluyendo las AVD.
- Aplicaciones de estimulación cognitiva en dispositivos electrónicos móviles o tablets.
- Ejecutar Terapia de Orientación a la Realidad: orientación en espacio y tiempo con recordatorios visuales como calendarios y apoyo por parte del personal.

- Actividades de estimulación cognitiva: reminiscencia, juegos de palabras, habilidades, hechos presentes, estimulación del lenguaje, etc.
- Realizar actividades lúdicas dirigidas a estimular las capacidades cognitivas como lectura, juego de cartas, juegos cognitivos, crucigramas, leer o comentar noticias, mirar algún concurso de la tele e intentar acertar las respuestas.
- Entrenar a familiares y cuidadores sobre estimulación cognitiva sencilla de las capacidades cognitivas básicas: orientación espacio-temporal, memoria y atención, para que lo realicen a través de llamadas telefónicas, chats por video o incluso correos electrónicos.
- Adaptar del entorno físico: estableciendo un procedimiento para las rutinas en las AVD, acondicionamiento del contexto y uso de ayudas externas.
- Higiene del sueño con horarios establecidos, con máximo de exposición a la luz por la mañana y evitar que las siestas durante el día interfieran con el descanso nocturno.

3. CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA

El aporte de la presente investigación sistemática se realizará a través de la revisión de diferentes fuentes bibliográficas de carácter científico y de la triangulación de datos, documentación que debe contener conceptos, teorías y cifras relevantes que fundamenten significativamente este proceso, el cual se llevará a cabo mediante la búsqueda, análisis y selección de la documentación.

Las revisiones sistemáticas son resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica específica (Letelier S, Manríquez M, y Rada G, 2005). Dado que están constituidas por múltiples artículos y fuentes de información, representan el más alto nivel de evidencia dentro de la jerarquía de la evidencia. Las revisiones sistemáticas se caracterizan por tener y describir el proceso de elaboración transparente y comprensible para recolectar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir toda la evidencia disponible con respecto a la efectividad de un tratamiento, diagnóstico, pronóstico, etc. (Moreno et al. 2018) (Carrasco-Labra et al. 2015)

3.1.1 Criterios de inclusión de estudio

En la presente investigación sistemática se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Documentos bibliográficos que abordan temas desde la terapia ocupacional.

Documentos bibliográficos publicados por una fuente confiable y que no pueda editarse.

Documentos bibliográficos publicados en los últimos 10 años.

Documentos bibliográficos que incluyeran autor, año y fuente de publicación.

Documentos bibliográficos que contengan resultados y conclusiones afines al tema de investigación.

Documentos bibliográficos publicados en idioma español.

3.1.2. Criterios de exclusión de estudio

Documentos bibliográficos que no abordaran temas desde la terapia ocupacional.

Documentos bibliográficos publicados por una fuente no confiable y de fácil acceso a la edición.

Documentos bibliográficos publicados hace más de 10 años.

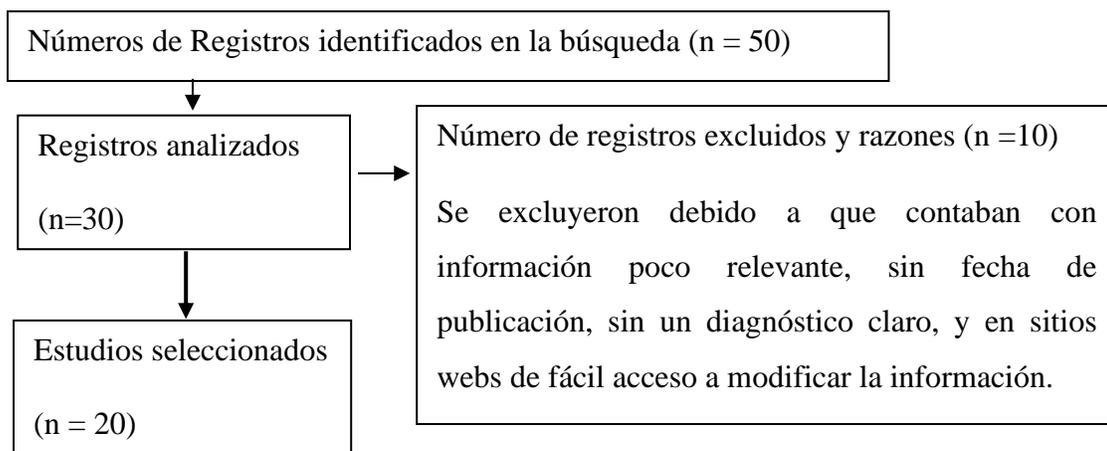
Documentos bibliográficos que no incluyeran evidencia científica, como opiniones o comentarios editoriales.

Documentos bibliográficos que no incluyan información completa sobre año y fuente de publicación.

Documentos bibliográficos que no contengan resultados y conclusiones afines al tema de investigación.

3.2. Evaluación de los estudios primarios

En la presente revisión sistemática se analizaron 30 documentos bibliográficos, donde se excluyeron 10 artículos por no contar con información relevante y que aporte significativamente a la presente investigación; por lo cual se utilizaron 20 artículos científicos para la obtención de los resultados y posterior elaboración de las conclusiones, documentos que se asemejan al tema expuesto a investigación o que tratan sobre el perfil del terapeuta ocupacional.



