



**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER
DE CHUQUISACA**

**Conocimientos, actitudes y prácticas de los
profesionales de enfermería en la prevención del
síndrome post cuidados intensivos en la unidad de
terapia intensiva del Instituto de Gastroenterología
Boliviano Japonés, Sucre, mayo-julio 2025**

Reyna Margarita Barrientos Aceituno

Tutor:

M.Sc. Gunnar E. Arancibia Barrientos

Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva

2025

Declaración de originalidad y derechos de autor

Como autora declaro que el presente trabajo académico es original, excepto donde he reconocido la información generada por otros autores por medio de citas en el estilo requerido.

En caso de existir información confidencial (*e* información proveniente de reportes gubernamentales, institucionales, privados o similares, personas naturales, *etc.*), manifiesto que he obtenido el permiso por escrito para incluir esa información en este trabajo académico.

Autorizo a las instancias competentes de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX) someter este trabajo académico a una evaluación de integridad académica por medio de una herramienta establecida para este propósito.

Autorizo a la USFX hacer de este trabajo académico un documento disponible para su lectura en el repositorio institucional.

Finalmente, manifiesto mi consentimiento para que este trabajo académico pueda ser publicado, total o parcialmente, respetando la propiedad intelectual del autor.

Reyna Margarita Barrientos Aceituno

Sucre, julio de 2025

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, mi pilar inquebrantable, que con su amor y apoyo incondicional me ha dado la fuerza para superar cada desafío en este camino académico.

A mis padres, por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia, y a mis hermanos, por estar siempre a mi lado con sus risas y palabras de aliento.

También dedico este trabajo a los pacientes y profesionales de enfermería del Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés, cuya entrega y lucha diaria inspiraron esta investigación, con la esperanza de contribuir a mejorar su bienestar.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible este trabajo.

A mi tutor, por su guía, paciencia y conocimientos, que fueron fundamentales para dar forma a esta tesis.

Un agradecimiento especial al personal del Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés, en particular a las enfermeras de la Unidad de Terapia Intensiva, por su colaboración y disposición, que enriquecieron esta investigación con su valiosa perspectiva.

Finalmente, a Dios, por darme la fortaleza y la claridad para culminar este proyecto, y a mi familia, por ser mi refugio y mi mayor motivación en cada paso de este camino.

Contenido

1. Introducción	1
1.1. Antecedentes.....	1
1.2. Problema de investigación.....	4
1.3. Pregunta de investigación.....	4
1.4. Justificación	5
1.5. Objetivos.....	6
1.5.1. Objetivo general.....	6
1.5.2. Objetivos específicos	6
1.6. Idea a defender.....	6
1.7. Contribución al estado del conocimiento	7
1.8. Organización de la tesis	8
2. Marco teórico	10
2.1. Síndrome Post-Cuidados Intensivos.....	10
2.2. Epidemiología e Impacto del SPCI.....	11
2.3. Factores de riesgo del SPCI.....	11
2.4. Fisiopatología del SPCI	12
2.5. Evaluación y diagnóstico del SPCI.....	13
2.6. Tratamiento y manejo del SPCI.....	14
2.7. Estrategias de prevención y manejo del SCPI	15
2.8. Papel del equipo de salud en el manejo del SPCI.....	16
2.9. Roles de enfermería en la prevención del SPCI	17
2.10. Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés.....	18

