

ARTÍCULO ORIGINAL

Cuidado humanizado: Protocolo operativo de salida terapéutica

Humanized care: Operational protocol for therapeutic excursion

Carlos Romero Patiño^{1*}, Verónica Rojas², Rolando Aranda³, Leandra Soto⁴, Nivia Estuardo¹, Franco Moya⁴, Jacqueline Faundes⁴, Marisis Orellana⁵, Evelyn Valencia⁴, Patricia Bisbal⁶, Camila Toro³, Daniel Arellano^{4*}.

1. Médico. Unidad de Pacientes Críticos. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.
2. Enfermera. Unidad de Pacientes Críticos. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.
3. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Pacientes Críticos. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.
4. Kinesiólogo. Unidad de Pacientes Críticos. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.
5. Fonoaudióloga. Unidad de Pacientes Críticos. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

*Correspondencia: Daniel Arellano / darellanos@uchile.cl. Carlos Romero Patiño / caromero@hcuch.cl

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente manuscrito. El presente trabajo no recibió financiamiento económico institucional o gubernamental, ni de la industria farmacéutica.

Resumen: Los pacientes críticos se benefician de una rehabilitación integral que incluya movilización precoz, estimulación cognitiva, reacondicionamiento de la deglución y fonación, y participación de la familia. De acuerdo con la condición clínica, estas actividades se pueden llevar a cabo en la misma unidad o ser realizadas por un equipo interprofesional fuera de la Unidad de Pacientes Críticos (UPC), ya sea en un gimnasio terapéutico o en otras dependencias del centro hospitalario, como pasillos, jardines y patios, lo que hemos denominado Salida Terapéutica (ST). La ST permite a los pacientes ponerse en contacto con el entorno natural del medio exterior, lo que genera un impacto positivo en su evolución, tanto en términos fisiológicos como emocionales. El desplazamiento de pacientes críticos fuera de la unidad puede implicar riesgos asociados, por lo que se requiere de una apropiada organización técnica y logística. La estandarización operativa de procedimientos ha demostrado mejorar la seguridad y calidad de la atención clínica. El objetivo del presente reporte consiste en exponer el desarrollo e implementación de un protocolo operativo de ST, que pueda ser de utilidad para otras UPC o para que sea modificado a las necesidades y realidad local de cada centro.

Palabras clave: Compromiso familiar; Cuidado humanizado; Cuidado interprofesional; Pacientes críticos; Rehabilitación; Salida terapéutica.

Abstract: Critically ill patients benefit from comprehensive rehabilitation, that includes early mobilization, cognitive stimulation, reconditioning of swallowing and phonation, and family engagement. Depending on the clinical condition, these activities can be carried out in the same unit or by an interprofessional team outside the Critical Care Unit (CCU), either in a

therapeutic gym or in other areas of the hospital such as corridors, gardens, and terraces, which we have called Therapeutic Excursion (TE). TE allows patients to get in touch with the natural environment of the external environment, which generates a positive impact on their evolution, both in physiological and emotional terms. The displacement of critical patients outside the unit may involve associated risks, which is why an appropriate technical and logistical organization is required. The operational standardization of procedures has been shown to improve the safety and quality of clinical care. The objective of this report is to expose the development and implementation of an operational protocol for TE, which may be useful for other CCU or to be modified to the needs and local reality of each center. Keywords: Critically ill patients; Family engagement; Humanized care; Interprofessional care; Rehabilitation; Therapeutic excursion.

Introducción

La necesidad de soporte y tratamiento específico en la Unidad de Pacientes Críticos (UPC), ya sea en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en las Unidades de Tratamiento Intermedio (UTI), es una experiencia que viven con gran angustia e incertidumbre los pacientes y sus familias, tanto en las etapas agudas como durante la prolongación o extensión de la hospitalización^{1,2}. La literatura internacional ha documentado que posterior a la estadía en la UPC, existen diversas consecuencias que afectan a los sobrevivientes en aspectos cognitivos, físicos y de salud mental (Síndrome Post UCI, [PICS])^{3,4,5}. En relación con los aspectos físicos, se reporta la pérdida de masa y fuerza muscular (debilidad adquirida en la UCI [DAUCI]), limitación de los rangos articulares, así como alteraciones de la deglución y fonación, entre otras^{6,7,8,9}. Con respecto a lo psicológico, se describe ansiedad, depresión y estrés post traumático, en tanto que, en lo cognitivo destacan alteraciones de la memoria, atención, funciones ejecutivas, entre otras³. La gravedad de la condición clínica que, en muchas ocasiones sucede de manera abrupta, hace necesario el ingreso a la UPC para monitorización y atención especializada e interprofesional. Este nuevo escenario afecta la dinámica y rutina familiar, así como también somete a los pacientes a un