3.3. Análisis de contenido de los artículos seleccionados

Tabla 1 Análisis de contenido de los artículos seleccionados

N°	Autor	Fecha de publicación	Revista	Tema	Pais	Objetivo
1	Moreno-Chaparrillo, Cubillos-Mesa, y Duarte-Torres	2018	Redalyc	Rol de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo en Colombia	Colombia	Determinar como la Terapia Ocupacional impacta positivamente en la salud y el bienestar al realizar, por medio de la ocupación, acciones específicas en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) en las que se abordan la rehabilitación y recuperación de habilidades.
2	Ares Senra Lucía, Carmen Díaz-Mor Prieto, Rebeca Huerta Mareca.	2018	Revista de Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional en pacientes ingresados en UCI con daño neurológico y en estado de mínima conciencia	España	La población en la que se centra el artículo, ha sufrido un daño neurológico y precisa de atención en UCI, (mayoritariamente población en coma y estados de mínima conciencia). Hemos podido actuar en casos puntuales y de este modo reflexionar sobre cómo, con nuestra intervención en estadíos más tempranos se

						puede favorecer una mejor evolución del paciente.
3	Leyla Mariela Meza Castellanos	2018	Unipamplona	Niveles de desempeño en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Pamplona.	Colombia	Determinar los niveles de desempeño de actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Pamplona.
4	Francisca Celis D, Carolina Gálvez G, Christian Moretti A., Erna	2018	Revista Chilena de Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional y paciente crítico	Chile	El presente estudio fue realizado en la Unidad de Pacientes Críticos adultos, del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (UPC-HCPUC), durante el año 2012, donde se exploraron las características del paciente crítico, para obtener un perfil de salud global durante su estadía en la UPC, con el fin de

	Navarrete, Maximiliano Rovegno E. y Valentina Torrent M.					determinar si sería posible realizar una intervención desde la Terapia Ocupacional que fuese un aporte a esta unidad.
5	Jesús Martínez-Leiva, Ginna Parra- Montañez, Josette Segura- Esquivel	2020	Revista Terapéutica	Acciones y beneficios que proporciona la intervención del Terapeuta Ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos	España	Determinar las acciones y beneficios que proporciona la intervención del Terapeuta Ocupacional en la alteraciones funcionales que presentan los adultos en la Unidad de Cuidados Intensivos.
6	David Rodríguez Martínez,	2020	Revista de Terapia Ocupacional	Terapia ocupacional en unidades de cuidados intensivos	España	Enumerar y describir las intervenciones llevadas a cabo por terapeutas ocupacionales, realizadas en población infantil que se encuentren ingresados en

	Nuria Máximo Bocanegra.			pediátricos y neonatales		unidades de cuidados intensivos pediátricos o neonatales, recogidas en la literatura científica.
7	Ángela María Henao- Castaño, Angie Vanessa Villamil Buitrago , Sebastián Marín Ramírez , Camila Andrea Cogollo Hernández	2021	Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo	Características del síndrome post cuidado intensivo: revisión de alcance	Colombia	Identificar la evidencia disponible de las características del síndrome post unidad de cuidado intensivo en el paciente que egresa de la unidad de cuidado intensivo.
8	Bayá Casal Mercedes, Bustanza	2021	Instituto de ciencias de la rehabilitación	Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos.	Argentina	Caracterizar la producción de conocimiento regional latinoamericano sobre la intervención de terapia

	Maite, Díaz Micaela		ción y el movimien to			ocupacional en la unidad de cuidados intensivos.
9	E. Llarch- Pinell, A. Monsó- Monsóa, J. Ars, C. Udinaa, M. Inzitari y J. Grau- Sánchez	2021	Elsevier	Intervención de terapia ocupacional para la mejora de la autonomía en personas postinfección por SARS- COV-2	España	Describir un programa de terapia ocupacional para la mejora del nivel de autonomía en personas postinfección por SARS-CoV-2.
10	Miguel Ángel Martínez Camacho, Robert Alexander Jones	2021	Scielo	Mobilización temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos	México	La movilización temprana (MT) es la implementación de ejercicio físico en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) observándose beneficios importantes como reducción de neumonías asociadas con ventilación

Baro, Alberto Gómez González, Orlando Rubén Pérez Nieto, Manuel Alberto Guerrero Gutiérrez, Eder Iván Zamarrón López, Raúl Soriano Orozco, Ernesto Deloya Tomas, Juan Salvador Sánchez					mecánica (NAV), trombosis venosa profunda, úlceras por presión, debilidad adquirida en la UCI (DAUCI).
--	--	--	--	--	--

	z Díaz, Luis Antonio Morgad o Villaseñ or					
11	Antonio Carmon a-Espejo y Raquel Gonzále z-Villén	2021	Revista Colombia na de Medicina Física y Rehabilita ción	Terapia ocupacional en el tratamiento de la disfagia del paciente Covid-19: a propósito de un caso	Colombia	La terapia ocupacional supone un aspecto fundamental en la rehabilitación de cualquier paciente ingresado en una unidad hospitalaria; su uso ha demostrado aportar grandes beneficios en la recuperación de los pacientes y en su adaptación a la vida cotidiana.
12	Martíne z Cruz, Ramírez Campañ a, Morales Barraza, Santos Alvarad o, y	2022	Scielo	Efecto de una rehabilitación temprana en pacientes con debilidad adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos	México	Determinar el efecto de una estrategia de rehabilitación en pacientes con debilidad adquirida en la UCI (ICU-AW) al noroeste del país.

	Arrambí Díaz					
13	Catherin e Rojas Cárdena s, Víctor Eduardo Noguera Ramos, Catalina Flórez Jurado Jairo Leonard o Páez Prieto, Mallerly n Sanjuan Ganem, Raúl Ortiz Aceved o, Andrés Felipe	2022	Scielo	Cuidados crónicos en pacientes con síndrome pos-COVID- 19 tras el egreso de la unidad de cuidados intensivos	Colombia	Describir las características clínicas de pacientes con síndrome pos-COVID-19 recién egresados de unidades cuidado intensivo (UCI) incluidos en un programa de cuidados crónicos en Colombia.

	Zambra no Florez, Katiusk a Viveros Celin					
14	Constanza Castro Brisso, José Cartagena González, Oscar Delgado Santamaría, Marisol Guitérrez Pérez, Melissa Jara Rojas,	2022	Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional	Intervención precoz de terapia ocupacional post respiración artificial en pacientes hospitalizados por covid-19, revisión exploratoria.	Chile	Sintetizar el conocimiento acerca de las intervenciones de terapia ocupacional en el abordaje de las variadas secuelas físicas, cognitivas, psicológicas y sociales provocadas a pacientes sometidos a ventilación mecánica por casos críticos de COVID-19.