2.11. UTI en el Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés	18
3. Marco metodológico	20
3.1. Diseño metodológico	20
3.2. Métodos de investigación	20
3.3. Técnicas e instrumentos de investigación.....	21
3.4. Población	23
3.5. Variables	24
3.6. Operacionalización de variables	24
4. Análisis y discusión de resultados.....	33
4.1. Resultados.....	33
4.2. Discusión de los resultados.....	39
5. Propuesta	42
5.1. Protocolo para la prevención del síndrome post cuidados intensivos en la unidad de terapia intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, Sucre, 2025	42
5.2. Objetivos del protocolo	42
5.3. Fundamentos científicos.....	43
5.4. Métodos y estrategias	43
5.4.1. Evaluación y manejo del dolor (A).....	44
5.4.2. Pruebas de despertar y respiración espontánea (B)	44
5.4.3. Elección de analgésicos y sedantes (C)	45
5.4.4. Evaluación y manejo del delirium (D).....	45
5.4.5. Movilización temprana y ejercicio (E)	45
5.4.6. Participación familiar y promoción del sueño (F)	46
5.4.7. Capacitación continua.....	46
5.4.8. Protocolos estandarizados.....	47
5.5. Plan de implementación	48
5.6. Recursos y soporte	49
5.7. Evaluación y ajuste	49
5.8. Conclusión.....	50
6. Conclusiones y recomendaciones	51

6.1. Conclusiones.....	51
6.2. Recomendaciones	52
Referencias bibliográficas.....	53
A. Solicitud de permiso.....	A1
B. Cuestionario de recolección de datos.....	B1
C. Guía de observación.....	C1
D. Instrumentos utilizados en UTI.....	D1
E. Tablas complementarias	E1
F. Fotografías.....	F1

Lista de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables	25
Tabla 2. Características sociodemográficas de los profesionales de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	33
Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre el SPCI del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	34
Tabla 4. Actitud del personal de enfermería hacia la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	35
Tabla 5. Actitudes observables del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	36
Tabla 6. Nivel de prácticas y habilidades del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	37
Tabla 7. Nivel de competencias procedimentales del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	38
Tabla 8. Distribución por edad del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	E1
Tabla 9. Distribución por sexo del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	E2
Tabla 10. Distribución por nivel de formación académica del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	E3
Tabla 11. Distribución por años de experiencia laboral en enfermería del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	E4
Tabla 12. Distribución por años de experiencia laboral específica del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.	E5

Lista de gráficos

Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre el SPCI del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	34
Gráfico 2. Actitud del personal de enfermería hacia la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	35
Gráfico 3. Actitudes observables del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	36
Gráfico 4. Nivel de prácticas y habilidades del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	37
Gráfico 5. Nivel de competencias procedimentales del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	38
Gráfico 6. Distribución por edad del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	E1
Gráfico 7. Distribución por sexo del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	E2
Gráfico 8. Distribución por nivel de formación académica del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	E3
Gráfico 9. Distribución por años experiencia laboral en enfermería del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	E4
Gráfico 10. Distribución por años de experiencia laboral específica del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.....	E5

Lista de abreviaturas y símbolos

CAM-ICU:	Método de evaluación de la confusión en la unidad de terapia intensiva
DAUCI	Debilidad adquirida en la unidad de terapia intensiva
ICUAW	Debilidad neuromuscular adquirida en la unidad de terapia intensiva
IGBJ	Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés
SPCI	Síndrome post cuidados intensivos
SPCI-F	Síndrome post cuidados intensivos familiar
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
UTI	Unidad de terapia intensiva

Resumen

El síndrome post cuidados intensivos (SPCI) comprende deterioros físicos, cognitivos y psicológicos que persisten tras el alta de la unidad de terapia intensiva (UTI), afectando la calidad de vida de pacientes y familias. Esta investigación evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés de Sucre, entre mayo y julio de 2025. Mediante un diseño cuantitativo descriptivo-exploratorio, se recolectaron datos de 11 profesionales de enfermería utilizando un cuestionario estructurado y una guía de observación. Los resultados revelaron que el 72,7% del personal no recibió capacitación específica sobre SPCI, aunque el 63,6% demostró un alto nivel de conocimiento sobre la condición y sus estrategias preventivas. Asimismo, el 81,8% exhibió actitudes positivas hacia la prevención del SPCI y el 90,9% mostró actitudes observables en un nivel alto. En cuanto a prácticas, el 72,7% alcanzó un nivel alto en la implementación de estrategias preventivas y el 72,7% obtuvo competencias procedimentales excelentes en intervenciones clave como movilización temprana, manejo de sedación y promoción del sueño. Estos hallazgos evidencian sólidas competencias técnicas del personal de enfermería, limitadas por la falta de capacitación formal y protocolos estandarizados. A partir de los resultados, se desarrolló un protocolo de prevención basado en el paquete ABCDEF, adaptado al contexto local para optimizar las estrategias preventivas del SPCI y mejorar los resultados de los pacientes críticos.