ambiente cerrado y altamente tecnologizado, perdiendo el contacto con el medio exterior (luz natural, aire fresco, sol, cielo, vegetación, etc.), lo que no les permite beneficiarse de los efectos fisiológicos y psicológicos positivos que la exposición a este tipo de entornos puede brindarles^{10,11,12}. Además, cabe destacar que tener en consideración y dar relevancia al cuidado humanizado de los pacientes y sus familiares debe ser parte del eje central de nuestra atención clínica^{1,2}.

Por estas razones, la implementación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria pueden resultar estimulantes para los pacientes y generar efectos beneficiosos, tanto físicos como emocionales y psicosociales^{13,14,15,16,17,18}. Es así como la movilización fuera de su unidad se convierte en una actividad relajante y motivante para los pacientes y sus familiares. Además, les permite tomar consciencia de su condición actual y avances, y les proyecta un futuro esperanzador, mejorando su estado de ánimo y favoreciendo su disposición a trabajar en su recuperación funcional^{19,20,21,22}.

Por tanto, los pacientes críticos se benefician de una rehabilitación integral que incorpore una movilización precoz, estimulación cognitiva, reacondicionamiento de la deglución y fonación, y participación de la familia^{23,24,25,26}. De acuerdo con la condición clínica, estas actividades se

ARTÍCULO ORIGINAL

pueden llevar a cabo en la misma unidad o ser realizadas por un equipo interprofesional fuera de la UPC, ya sea en un gimnasio terapéutico o en otras dependencias del centro hospitalario, como pasillos, jardines y patios, lo que en nuestro centro hemos denominado “Salida Terapéutica (ST)”. Estas intervenciones no están exentas de riesgos, por lo que la estandarización operativa de procedimientos toma especial relevancia para mejorar la seguridad y calidad de esta práctica²⁷. El objetivo del presente reporte consiste en exponer el desarrollo e implementación de un protocolo operativo de ST, que pueda ser de utilidad para otras UPC o para que sea modificado a las necesidades y realidad local de cada centro. En la actualidad no existen publicaciones sobre este tópico en América Latina.

Metodología

La UPC de nuestro centro está conformada por 21 camas de UCI y 51 camas de intermedio, y cuenta con un equipo multidisciplinario para la atención clínica directa, cuya dotación se ajusta a la Guía MINSAL de Funcionamiento y Organización de Unidades de Pacientes Críticos 2020²⁸. El proceso de elaboración del protocolo de ST se llevó a cabo entre abril y junio de 2019, y estuvo compuesto por las siguientes etapas:

Etapa 1: Planificación

La construcción del protocolo comenzó con la conformación de un grupo interprofesional compuesto por kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogas, enfermeras y médicos. En esta primera etapa se realizó una búsqueda de literatura relacionada con el procedimiento en las principales bases de datos científicas (PubMed, SciELO, LILACS, Scopus). Además, se realizó la exploración manual en otras fuentes de literatura gris (resúmenes de congresos, documentos de sociedades científicas, documentos del Ministerio de Salud de Chile). La búsqueda de la literatura estuvo restringida a los idiomas español e inglés.