	Carla Ramírez Navarro, Loreto Nunez- Franz.					
15	Jonaina Fiorim Pereira de Oliveira, Aline Caus Zuqui, Kellen Valladã o Schiavo, Crystian Moraes Silva Gomes.	2022	Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc	Rehabilitación de fisioterapia y terapia ocupacional en la enfermedad rara MarchiafavaBi gnami	Brasil	Reportar los efectos de la rehabilitación interdisciplinaria de Fisioterapia y Terapia Ocupacional en una paciente diagnosticada con la Enfermedad de Marchiafava- Bignami, en un Centro Especializado de Rehabilitación.
16	Viviana Marín- Navarro,	2023	Scielo	Rehabilitación domiciliara de pacientes con síndrome post	Republica Dominicana	En marzo del año 2020, se declaró pandemia la enfermedad producida por el coronavirus

<p>Christina Poblete-Figueroa, Francisco Freire-Figueroa, Camilo Villarroel-Sgorbini, Diego Lagos-Vásquez, Andrea Carrasco-Barrera, Nataly Núñez-Hernández,</p>			<p>UCI por COVID-19</p>		<p>SARS-CoV-2 (COVID 19). Se estimaba inicialmente que el 5% de la población afectada por COVID-19 requeriría ingreso a unidades de cuidados intensivos con soporte de ventilación mecánica invasiva, pudiendo desarrollar secuelas a partir de la hospitalización. El equipo de rehabilitación domiciliar se propone el desafío de realizar una serie de evaluaciones con la finalidad de poder valorar la rehabilitación en el ámbito domiciliario</p>
---	--	--	-------------------------	--	--

	Sebastián Oportus-Díaz, Camila Muñoz-Sotelo, Hans Avello-Molina, Valentin Ayala-Veliz, Andrés Santodomingo-Galindo, Ocas Caldero-Alvarado					
17	Kleiber, María Sol	2023	UGR	Intervenciones de terapia ocupacional en pacientes adultos con	Argentina	Describir las intervenciones de terapia ocupacional en la Unidad de

				daño neurológico en la unidad de cuidados intensivos		Cuidados Intensivos en pacientes adultos con daño neurológico.
18	Fabrizio Acevedo Pérez, Mónica Díaz-Leiva	2024	Scielo	Terapia Ocupacional en una unidad de cuidados intensivos (UCI): relato de experiencia sobre el trabajo con cuidadoras/familiares en un hospital público	Chile	Por esto, el objetivo del artículo es describir este proceso basado, por un lado, en un vínculo comprometido y terapéutico para comprender a cada sujeto/familia en su singularidad y por otro, en la educación desde el reconocimiento de la diversidad de saberes de las personas.
19	Bárbara Fatás Cuevas, Cristina de la	2024	Revista Sanitaria de Investigación	Papel del terapeuta ocupacional en unidades de cuidados intensivos y en	España	Conocer las técnicas más utilizadas en la intervención de TO en la UCI y, cuáles tienen mayor evidencia.

	Fuente Utrilla.			el síndrome post UCI.		
20	Fabrizio Acevedo Pérez y Mónica Díaz	2024	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional en una unidad de cuidados intensivos (UCI): relato de experiencia sobre el trabajo con cuidadoras/familiares en un hospital público	Brasil	El objetivo del artículo es describir este proceso basado, por un lado, en un vínculo comprometido y terapéutico para comprender a cada sujeto/familia en su singularidad y por otro, en la educación desde el reconocimiento de la diversidad de saberes de las personas.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. **Resultado del objetivo general:** Analizar la intervención del terapeuta ocupacional en potenciar las capacidades de los pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos.

La intervención del terapeuta ocupacional en pacientes post egreso de la unidad de cuidados intensivos (UCI) se enfatiza principalmente en lograr que los usuarios logren y alcance su autonomía especialmente en las AVD (actividades de la vida diaria, así lo afirma Llaech-Pinell et al. (2021) quien menciona que las sesiones de rehabilitación funcional de extremidades superiores son necesarias para la recuperación del nivel de autonomía si el paciente presenta problemas de movilidad; mientras que Fatás Cuevas y De la Fuente Utrilla (2024) reafirman este criterio pues mencionan que las acciones más usadas, y en las que coinciden todos los artículos analizados son en el posicionamiento, la movilización pasiva y entrenamiento funcional de miembro superior, entrenamiento en AVDs, así como estimulación cognitiva y sensorial.

Para Martínez-Leiva, Parra-Montañez, y Segura-Esquivel (2020) afirma que el TO es fundamental en este proceso de rehabilitación en usuarios en estado crítico, ya que a través de las acciones que realiza promueve la atención integral del individuo y el más apto desempeño de este en todas las esferas de la ocupación humana, mientras que el médico y enfermeras se concentran en la curación de su patología aguda, haciendo de la atención un proceso integral en salud; por su parte Francisca Celis et al. (2014) resalta la importancia del terapeuta ocupacional en este proceso pues menciona que la intervención del profesional es de gran relevancia ya que cuenta con las bases teóricas y prácticas para ayudar a prevenir gran parte de los deterioros asociados al paciente crítico, a través de la detección

precoz y la intervención temprana; asumiendo un rol que actualmente no está siendo desarrollado por el equipo profesional de la unidad.

4.1.1. Resultados del 1° objetivo específico: Analizar la importancia de las valoraciones en pacientes tras egreso de UCI por parte del terapeuta ocupacional.

4.1.2. Tabla 2 Estudios primarios del 1° objetivo específico

Autor y fecha	Conclusiones
Moreno-Chaparro, Cubillos-Mesa y Duarte-Torres (2018)	Los programas de rehabilitación temprana con énfasis en la Unidad de Cuidado Intensivo han sido descritos en diferentes textos y estudios en los cuales se plantean premisas relevantes en torno a los medios, modalidades y resultados de la intervención como: la reducción de los tiempos de estancia y ventilación mecánica, la promoción de la participación en Actividades de la Vida Diaria (AVD) y el mantenimiento de la funcionalidad, la atención enfocada a la tolerancia de la persona en aspectos funcionales, intervención educativa con familia, la inclusión de férulas y apoyos tecnológicos de baja complejidad. (Moreno-