Palabras clave: síndrome post cuidados intensivos, enfermería, prevención, cuidados intensivos, protocolo.

Abstract

Post-Intensive Care Syndrome (PICS) encompasses a series of physical, cognitive, and psychological impairments persisting after discharge from the Intensive Care Unit (ICU). Its prevention is fundamental to improving long-term outcomes for patients and their families. This research aimed to evaluate the roles and competencies of nursing professionals in preventing PICS in the ICU of the Bolivian-Japanese Gastroenterology Institute in Sucre, between May and July 2025. A descriptive-exploratory design with a mixed approach was employed. Quantitative data were collected using a structured questionnaire evaluating sociodemographic characteristics, knowledge, attitudes, and practices of 11 nurses. Procedural competencies were analysed using an observation guide, whilst qualitative data were obtained through semi-structured interviews with nurses and doctors to explore barriers and improvement proposals. Results showed that 72.7% of nurses had not received specific PICS training, although 63.6% demonstrated a high level of knowledge. Additionally, 81.8% exhibited positive attitudes towards prevention, and 72.7% achieved excellent procedural competencies. The interviews identified organisational barriers such as lack of resources and staff, suggesting continuous training and standardised protocols. Despite the demonstrated competencies, it is essential to implement an evidence-based protocol adapted to the local context to optimise PICS prevention. It is recommended to implement the protocol developed with doctors to address the identified barriers and optimise patient outcomes.

Keywords: post-intensive care syndrome, nursing, prevention, intensive care, protocol.

1. Introducción

1.1. Antecedentes

El síndrome post cuidados intensivos (SPCI) se caracteriza por un conjunto de secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que afectan a quienes han pasado por la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) tras su alta, impactando profundamente su calidad de vida y funcionalidad a largo plazo (Minguet et al., 2025). La literatura internacional y regional resalta el papel esencial de las enfermeras en este contexto, dado su contacto directo y constante con los pacientes críticos. Este rol las posiciona como agentes clave para implementar estrategias preventivas, como la movilización temprana, el manejo adecuado de la sedación y la promoción del sueño, además de identificar obstáculos organizativos y formativos que limitan estas prácticas.

En el Reino Unido, Lewis et al. (2017) realizaron una revisión sistemática que evaluó cómo las intervenciones educativas para pacientes de UTI y sus familias mejoran los resultados post-alta. A través de ensayos controlados aleatorizados, concluyeron que preparar a los pacientes para el egreso, mediante educación y nuevos roles de enfermería, reduce las secuelas del SPCI. Estos hallazgos subrayan la relevancia de empoderar a pacientes y familias, lo que respalda los objetivos de esta tesis de evaluar las prácticas educativas de enfermería y proponer estrategias de transición (Lewis et al., 2018).

En Colombia, Cataño Jaramillo y Oquendo Mejía (2021) exploraron, mediante una revisión documental en la Universidad de Antioquia, cómo el SPCI afecta la calidad de vida de los sobrevivientes de UTI. Su estudio destaca que las intervenciones multidisciplinarias, incluyendo el Proceso de Enfermería, son fundamentales para prevenir el SPCI y optimizar resultados a largo plazo. Identificaron la importancia de diagnosticar el SPCI de forma temprana y aplicar estrategias como la educación familiar y el manejo

del delirium, lo que refuerza los objetivos de esta investigación de analizar las prácticas de enfermería y proponer protocolos adaptados al contexto del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés (IGBJ). Sin embargo, la metodología de revisión documental limita su aplicabilidad directa al IGBJ, evidenciando la necesidad de estudios empíricos locales (Cataño Jaramillo & Oquendo Mejía, 2021)

Henao-Castaño et al. (2021), en una revisión de alcance en la Universidad Nacional de Colombia, clasificaron las secuelas del SPCI en físicas, cognitivas y psicoemocionales, utilizando la metodología del Joanna Briggs Institute. Su trabajo destaca el rol de las enfermeras en estrategias como la movilización temprana y planes de egreso estructurados, esenciales para reducir discapacidades. Esto apoya los objetivos de esta tesis de explorar las actitudes de las enfermeras y diseñar un protocolo integral (Henao Castaño et al., 2021).