Etapa 2: Desarrollo

Durante esta etapa se realizaron reuniones presenciales cada semana, para la revisión de la bibliografía relevante, aplicabilidad de los resultados internacionales en el contexto local, así como detalles organizacionales y de seguridad pertinentes. A continuación, se realizaron reuniones de coordinación con los equipos clínicos y jefaturas de la UPC, para estructurar la logística asociada a la realización de la ST. Posteriormente se llevó a cabo la redacción y corrección del borrador inicial del protocolo. Las propuestas del grupo de trabajo fueron analizadas e incorporadas a la versión definitiva. El documento final fue revisado y aprobado por el Comité de Calidad, por el Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (CPC IAAS) y por la Dirección Médica de nuestro centro. En última instancia, el protocolo institucional fue difundido a toda la UPC.

Etapa 3: Implementación

Al partir la aplicación del protocolo se llevó a cabo una fase piloto para establecer su factibilidad y seguridad. Antes de su implementación rutinaria, se realizó una validación en 10 pacientes críticos (6 mujeres y 4 varones), familiares y equipo clínico tratante. Esta etapa permitió identificar el tiempo empleado desde la preparación de la ST hasta el regreso del paciente a la unidad, así como la verificación del trayecto. Se llevaron a cabo un total de 12 ST en 10 pacientes críticos. Durante el procedimiento, los pacientes estuvieron acompañados por el equipo clínico y por sus familiares. Para la realización de la actividad, los pacientes o sus familiares directos firmaron un consentimiento informado elaborado específicamente para el procedimiento (Anexo 1). La edad promedio de la serie fue 62 ± 13 años. La ST se completó en forma exitosa en las 12 ocasiones (100%). Cuatro pacientes realizaron la actividad en la cama clínica y 6 en silla de ruedas. No se documentó ningún evento adverso serio relacionado al

UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO SALIDA TERAPÉUTICA

Fecha:.....

Nombre del paciente:.....

RUT:.....

Los pacientes críticos se benefician de una rehabilitación integral: movilización precoz, estimulación cognitiva, reacondicionamiento de la deglución y fonación, y participación de la familia. De acuerdo con la condición clínica de los pacientes estas actividades se llevan a cabo en la misma unidad o pueden ser realizadas fuera de la Unidad de Pacientes Críticos (UPC), lo que se denomina **“Salida Terapéutica”**.

Durante la Salida Terapéutica, los integrantes del equipo interprofesional de la UPC tomarán todas las medidas de resguardo en términos de cuidado clínico, monitorización y soporte vital para que la actividad sea realizada en forma segura.

En relación con la Salida Terapéutica de la UPC se me ha explicado su propósito, beneficios y posibles riesgos, y he podido formular preguntas, las que me han sido contestadas satisfactoriamente.

Si doy mi consentimiento, **comprendo que tengo la posibilidad de revocarlo.**

.....
Firma del Paciente

.....
Nombre y Firma del Profesional UPC

.....
Nombre del Representante
Legal o Tutor

.....
N° de Cédula de Identidad

.....
Firma

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi representante legal o yo habiendo **autorizado** la Salida Terapéutica de la UPC, y ante como testigo, **desisto de la autorización otorgada previamente** para esta actividad.

.....
Firma y Rut Paciente o
Representante Legal

.....
Firma y Rut del Testigo

.....
Firma y Rut del Profesional

Fecha:.....

ARTÍCULO ORIGINAL

procedimiento. Solo un paciente refirió cefalea de leve intensidad (puntaje de 2 en la escala de calificación numérica del dolor) luego de retornar a la unidad²⁹. Finalmente, una vez completada y analizada la fase piloto, el protocolo de ST fue incorporado en forma permanente a la práctica clínica cotidiana de la UPC.

Protocolo operativo de Salida Terapéutica

El propósito de la ST es promover la satisfacción de los pacientes durante el proceso de rehabilitación integral y fomentar la participación de sus familiares. Además, tiene como objetivos específicos:

- Promover el bienestar emocional de los pacientes hospitalizados en la UPC.
- Reducir la necesidad de analgésicos, sedantes y antipsicóticos.
- Prevenir el desarrollo de delirium.
- Prevenir el desarrollo de debilidad muscular adquirida en la UCI.
- Prevenir el síndrome post-UCI.

Cualquier miembro del equipo de los cuidados críticos puede sugerir una ST para un paciente de la UPC. No obstante, la realización segura de este procedimiento considera una evaluación interprofesional, para establecer que la condición clínica del paciente es apropiada para la ejecución de la actividad y, de ser así, poner en marcha todos los pasos para la preparación técnica y logística.