	<p>Chaparro, Cubillos-Mesa y Duarte-Torres, 2017)</p>
<p>Bayá Casal , Bustinza , y Díaz (2021)</p>	<p>En cuanto a las áreas ocupacionales abordadas por los Terapistas Ocupacionales en Unidad de Cuidados Intensivos, encabeza la evaluación y el abordaje en las actividades de la vida diaria. En cuanto a la información bibliográfica, se pudo observar que más del 60% pertenece al área de ocupación: AVD; actividades como bañarse, uso del baño, peinarse, lavarse las manos, comer, vestirse, entre otros con el fin de mejorar, restaurar o potenciar el desempeño y funcionalidad. Asimismo, otra de las áreas encontradas fue la participación social. Ésta se intervino a través de tecnologías asistenciales, el uso de tarjetas o tablas de comunicación alternativas y recursos alternativos como adaptación para escritura y signos corporales o faciales permitiendo que la comunicación sea realizada por personas que son incapaces de llevar a cabo acciones verbales o escritura. (Bayá Casal , Bustinza , y Díaz , 2021)</p>

<p>Carmona-Espejo y González-Villén (2021)</p>	<p>En pacientes con ingreso prolongado y necesidad de intubación orotraqueal se debería descartar siempre cualquier alteración de la deglución, ya que la disfagia posterior a la deglución afecta un número importante de pacientes y suele extenderse más allá del ingreso en cuidados intensivos. Por lo tanto, se deben establecer protocolos para detección mediante programas de cribado que permitan una rápida detección de la disfagia, ya que las intervenciones terapéuticas precoces en el tratamiento de esta condición han demostrado tener una utilidad clínica fundamental.</p> <p>(Carmona-Espejo y González-Villén, 2021)</p>
<p>Marín-Navarro et al. (2023)</p>	<p>La variabilidad de secuelas presentadas en estos pacientes mostró el beneficio y la necesidad de una evaluación integral por parte de un equipo de rehabilitación multidisciplinario que permita generar un plan de tratamiento individualizado con el objetivo de recuperar el nivel de independencia previo a la hospitalización. La incapacidad de realizar las AVDB producto de las secuelas</p>

	<p>sensorio motrices, está asociado a un mayor gasto en salud, un mayor número de hospitalizaciones, un aumento del riesgo de institucionalización y mayor índice de mortalidad, especialmente en aquellos pacientes de mayor edad. (Marín-Navarro et al. 2023)</p>
<p>Henao-Castaño et al. (2021)</p>	<p>Es relevante contar con estrategias de prevención farmacológicas, como el manejo de los niveles de sedación, y no farmacológicas, como la calidad del sueño, prevención y detección del delirium, rehabilitación física de manera temprana durante la hospitalización, y seguimiento posterior al egreso. Aunque los estudios que realizan un diagnóstico sobre el síndrome utilizaron diferentes instrumentos, se evidenció la necesidad de contar con un medio unificado que mida el PICS de manera integral para obtener datos precisos. De forma similar, se requieren estudios que examinen si las discapacidades funcionales tempranas, identificadas en algunas investigaciones,</p>

	<p>evolucionan o permanecen después del periodo de seguimiento temprano. (Henaocastaño et al. 2021)</p>
<p>Acevedo Pérez y Díaz-Leiva (2024)</p>	<p>Como se mencionó en este artículo, la mayoría de las personas hospitalizadas tienen diferentes contextos sociodemográficos y biográficos, por lo que las singularidades de cada una definen el camino a seguir, y nos lleva a no homogenizar los procesos de intervención, sino a situarlos dentro de un proceso vincular terapéutico y comprometido que permite generar las condiciones necesarias para un diálogo respetuoso e intercambio de conocimientos y experiencias, labor que numerosas veces es invisibilizado en el trabajo con las cuidadoras/familiares. En reiteradas ocasiones estas acciones son observadas de manera aislada, mediante una relación vertical y de escasa interacción interpersonal. (Acevedo Pérez y Díaz-Leiva, 2024)</p>
<p>Ares Senra, Días- Mor Prieto, y Huerta Mareca (2014)</p>	<p>Las áreas de trabajo del terapeuta ocupacional que destacan en los estudios analizados son,</p>

	<p>principalmente, el posicionamiento, la alimentación, el ferulaje, la educación a los padres y la modificación del entorno en ambas unidades. Por último, la frecuencia de intervención del terapeuta ocupacional es relativamente baja frente a otros profesionales. En lo que respecta a las valoraciones estandarizadas, el empleo de ellas va incrementándose, pero el número de terapeutas ocupacionales que las utilizan para sus valoraciones y posterior intervención en estas unidades continúa siendo reducido.</p> <p>(Ares Senra, Días- Mor Prieto, y Huerta Mareca, 2014)</p>
--	--

Las valoraciones que deben realizar los terapeutas ocupacionales en los pacientes post unidad de cuidados intensivos, debe empezar con una evaluación integral de todo el cuerpo médico a cargo del paciente, pues con un diagnóstico ya establecido se puede proceder a realizar un plan de intervención ocupacional, el mismo que debe ser planeado con base a las necesidades del paciente, es decir debe ser personalizado e individual; es por ello que la valoración inicial que realice el profesional debe ser estandarizada por lo que no se puede llegar a homogenizar la intervención ya que de esto dependerá el éxito de la rehabilitación en pacientes post UCI (unidad de cuidados intensivos). A través de la valoración y evaluación que realice el terapeuta

ocupacional debe medir el tipo y grado de discapacidad que posee el paciente y poder determinar si han evolucionado o no, y de esta manera poder trabajar de forma precisa y eficaz en la rehabilitación del paciente.

- 4.1.3. **Resultado del 2° objetivo específico:** Determinar los niveles de intervención que lleva a cabo el terapeuta ocupacional en usuarios tras egreso de la unidad de cuidados intensivos.