En Ecuador, Velasco Villarreal (2024) llevó a cabo una revisión sistemática en UNIANDES, Tulcán, sobre los cuidados de enfermería en pacientes extubados en UTI. El estudio cualitativo enfatizó la importancia de monitorear parámetros fisiológicos, gestionar las vías aéreas y controlar el dolor y la ansiedad para prevenir complicaciones asociadas al SPCI. Sus hallazgos refuerzan la necesidad de protocolos basados en evidencia para estandarizar prácticas como el manejo de la sedación y el sueño (Velasco Villarreal, 2024).

También en Ecuador, Gaón Yandun (2023) evaluó, mediante un estudio cualitativo en UNIANDES, Tulcán, la calidad del cuidado de enfermería en UTI. Aunque las enfermeras mostraron competencias técnicas sólidas, se identificaron áreas de mejora en comunicación, empatía y coordinación interdisciplinaria. Estos resultados resaltan la importancia de un enfoque humanizado y colaborativo en la prevención del SPCI, alineándose con los objetivos de esta tesis de analizar actitudes observables y proponer un protocolo que fomente la interdisciplinariedad (Gaon Yandun, 2023).

Guamuse Pilatasig y Cambizaca Mora (2023), en una revisión sistemática en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, analizaron el cuidado humanizado en UTI usando la metodología PRISMA 2020. Concluyeron que combinar rigor científico con atención compasiva es clave para abordar las necesidades físicas, psicológicas y espirituales de los pacientes, mitigando secuelas psicológicas del SPCI. Esto respalda los objetivos de esta investigación de explorar actitudes y diseñar un protocolo que integre el cuidado humanizado (Guamuse Pilatasig & Cambizaca Mora, 2025).

En Argentina, Herrera y Vega Luna (2023), en una tesis de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, examinaron las intervenciones de enfermería para prevenir las secuelas físicas del SPCI en el Hospital El Carmen. Este estudio descriptivo, cuantitativo y transversal encontró que, aunque las enfermeras aplican estrategias como la movilización temprana, su efectividad se ve limitada por una formación insuficiente. Sus conclusiones refuerzan la necesidad de evaluar las competencias procedimentales y fortalecer la capacitación en esta tesis (Herrera & Vega Luna, 2023).

En Perú, Revatta Castillo (2017) caracterizó los eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería en una UTI de un hospital nacional. Este estudio retrospectivo y cuantitativo identificó infecciones asociadas a la atención sanitaria y errores de documentación como problemas frecuentes, subrayando la importancia de reflexionar sobre la calidad del cuidado. Esto apoya los objetivos de esta investigación de evaluar competencias y proponer mejoras en la prevención del SPCI (Revatta Castillo, 2021).

En Bolivia, Colque Condori (2022) investigó las competencias de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI de la Caja Bancaria Estatal de Salud, La Paz, mediante un estudio cuantitativo y transversal en la Universidad Mayor de San Andrés. Aunque las enfermeras demostraron habilidades en movilización temprana y manejo del dolor, la falta de formación específica limitó su impacto. Estos hallazgos refuerzan la relevancia de evaluar conocimientos y habilidades en esta tesis (Colque Condori, 2022).