Evaluación previa a la Salida Terapéutica

Los pacientes son evaluados por miembros del equipo interprofesional de la UPC, para establecer en forma objetiva que se encuentren en condiciones de someterse a esta actividad de rehabilitación integral. Para que la evaluación sea considerada satisfactoria, todos los integrantes del equipo interprofesional deben concordar en que la ST es segura para el paciente.

El equipo interprofesional de la UPC se encuentra conformado por: kinesiólogos(as), enfermeras(os), TENS, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos(os), psicólogos(os) y médicos.

La indicación de evaluación para una ST queda registrada en la evolución clínica u hoja de prescripciones médicas. El consentimiento informado de la ST debe encontrarse firmado por el paciente, o en caso de imposibilidad, por sus familiares directos o cuidador responsable, y archivado en la historia clínica (Anexo 1). La familia del paciente es informada del día y la hora en que se realizará la ST y se los invita para que acompañen al paciente, siempre que les sea posible (Figura 1).

La pauta de seguridad debe encontrarse completada y archivada en la ficha clínica del paciente antes de la ST (Anexo 2). El paciente siempre es informado de la actividad con 24 a 48 horas de anticipación por el médico de la unidad y se respeta su decisión en caso de que no desee salir. No obstante, si el equipo interprofesional considera que el paciente presenta signos de apatía, depresión, miedo o ansiedad ante la ST, se propicia el diálogo para despejar todas sus dudas y promover la realización de la actividad, asegurando que la misma podrá suspenderse cuando lo desee el paciente.



Figura 1: Paciente en cama clínica acompañado por sus familiares, junto al equipo interprofesional de la Unidad de Pacientes Críticos.

UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS

ANEXO 2. PAUTA DE SEGURIDAD PARA SALIDA TERAPÉUTICA DE PACIENTES UPC			
LISTADO DE VERIFICACIÓN		SI	NO
1.	Registro de la indicación médica de evaluación de Salida Terapéutica		
2.	Consentimiento informado firmado por paciente o familiar		
3.	Familia en conocimiento de la actividad		
4.	Existe algún criterio que contraindique el procedimiento		
5.	Lo miembros del equipo UPC concuerdan que la ST es segura		
6.	Paciente de acuerdo en salir de la UPC (SAS 3-5, CAM-ICU negativo)		
7.	Equipamiento necesario se encuentra disponible y funcional		
8.	Se cuenta con los miembros del equipo para la condición del paciente		
9.	El paciente se encuentra con ropa adecuada para salir		
10.	Paciente y personal cumplen con los EPP según corresponda		

Observaciones:.....

Firma:.....

Firma:.....

Firma:.....

Fecha:.....

ARTÍCULO ORIGINAL

Coordinación para la Salida Terapéutica

La ST es coordinada entre el jefe técnico de la UPC y/o residente, enfermera supervisora o enfermera diurna y kinesiólogo(a) de la UTI o UCI, e incorpora a los otros miembros del equipo interprofesional involucrado en el cuidado clínico directo y en la actividad.

Se toman todos los resguardos para que no haya cambios importantes de temperatura entre la UPC y el lugar por donde se va a realizar la ST. El paciente es apropiadamente preparado, con ropa acorde a las condiciones climáticas y bien cubierto, resguardando en todo momento su apariencia y dignidad.

La ST se lleva a cabo de acuerdo con las necesidades y estado clínico del paciente, con una permanencia máxima de 30-60 minutos en el destino final definido. Una vez que se haya llegado al destino final, según las condiciones del entorno y la disposición de cada paciente en particular, se pueden realizar actividades de rehabilitación integral: kinesiología, terapia ocupacional, terapia fonoaudiológica, musicoterapia (Figura 2). La distancia de alejamiento de la unidad se individualizará según las características del paciente, equipamiento y personal disponible.



Figura 2: Sesión de musicoterapia durante una Salida Terapéutica.