Tabla 3 Estudios primarios del 2° objetivo específico

Autor y fecha	Conclusiones
Martínez Cruz et al. (2022)	<p>Tras la finalización del estudio, se concluye que la rehabilitación temprana tiene un impacto positivo tanto en la morbilidad como en la mortalidad, además de disminuir los costos de los insumos y días de estancia en terapia intensiva, ya que se demostró que acorta los días de ventilación mecánica y por ende, mejora la calidad de atención sanitaria.</p> <p>Lo anterior nos permite identificar la importancia de establecer un protocolo de atención en el paciente con debilidad adquirida, incluso asignar un comité de rehabilitación temprana en cada UCI que lo</p>

	implemente en todos los pacientes. (Martínez Cruz et al. 2022)
Kleiber (2023)	<p>Estas intervenciones de TO en UCI se caracterizan por ser variables en forma, duración y frecuencia. Es decir, que no se llevan a cabo siempre de la misma manera, sino que dependen del estado hemodinámico del paciente y las condiciones de la UCI. La mayoría de ellas comienzan a implementarse en la etapa aguda y más temprana de la enfermedad, ya que se evidenciaron mejores resultados funcionales a largo plazo. Algunas de ellas son propias de los terapeutas ocupacionales mientras que otras se realizan interdisciplinariamente con otras áreas (fonoaudiología y kinesiología principalmente). No se realizan de forma aislada sino que suelen darse de manera simultánea, por ejemplo: se puede realizar estimulación cognitiva y sensorial al mismo tiempo, integradas en una misma función o actividad.</p>

<p>Acevedo Pérez y Díaz (2024)</p>	<p>Las trayectorias de vida son interrumpidas de manera radical al estar hospitalizado en una UCI, los sentires de las cuidadoras/familiares se tornan una necesidad imperante de atender ante una situación tan apremiante como estar en riesgo vital y con pronóstico de mortalidad sustancial. Por lo anterior, discutir en torno a las estrategias de intervención a utilizar en este contexto se hace una constante inmutable. (Acevedo Pérez y Díaz-Leiva, 2024)</p>
<p>Martínez Camacho et al. (2021)</p>	<p>La MT es una intervención de suma importancia, segura y factible para los casos críticamente enfermos. La omisión de ésta traería consigo una serie de probables comorbilidades y complicaciones durante la estancia de la UCI y al egreso del paciente, en caso de lograrlo. Por lo que exponer lo encontrado por la comunidad científica con respecto a la movilización generará un mejor entendimiento de dicha atención. Además, determinar pautas, generar protocolos y darle seguimiento a la funcionalidad propiciará una</p>

	<p>atención integral de los casos. (Martínez Camacho et al. 2021)</p>
<p>Francisca Celis et al. (2014)</p>	<p>Se afirma entonces, que dado el contexto y las características propias del paciente hospitalizado en la UPC-HCPUC, la intervención de Terapia Ocupacional podría ser un aporte, ya que cuenta con las bases teóricas y prácticas para ayudar a prevenir gran parte de los deterioros asociados al paciente crítico, a través de la detección precoz y la intervención temprana; asumiendo un rol que actualmente no está siendo desarrollado por el equipo profesional de la unidad. Esto cobra gran importancia en los tiempos contemporáneos, puesto que el enfoque actual de salud apunta a una atención integral, donde no solo se consideran los estándares biomédicos, sino que también, al individuo en todas sus dimensiones y contexto. (Francisca Celis et al. 2014)</p>
<p>Rodríguez Martínez y Máximo Bocanegra (2020)</p>	<p>Las áreas de trabajo del terapeuta ocupacional que destacan en los estudios analizados son, principalmente, el posicionamiento, la</p>

	<p>alimentación, el ferulaje, la educación a los padres y la modificación del entorno en ambas unidades. Por último, la frecuencia de intervención del terapeuta ocupacional es relativamente baja frente a otros profesionales. En lo que respecta a las valoraciones estandarizadas, el empleo de ellas va incrementándose, pero el número de terapeutas ocupacionales que las utilizan para sus valoraciones y posterior intervención en estas unidades continúa siendo reducido.</p> <p>(Rodríguez Martínez y Máximo Bocanegra , 2020)</p>
<p>Martínez-Leiva, Parra-Montañez, y Segura-Esquivel (2020)</p>	<p>El TO es fundamental en este proceso de rehabilitación en usuarios en estado crítico, ya que a través de las acciones que realiza promueve la atención integral del individuo y el más apto desempeño de este en todas las esferas de la ocupación humana, mientras que el médico y enfermeras se concentran en la curación de su patología aguda, haciendo de la atención un proceso integral en salud.</p>

	(Martínez-Leiva, Parra-Montañez, y Segura-Esquivel, 2020)
--	---

Los niveles de intervención que lleva a cabo el terapeuta ocupacional en usuarios tras egreso de la unidad de cuidados intensivos va a depender exclusivamente del tipo y el grado de discapacidad que presente el paciente, que puede ser de tipo cognitivo, física, motora o sensitiva; y que se va a determinar a través de la evaluación y diagnóstico inicial el cual se va a ejecutar mediante el plan de intervención personalizado para el paciente, pues aquí se establecerán las actividades aptas y ajustadas a las necesidades que presenta el usuario, aunque hay autores que afirman que la intervención temprana por parte del terapeuta ocupacional durante la etapa aguda evidencia mejores resultados a largo plazo ya que ayuda a minimizar el riesgo vital, mencionando así la importancia de la intervención integral durante el proceso de los pacientes en UCI (unidad de cuidados intensivos)

- 4.1.4. **Resultado del 3° objetivo específico:** Identificar las actividades y planes de tratamiento que se ejecutan en pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos.

Tabla 4 Estudios primarios del 3° objetivo específico

Autor y fecha	Conclusiones
Rojas Cárdenas et al. (2022)	En conclusión, el Programa Remeo contribuyó a la atención de pacientes egresados de la UCI con antecedentes de infección severa por COVID-19 que no

	<p>podían regresar directamente a su domicilio dadas las necesidades de atención, a partir de un modelo de atención individualizada y multidisciplinaria con un promedio de estancia en programa de cuidados crónico de 72 días. Las lecciones aprendidas a partir de programas de cuidados crónicos como el descrito son de valor para atender las poblaciones emergentes de estancias prolongadas en UCI u otras unidades de hospitalización y contribuir a determinar las posibles rutas de atención. Los sistemas de salud deben ser conscientes de las complicaciones pos-COVID-19 y desplegar medidas para mejorar las condiciones de los pacientes que enfrentan secuelas de la infección; deben existir programas de rehabilitación articulados de manera técnica clara con las unidades de cuidado intensivo a fin de fortalecer los modelos de atención.</p> <p>(Rojas Cárdenas et al. 2022)</p>
(Pereira de Oliveira et al. 2022)	<p>El presente estudio de caso evidenció la importancia de la rehabilitación</p>

	<p>interdisciplinaria de Fisioterapia y Terapia Ocupacional en la reducción de las discapacidades funcionales en la EMB, lo que favoreció la adquisición de la función manual, el equilibrio, la movilidad funcional y el autocuidado. A pesar de la importancia del estudio de caso, que permite examinar cuidadosamente los efectos de la intervención, su diseño limita la generalización de los resultados a una población más amplia. A su vez, se espera que la experiencia interdisciplinaria descrita estimule nuevas investigaciones sobre el seguimiento de la rehabilitación de la persona con la enfermedad de Marchiafava-Bignami.</p> <p>(Pereira de Oliveira et al. 2022)</p>
Kleiber (2023)	<p>Estas intervenciones de TO en UCI se caracterizan por ser variables en forma, duración y frecuencia. Es decir, que no se llevan a cabo siempre de la misma manera, sino que dependen del estado hemodinámico del paciente y las condiciones de la UCI. La mayoría de ellas comienzan a implementarse</p>

	<p>en la etapa aguda y más temprana de la enfermedad, ya que se evidenciaron mejores resultados funcionales a largo plazo. Algunas de ellas son propias de los terapeutas ocupacionales mientras que otras se realizan interdisciplinariamente con otras áreas (fonoaudiología y kinesiología principalmente). No se realizan de forma aislada sino que suelen darse de manera simultánea, por ejemplo: se puede realizar estimulación cognitiva y sensorial al mismo tiempo, integradas en una misma función o actividad. (Kleiber, 2023)</p>
Llaech-Pinell et al. (2021)	<p>Las habilidades de desempeño motoras, entendidas como aquellas habilidades que permiten el movimiento de la persona y la manipulación de objetos para la ejecución de las tareas, están directamente relacionadas con el desempeño en las AVD. Es por ello que las sesiones de rehabilitación funcional de extremidades superiores son necesarias para la recuperación del nivel de autonomía si el paciente presenta problemas de movilidad. La</p>

	<p>literatura disponible hasta el momento señala la importancia de que los programas de terapia ocupacional se centren en el entrenamiento en actividades básicas e instrumentales en aquellas personas que han contraído la infección y presentan limitaciones funcionales. (Llaech-Pinell et al. 2021)</p>
<p>Meza Castellanos (2015)</p>	<p>De acuerdo a la valoración realizada por el test de las Actividades de la vida diaria de Arango y Rodríguez en cuanto a los niveles de desempeño se logró identificar que los adultos mayores institucionalizados presentaron dificultad y limitación en la actividad de movilidad en cama, higiene personal y traslados funcionales y en cambio los adultos mayores no institucionalizados predominó la dificultad de realizar la actividad de traslados funcionales. Además de lo anterior se implementó un plan de acción que se determinó en el entrenamiento de los niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria en cuanto a movilidad en cama,</p>

	<p>higiene personal y traslados funcionales a través de dispositivos de baja complejidad logrando su nivel de desempeño semi-independientes en la población adulto mayor.</p> <p>(Meza Castellanos, 2015)</p>
<p>Fatás Cuevas y De la Fuente Utrilla (2024)</p>	<p>Una vez analizada la bibliografía disponible, llegamos a la conclusión de que los estudios coinciden, en gran medida, en la forma de intervenir desde TO en pacientes ingresados en UCI y, que, además, esto ocurre en profesionales de una gran variedad de países, como España, Australia y países Latinoamericanos. Además, las estrategias de intervención también coinciden en UCIs tanto de adultos como infantiles. De esta forma, las más usadas, y en las que coinciden todos los artículos analizados son en el posicionamiento, la movilización pasiva y entrenamiento funcional de miembro superior, entrenamiento en AVDs, así como estimulación cognitiva y sensorial. Además de ello, en varios de los artículos se realizó educación para las familias y, en menor</p>

	medida, adaptaciones para posibilitar la comunicación o adaptaciones del entorno. (Fatás Cuevas y De la Fuente Utrilla, 2024)
--	--

Las actividades que se ejecutan en pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos se van a diseñar con base a un diagnóstico previamente establecido, el mismo que va a brindar las pautas específicas para establecer las más acorde para el tipo y grado de discapacidad que presente el paciente; para lo cual el terapeuta ocupacional debe aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos e identificar las deficiencias del usuario tras egreso de UCI, las cuales pueden ser cognitivas, físicas, motoras o sensitivas; y en donde también se van a establecer la duración y frecuencia de estas actividades, las cuales van desde la ejecución del posicionamiento, la movilización pasiva, ejercicios de los diferentes niveles de desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD), incluida la estimulación cognitiva y sensorial; adicional a esto también se menciona que la intervención del familiar a cargo de su cuidado es fundamental para facilitar la comunicación y la adaptación del entorno en caso de ser necesario.

5. DISCUSIÓN

La intervención del terapeuta ocupacional en pacientes post egreso de la unidad de cuidados intensivos (UCI) se enfatiza principalmente en lograr que los usuarios logren y alcance su autonomía especialmente en las AVD (actividades de la vida diaria, así lo afirma Llaech-Pinell et al. (2021) quien menciona que las sesiones de rehabilitación funcional de extremidades superiores son necesarias para la recuperación del nivel de autonomía si el paciente presenta problemas de movilidad; mientras que Fatás Cuevas y De la Fuente Utrilla (2024) reafirman este criterio pues mencionan que las acciones más usadas, y en las que coinciden todos los artículos analizados son en el posicionamiento, la movilización pasiva y entrenamiento funcional de miembro superior, entrenamiento en AVD, así como estimulación cognitiva y sensorial.