Existen diferentes espacios físicos para realizar en forma progresiva la ST, algunas de estas áreas se encuentran dentro y otras fuera de la UPC. Se elegirá el lugar más apropiado para la actividad según el estado del paciente y el clima:

- Pasillo de la UPC.
- Pasillo adyacente a la UPC (si es posible, con ventanales o donde el paciente pueda observar el exterior).
- Balcón exterior cercano a la UPC.
- Patio externo del hospital, en un área adecuada para la ocasión con vegetación e incluso juegos.

Indicaciones

Se han establecido algunas directrices, no excluyentes, con la finalidad de facilitar la identificación de aquellos pacientes con mayor potencial para beneficiarse de la actividad. Los pacientes deben cumplir uno o más de los siguientes criterios:

- Pacientes con estadía mayor a 72 horas en la UPC.
- Pacientes con CAM-ICU positivo al ingreso o en algún momento durante su estadía en la UPC.
- Pacientes con depresión o compromiso del ánimo.
- Pacientes en proceso de recuperación funcional.

Contraindicaciones

Se han establecido criterios objetivos de seguridad clínica que deben ser evaluados por el equipo interprofesional^{6,20}. Si el paciente cumple con alguno de los criterios enumerados abajo, no se encontrará en condiciones de ser sometido a una ST:

- Pacientes con inestabilidad hemodinámica:
 - Frecuencia cardíaca <60 o >120 lpm.
 - PAS <90 o >180 mmHg.
 - PAM <65 o >110 mmHg.
 - Requerimiento de vasopresores y/o

alteración de la perfusión tisular.

Pacientes con alteraciones del ritmo que puedan comprometer su estabilidad.

- Pacientes con inestabilidad respiratoria:
Frecuencia respiratoria ≥ 35 /min.
SatO₂ $\leq 90\%$.
PaO₂/FiO₂ < 200 y/o FiO₂ $\geq 60\%$.
PEEP > 10 cmH₂O.
PaCO₂ ≥ 55 mmHg y pH $< 7,3$.
- Pacientes con alto riesgo de desarrollar situaciones de inestabilidad súbita:
Patología coronaria aguda durante las primeras 48 horas.
Pacientes con secreción bronquial incrementada (> 3 aspiraciones endotraqueales por hora).
- Alto riesgo de convulsionar.
- Pacientes con sedación profunda (SAS 1-2) o con uso de bloqueadores neuromusculares.
- Pacientes con agitación no controlable con estímulo verbal (SAS 6 - 7).
- Pacientes con terapia de reemplazo renal continua.
- Fiebre (temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$).
- Pacientes que requieran inmovilización para su tratamiento.
- Otras circunstancias que identifique el equipo interprofesional de la UPC.

Personal para salida terapéutica según complejidad

Paciente estable, con marcha independiente o ayuda menor (puntaje en la escala de Berg > 40 puntos)³⁰, requerirá la asistencia de 1 ó 2 miembros del equipo interprofesional, siendo uno de ellos un kinesiólogo(a).

En pacientes con necesidad de silla de ruedas y/o escala de Berg entre 21 y 40 puntos, al menos 2 a 3 miembros del equipo: un kinesiólogo(a), una enfermera(o) y eventualmente un médico (Figura 3). En la actividad participan también otros miembros del equipo interprofesional: TENS, terapeutas ocupacio-

nales, fonoaudiólogos(as), psicólogos(as).

Los pacientes en ventilación mecánica invasiva y con uso de bombas de infusión continua, requerirán el acompañamiento de al menos 4 miembros del equipo (Figura 4). La ST de estos pacientes siempre debe contar con la presencia de un médico, una enfermera(o), un TENS y un kinesiólogo(a). En la actividad participan también otros miembros del equipo interprofesional: terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos(as), psicólogos(as).



Figura 3: Salida Terapéutica de paciente con requerimiento de silla de ruedas para su desplazamiento.



Figura 4: Salida Terapéutica de paciente con requerimiento de ventilación mecánica invasiva a través de traqueostomía percutánea.

ARTÍCULO ORIGINAL

Equipamiento para salida terapéutica

El paciente puede ser trasladado en su propia cama, en silla de ruedas o caminando con asistencia, considerando las características de su enfermedad y sus necesidades.