Para Martínez-Leiva, Parra-Montañez, y Segura-Esquivel (2020) afirma que el terapeuta ocupacional es fundamental en este proceso de rehabilitación en usuarios en estado crítico, ya que a través de las acciones que realiza promueve la atención integral del individuo y el más apto desempeño de este en todas las esferas de la ocupación humana, mientras que el médico y enfermeras se concentran en la curación de su patología aguda, haciendo de la atención un proceso integral en salud; por su parte Francisca Celis et al. (2014) resalta la importancia del terapeuta ocupacional en este proceso pues menciona que la intervención del profesional es de gran relevancia ya que cuenta con las bases teóricas y prácticas para ayudar a prevenir gran parte de los deterioros asociados al paciente crítico, a través de la detección precoz y la intervención temprana; asumiendo un rol que actualmente no está siendo desarrollado por el equipo profesional de la unidad.

6. CONCLUSIONES

Según los criterios de las diferentes investigaciones se concluye que las valoraciones que los terapeutas ocupacionales realizan en los pacientes post unidad de cuidados intensivos debe ejecutarse de manera integral con el personal de salud a cargo del paciente, pues con un diagnóstico ya establecido el terapeuta ocupacional contará con una base clara que le permitirá ejecutar un plan de rehabilitación personalizada que se ajuste a las necesidades del paciente, pues cabe mencionar que no se debe homogenizar las valoraciones, pues de esto dependerá el éxito de la recuperación del paciente del tipo y grado de discapacidad como consecuencia de su patología y el tiempo de estancia en UCI (unidad de cuidados intensivos).

Entre los hallazgos de la presente investigación se concluye que los niveles de intervención que lleva a cabo el terapeuta ocupacional en usuarios tras egreso de la unidad de cuidados intensivos pueden ser de tipo cognitivo, físico, motor o sensitivo; y la intervención y ejecución del profesional ocupacional va a depender exclusivamente de los resultados que se obtengan a partir de la aplicación teórica y práctica establecidas en el diagnóstico que obtenga como resultado de su evaluación, la misma que le brindará información exacta sobre las áreas en las que se deben trabajar.

Finalmente se concluye que las actividades que se ejecutan en pacientes tras egreso de la unidad de cuidados intensivos deben estar estrechamente ligadas a las necesidades que presenten los usuarios, pues de esto también dependerá del tiempo y la frecuencia que se van a establecer en la planificación de las actividades a ejecutar, con la finalidad de lograr una rehabilitación exitosa, ya que las diferentes investigaciones concuerdan en que estas actividades deben ir centradas a lograr la movilidad temprana, AVD (actividades de la vida diaria) y estimular la parte cognitiva y sensorial.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda al profesional en terapia ocupacional realizar la evaluación del paciente tras egreso de la unidad de cuidados intensivos de manera integral con el cuerpo médico a cargo del paciente durante su estancia en UCI (unidad de cuidados intensivos) con la única finalidad de obtener el diagnóstico de primera mano del médico a cargo del usuario y poder lograr una valoración mucho más exacta para poder realizar un plan personalizado que se ajuste a las necesidades que presente el paciente.

Por último se recomienda que mediante la valoración se apliquen test acordes al diagnóstico que se obtenga, pues es aquí en donde se van a reconocer el tipo de discapacidad y el grado que presente, para así poder ejecutar actividades que beneficien al paciente a lograr su pronta recuperación.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo Pérez, F., & Díaz-Leiva, M. (2024). Terapia Ocupacional en una unidad de cuidados intensivos (UCI): relato de experiencia sobre el trabajo con cuidadoras/familiares en un hospital público. *Scielo*. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/DBnYkSTR8vKqRBb6xMXGPRc/?format=pdf&lang=es>
- Aguilar García, C. R., & Martínez Torres, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Scielo*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171
- Ares Senra, L., Días- Mor Prieto, C., & Huerta Mareca, R. (2014). Terapia Ocupacional en pacientes ingresados en UCI con daño neurológico y en estado de mínima conciencia. *TOG*. Obtenido de file:///C:/Users/PC-PAVILION/Downloads/Dialnet-TerapiaOcupacionalEnPacientesIngresadosEnUciConDan-4710536.pdf
- Bayá Casal , M., Bustinza , M., & Díaz , M. (2021). *Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos*. Argentina. Obtenido de https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/1795/1/TFI_ICRM_2021_BCM-BM-DM.pdf
- Carmona-Espejo, A., & González-Villén, R. (2021). Terapia ocupacional en el tratamiento de la disfagia del paciente Covid-19: a propósito de un caso. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*. doi:10.28957/rcmfr.v31n1a9

- Carrasco-Labra, A., Brignardello-Petersen, R., Glick, M., Guyatt, G. H., & Azarpazhooh, A. (2015). A practical approach to evidence-based dentistry: VI: How to use a systematic review. *Journal of the American Dental Association*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25819657/>
- Castro Brisso, C., Cartagena González, J., Delgado Santamaría, O., Guitiérrez Pérez, M., Jara Rojas, M., Ramírez Navarro, C., & Nuñez-Franz, L. (2022). Intervención precóz de terapia ocupacional post respiración artificial en pacientes hospitalizados por covid-19, revisión exploratoria. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*. Obtenido de <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/147/120>
- Cerón Polanco, M. C., & Tamayo Perdomo, G. (2024). Desacondicionamiento físico de sistemas osteomuscular y tegumentario en pacientes en unidad de cuidado intensivo. *Revista Colombiana de Rehabilitación*. Obtenido de <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v14.n1.2015.21>
- Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid. (2020). *Guía clínica de intervención de terapia ocupacional en pacientes con COVID-19*. Madrid: Guía clínica de intervención de terapia. Obtenido de <https://coptocam.org/wp-content/uploads/2020/05/Gu%C3%ADa-cl%C3%ADnica-de-TO-covid-19-.pdf>
- Fatás Cuevas, B., & De la Fuente Utrilla, C. (2024). Papel del terapeuta ocupacional en unidades de cuidados intensivos y en el síndrome post UCI. *Revista Sanitaria de Investigación*. Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-del-terapeuta-ocupacional-en-unidades-de-cuidados-intensivos-y-en-el-sindrome-post-uci/>

- Francisca Celis, D., Gélvez G, C., Moretti A, C., Navarrete , E., Rovegno E, M., & Torrent M, V. (2014). Terapia ocupacional y paciente crítico. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Obtenido de <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/147671/Terapia-ocupacional-y-paciente-critico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Henao-Castaño, Á. M., Villamil Buitrago, A. V., Marín Ramírez, S., & Cogollo Hernández, C. A. (2021). Características del síndrome post cuidado intensivo: revisión de alcance. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/32474/26899>
- Kleiber, M. S. (2023). *Intervenciones de terapia ocupacional en pacientes adultos con daño neurológico en la unidad de cuidados intensivos*. Argentina: Universidad del Gran Rosario. Obtenido de <https://rid.ugr.edu.ar/bitstream/handle/20.500.14125/544/Inv.%20D-336%20MFN%207553%20tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Letelier S, L. M., Manríquez M, J. J., & Rada G, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Scielo*. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n2/art15.pdf>
- Llaech-Pinell, E., Monsó-Monsó, A., Ars, J., Udina, C., Inzitari, M., & Grau-Sánchez, J. (2021). Intervención de terapia ocupacional para la mejora de la autonomía en personas posinfección por SARS-COV 2. *Elsevier*. Obtenido de <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/147812/1/1-s2.0-S0048712021001043-main.pdf>

- Marín-Navarro, V., Poblete-Figueroa, C., Freire-Figueroa, F., Villarroel-Sgorbini, C., Lagos-Vásquez, D., Carrasco-Barrera, A., . . . Calderon-Alvarado, O. (2023). Rehabilitación domiciliar de pacientes con síndrome post UCI por COVID-19. *Hosp Domic*. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/had/v7n3/2530-5115-had-7-03-109.pdf>
- Martín del Cañizo, M. (15 de mayo de 2019). *HUCI*. Obtenido de Humanizando los cuidados intensivos: <https://proyectoहुci.com/es/el-terapeuta-ocupacional-en-la-uci/>
- Martínez Camacho, M. A., Jones Bravo, R. A., Gómez Gonzalez, A., Pérez Nieto, O. R., Gerrero Gutierrez, M. A., Zamarrón López, E. I., . . . Morgado Villaseñor, L. A. (2021). Movilización temprana en la unidad de cuidados intensivos. *Scielo*. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v35n2/2448-8909-mccmmc-35-02-89.pdf>
- Martínez Cruz, B. L., Ramírez Campaña, J. C., Morales Barraza, A., Santos Alvarado, L., & Arrambí Díaz, C. (2022). Efecto de una rehabilitación temprana en pacientes con debilidad adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Scielo*. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v36n1/2448-8909-mccmmc-36-01-39.pdf>
- Martínez-Leiva, J., Parra-Montañez, G., & Segura-Esquivel, J. (2020). Acciones y beneficios que proporciona la intervención del Terapeuta Ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos. *Revista Terapéutica*. Obtenido de <https://revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/94>
- Meza Castellanos, L. M. (2015). *Niveles de desempeño en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de pamplona*. Pamplona: Universidad de Pamplona. Obtenido de

http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12744/472/1/Meza_2015_TG.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y Protocolos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Obtenido de <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UCI.pdf>

Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., & Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Scielo*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v11n3/0719-0107-piro-11-03-184.pdf>

Moreno-Chaparro, J., Cubillos-Mesa, C., & Duarte-Torres, S. C. (2017). Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos. *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-291.pdf>

Moreno-Chaparro, J., Cubillos-Mesa, C., & Duarte-Torres, S. C. (2018). Rol de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo en Colombia. *Redalyc*. Obtenido de <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7614>

Muñoz Rodríguez, L. L., Vélez Calderón, R. C., Avendaño Robles, M. E., & Barrera Arango, M. J. (2019). Complicaciones y manejo del paciente quirúrgico en medicina crítica. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. doi: 10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.769-784

Organización Mundial de la Salud. (22 de abril de 2024). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Rehabilitación : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Pereira de Oliveira, J. F., Caus Zuqui, A., Valladão Schiavo, K., & Silva Gomes, C. M. (2022).

Rehabilitación de fisioterapia y terapia ocupacional en la enfermedad rara

MarchiafavaBignami. *Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* Obtenido de

<https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2022-refacs-v10-n2-11es.pdf>

Perez, M. (2020). Terapia ocupacional en la atención sanitaria de pacientes Covid-19, revisión y

análisis de lineamientos. *Cuidado y Ocupación humana.* Obtenido de

file:///C:/TERAPIA+OCUPACIONAL+EN+LA+ATENCION+SANITARIA+DE+PACIENTES.pdf

Ramírez Núñez, S. L. (2022). *Ejercicios de Rehabilitación en Pacientes Post Covid-19*

Atendidos en el Servicio de Terapia Ocupacional de la P.Dr.H.D.G enero-abril 2022.

Panamá: Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología. Obtenido de

<https://repositorio.umecit.edu.pa/server/api/core/bitstreams/e69bb617-af21-4a14-9090-0a19ca7280d4/content>

Rodríguez Martínez, D., & Máximo Bocanegra, N. (2020). Terapia ocupacional en unidades de

cuidados intensivos pediátricos y neonatales. *Revista de Terapia Ocupacional.* Obtenido

de file:///C:/Users/Michelle/Downloads/99-Texto%20de%20art%C3%ADculo-151-1-10-20201222%20(1).pdf

Rojas Cárdenas, C., Noguera Ramos, V. E., Flórez Jurado, C., Páez Prieto, J. L., Sanjuan Ganem,

M., Ortiz Acevedo, R., . . . Viveros Celin, K. (2022). Cuidados crónicos en pacientes con

síndrome pos-COVID-19 tras el egreso de la unidad de cuidados intensivos. *Scielo.*

Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2022.v46/e43/es>

Romo Chamorro, K. M., & Ardila Villareal, G. M. (2023). Recuperación desde de la unidad de cuidados intensivos y el desafío del síndrome de desacondicionamiento físico. *CEI*.

Sheehy, L. M. (2020). Consideraciones para rehabilitación posacuda para sobrevivientes del COVID-19. *JMIR Public Health Surveill.* doi:10.2196/19462

World Federation of Occupational Therapy. (2012). *World Federation of Occupational Therapy*.

Recuperado el 16 de julio de 2024, de Acerca de la terapia ocupacional:

<https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>