En las salidas a los espacios exteriores, se utilizará una silla de ruedas, aunque el paciente pueda caminar, como mecanismo de seguridad y descanso. En términos generales, según la condición clínica de cada paciente, se requerirá el mismo nivel de monitorización que cuando son trasladados a otros servicios del hospital (imagenología, laboratorio de hemodinamia, pabellón quirúrgico). El material sugerido según la estratificación de gravedad será el siguiente:

- Bolsa de ventilación/resucitación autoinflable de silicona, con manguera y conexión a oxígeno.
- Balón de oxígeno revisado, preparado y con carga completa. Debe ir con equipo de humidificación si corresponde.
- Monitor cardiorrespiratorio y/u oxímetro de pulso según estado del paciente.
- Para pacientes dependientes de ventilación mecánica invasiva, se debe incluir un ventilador de transporte.
- Maletín de soporte vital.
- Aspirador portátil de secreciones, si corresponde.
- Bombas de infusión de medicamentos.
- Sábanas y frazadas para cubrir al paciente.
- Lentes de sol y bloqueador solar, si corresponde.

Parámetros de alerta

Se han establecido parámetros de seguridad para el procedimiento, los mismos que son evaluados sistemáticamente en todos los pacientes^{6,20}. La actividad es suspendida ante la presencia de alguno de los parámetros de alerta descritos a continuación*:

- FC <60 o >130 lpm, o el uso de >30% de la frecuencia cardíaca de reserva.
- PAS <90 o >180 mmHg.

- PAM <65 o >110 mmHg.
- Incremento de la frecuencia respiratoria >30/min por >5 minutos.
- Aparición de arritmias no documentadas previamente.
- Precordialgia o cambios en el electrocardiograma.
- SatO₂ <90% por más de 30 segundos y/o necesidad de incrementar FiO₂ >0,6.
- Dolor no controlable (Escala de Calificación Numérica > 4).
- Deterioro de conciencia.
- Solicitud del paciente de finalizar el procedimiento.

* En caso de descompensación hemodinámica y/o respiratoria durante el trayecto o en el destino final definido (según los criterios descritos previamente), se activará la Alerta de Urgencia Médica (clave azul).

Prevención de infecciones asociadas a la atención de salud

Todos los miembros del equipo interprofesional que acompañen al paciente deben cumplir con las normativas institucionales de prevención de infecciones asociadas a la atención de salud, según los requerimientos específicos. Los pacientes antes de salir deben higienizarse las manos con alcohol gel. Es necesario educar a los familiares sobre la higiene de manos con antiséptico. Se debe cautelar que los pacientes no toquen superficies de uso común, así como que no usen los asientos de acceso público puesto que en estas áreas la rutina de limpieza no incluye desinfección en forma habitual.

En los pacientes que requieran uso de asientos para las pausas, debe programarse uso de silla de ruedas para su asistencia y se debe realizar la limpieza y desinfección posterior de este elemento de uso común. Según lo dispuesto por el CPC IAAS, las ST para los pacientes con aislamiento por *Clostridium Difficile* (CD) o microorganismos multirresistentes (*Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemasa [KPC] y *New Delhi Metallo-Beta-Lactamase* [NDM]),

deben cumplir los mismos resguardos que cuando los pacientes son trasladados a otras áreas del hospital.

Conclusiones

Un modelo de atención biopsicosocial, sustentado en el trabajo de un equipo interprofesional es el que actualmente ofrece los mejores resultados clínicos para los pacientes críticos¹⁰. Por otra parte, la entrega de un cuidado humanizado a los pacientes y sus familiares en la UPC es un imperativo sanitario^{1,2}. La presencia y participación de la familia ha demostrado tener un impacto positivo en la evolución de los pacientes y en la disminución del nivel de ansiedad de sus seres queridos^{31,32,33}. En este sentido, actividades como la ST pueden favorecer la incorporación de la familia en la rehabilitación funcional y cognitiva de los pacientes críticos, contribuyendo directamente en su bienestar, uno de los aspectos propuestos como línea estratégica por el Proyecto HU-CI en la promoción de la humanización en salud^{34,35}.

En nuestra experiencia local, en la implementación de la ST, una vez que el documento institucional fue difundido a toda la UPC, el protocolo fue bien evaluado por parte del equipo clínico e incorporado progresivamente a la práctica cotidiana. No obstante, el protocolo fue desarrollado considerando la cultura interprofesional y las características particulares de un centro universitario¹⁰, por lo que su ejecución y desempeño no son necesariamente extrapolables a otros escenarios. Recientemente, un estudio retrospectivo japonés documentó la seguridad del procedimiento en 423 desplazamientos fuera de la UCI, llevados a cabo en 99 pacientes críticos adultos. Si embargo, los autores no describen los detalles o elementos del protocolo empleado³⁶. En este contexto, consideramos que la información expuesta podría facilitar la implementación de la ST en diferentes hospitales o clínicas. Un desafío pendiente para los próximos años será establecer, en estudios de diseño prospectivo y multicéntricos, el impacto

de la ST en la satisfacción de los pacientes y sus familiares, coadyuvancia en el manejo del dolor, DAUCI y PICS.

Finalmente, después de que han transcurrido más de 3 años de haber estandarizado el procedimiento en nuestra UPC, podemos concluir que la ST es una actividad de rehabilitación integral factible y segura para los pacientes cuando es llevada a cabo con respaldo institucional en el marco de un protocolo interprofesional.

Referencias

1. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev Med Clin Condes* 2019; 30: 120-125.
2. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2020; 32: 135-147.
3. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012; 40: 502-509.
4. Brummel NE, Jackson JC, Girard TD, Pandharipande PP, Schiro E, Work B, Pun BT, Boehm L, Gill TM, Ely EW. A combined early cognitive and physical rehabilitation program for people who are critically ill: the activity and cognitive therapy in the intensive care unit (ACT-ICU) trial. *Phys Ther* 2012; 92: 1580-1592.
5. Burtin C, Clerckx B, Robbeets C, Ferdinande P, Langer D, Troosters T, Hermans G, Decramer M, Gosselink R. Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Crit Care Med* 2009; 37: 2499-2505.
6. Hodgson CL, Stiller K, Needham DM, Tipping CJ, Harrold M, Baldwin CE, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Crit Care* 2014; 18: 658.
7. Romero CM, Marambio A, Larrondo J, Walker K, Lira MT, Tobar E, Cornejo R, Ruiz M. Swallowing dysfunction in nonneurologic critically ill patients who require percutaneous dilatational tracheostomy. *Chest* 2010; 137: 1278-1282.
8. Luetz A, Grunow JJ, Mörgeli R, Rosenthal M, Weber-Carstens S, Weiss B, Spies C. Innovative ICU Solutions to Prevent and Reduce Delirium and Post-Intensive Care Unit Syndrome. *Semin Respir Crit Care Med* 2019; 40: 673-686.
9. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, Taito S, Nakamura K, Unoki T, Kawai Y, Kenmotsu Y, Saito M, Yamakawa K, Nishida O. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology,

ARTÍCULO ORIGINAL

- prevention, and future directions. *Acute Med Surg* 2019; 6: 233-246.
10. Salazar N, Griñen H, Jirón M, Rojas L, Escobar L, Berasain MA, Romero CM. Impacto del cuidado multidisciplinario en los desenlaces de los pacientes críticos. *Rev Chil Med Intensiva* 2012; 27: 15-22.
 11. Donovan AL, Aldrich JM, Gross AK, Barchas DM, Thornton KC, Schell-Chaple HM, Gropper MA, Lipschutz AKM; University of California, San Francisco Critical Care Innovations Group. Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Crit Care Med* 2018; 46: 980-990.
 12. Igeño-Cano JC. Beneficios de los paseos por jardines exteriores del hospital en el paciente crítico, familia y profesionales. *Rev Chil Med Intensiva* 2020; 44: 446-448.
 13. Clarissa C, Salisbury L, Rodgers S, Kean S. Early mobilisation in mechanically ventilated patients: a systematic integrative review of definitions and activities. *J Intensive Care* 2019; 7: 3.
 14. González-Seguel F, Camus-Molina A, Leppe J, Hidalgo-Cabalin V, Gutiérrez-Panchana T, Needham DM, Guimarães FS. Chilean version of the Functional Status Score for the Intensive Care Unit: a translation and cross-cultural adaptation. *Medwave* 2019; 19: e7470.
 15. Harrold ME, Salisbury LG, Webb SA, Allison GT, on behalf of the Australia and Scotland ICU Physiotherapy Collaboration. Early mobilisation in intensive care units in Australia and Scotland: a prospective, observational cohort study examining mobilisation practises and barriers. *Crit Care* 2015; 19: 336.
 16. Libuy M, Szita P, Hermosilla J, Arellano D, Núñez-Rodríguez I, Báez C. Validez y confiabilidad de las escalas de evaluación funcional en pacientes críticamente enfermos. Revisión sistemática. *Rev Med Chile* 2017; 145: 1137-1144.
 17. McWilliams D, Snelson C, Goddard H, Attwood B. Introducing early and structured rehabilitation in critical care: A quality improvement project. *Intensive Crit Care Nurs* 2019; 53: 79-83.
 18. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischill M, Needham DM. Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit. Systematic review with meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc* 2017; 14: 766-777.
 19. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister KE, Hall JB, Kress JP. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 373: 1874-1882.
 20. Sommers J, Engelbert RH, Dettling-Ihnenfeldt D, Gosselink R, Spronk PE, Nolllet F, van der Schaaf M. Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. *Clin Rehabil* 2015; 29: 1051-1063.
 21. Ulrich RS, Cordoza M, Gardiner SK, Manulik BJ, Fitzpatrick PS, Hazen TM, Perkins RS. ICU Patient Family Stress Recovery During Breaks in a Hospital Garden and Indoor Environments. *HERD* 2020; 13: 83-102.
 22. Nygaard AM, Haugdahl HS, Brinchmann BS, Lind R. Interprofessional care for the ICU patient's family: solitary teamwork. *J Interprof Care* 2022; 13: 1-10.
 23. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin* 2017; 33: 225-243.
 24. Tobar E, Rojas V, Álvarez E, Romero CM, et al. Recomendaciones de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva para la analgesia, sedación, delirium y bloqueo neuromuscular en pacientes críticos médico-quirúrgicos adultos. *Rev Chil Med Intensiva* 2019; 34: 1-29.
 25. Mart MF, Brummel NE, Ely EW. The ABCDEF Bundle for the Respiratory Therapist. *Respir Care* 2019; 64: 1561-1573.
 26. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, Byrum D, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med* 2019; 47: 3-14.
 27. Romero CM. Seguridad y Calidad en Medicina Intensiva. *Med Intensiva* 2009; 33: 346-352.
 28. Guía de Funcionamiento y Organización Unidad de Pacientes Críticos Adultos. https://www.medicina-intensiva.cl/site/docs/GUIA_UPC2020.pdf.
 29. Arellano D, Soto L, Horta P, Caluñaño V, Aranda R, Orellana M, Rojas V, Vidal F, Valencia E, Estuardo N, Navarro JL, Romero CM. Salida terapéutica de pacientes críticos en un hospital universitario: primer reporte de factibilidad y seguridad. *Rev Chil Med Intensiva* 2019; 34: 47-48.
 30. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992; 83(Suppl 2): S7-S11.
 31. Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 2018; 46: 1175-1180.
 32. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, Ungar A, Baldasseroni S, Geppetti P, Masotti G, Pini R, Marchionni N. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation* 2006; 113: 946-952.
 33. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D,

- Santos MMS, Kochhann R, et al. *Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial*. *JAMA* 2019; 322: 216-228.
34. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. *Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos*. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [acceso 22 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas/>
35. Nin Vaeza N, Martín Delgado MC, Heras La Calle G. *Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model*. *Crit Care Med* 2020; 48: 385-390.
36. Sasano N, Kato Y, Tanaka A, Kusama N. *Out-of-the-ICU mobilization in critically ill patients: the safety of a new model of rehabilitation*. *Crit Care Explor* 2022; 4: e0604.