La literatura revisada destaca el impacto del SPCI en la calidad de vida de pacientes y familias, enfatizando el rol crucial de las enfermeras en su prevención mediante estrategias como la movilización temprana, el manejo del delirium y la educación familiar (Cataño Jaramillo & Oquendo Mejía, 2021; Henao-Castaño et al., 2021; Lewis et al., 2018). Sin embargo, estudios regionales como los de Colque Condori (2022) y Herrera y Vega Luna (2023) señalan brechas formativas y organizacionales, especialmente en contextos con recursos limitados. La escasez de evidencia local y la falta de protocolos estandarizados justifican esta investigación, que busca evaluar las competencias de enfermería y proponer un protocolo adaptado al contexto del IGBJ.

1.2. Problema de investigación

El SPCI afecta a quienes han estado en la UTI, con secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que persisten tras el alta, representando un reto importante para la salud pública. Estudios internacionales estiman que hasta el 50% de los pacientes críticos lo desarrollan, lo que incrementa la morbilidad, los costos sanitarios y la necesidad de rehabilitación integral (Cataño Jaramillo & Oquendo Mejía, 2021). Factores como el ruido, la iluminación inadecuada, la inmovilidad prolongada y los trastornos del sueño en la UTI agravan estas alteraciones, afectando también a los familiares con estrés emocional, físico y económico.

Estrategias basadas en evidencia, como el paquete ABCDEF (evaluación del dolor, pruebas de despertar, elección de sedación, manejo del delirium, movilización temprana y participación familiar), son esenciales para mitigar el SPCI. Sin embargo, un estudio multicéntrico en España mostró que, aunque el 74.4% de las UTIs evalúa la sedación, solo el 36% usa protocolos específicos y el 37.2% realiza cribado diario de delirium (Colque Condori, 2022). Estas limitaciones reflejan una adherencia insuficiente a las mejores prácticas, justificando la necesidad de evaluar las competencias de enfermería y diseñar protocolos adaptados al contexto local.

La sobrecarga laboral, la escasez de personal y los recursos limitados en las UTIs dificultan intervenciones como la movilización temprana o la educación familiar, aumentando los riesgos de eventos adversos (Guamuse Pilatasig & Cambizaca Mora, 2025). En América Latina, la falta de estudios específicos sobre el SPCI desde la perspectiva de enfermería, como en Colombia, subraya la importancia de investigaciones locales (Cataño Jaramillo & Oquendo Mejía, 2021). Por ello, este estudio busca analizar las atribuciones de las enfermeras en el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés (IGBJ) para abordar estas brechas.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes, prácticas y competencias procedimentales de los profesionales de enfermería para prevenir el síndrome post

cuidados intensivos en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés de Sucre durante los meses de mayo a julio de 2025?

1.4. Justificación

Esta investigación enriquece el campo de la enfermería al explorar los conocimientos, actitudes, prácticas y competencias de los profesionales en la prevención del SPCI, un tema poco estudiado en Bolivia. El SPCI, que afecta al 50% de los sobrevivientes de la UTI con secuelas físicas, cognitivas y psicológicas, representa un desafío crucial para la salud pública (Cataño Jaramillo & Oquendo Mejía, 2021). La escasez de evidencia local sobre las competencias de enfermería en este ámbito subraya la necesidad de generar conocimiento contextualizado, fortaleciendo el marco teórico de la enfermería en cuidados críticos. Este estudio analizará las dimensiones cognitivas y actitudinales que influyen en el cuidado integral, aportando datos novedosos sobre las prácticas en el IGBJ de la ciudad de Sucre.

La evaluación de las competencias y prácticas actuales de las enfermeras en la UTI del IGBJ permitirá identificar brechas en la aplicación de estrategias basadas en evidencia, como el paquete ABCDEF (evaluación del dolor, pruebas de despertar, elección de sedación, manejo del delirium, movilización temprana y participación familiar). Estudios previos en Bolivia han señalado un cumplimiento limitado de competencias procedimentales (32%) y la falta de protocolos estandarizados en el 85% de los casos (Colque Condori, 2022). El protocolo propuesto en esta investigación ofrecerá una herramienta práctica para estandarizar intervenciones, mejorando la calidad del cuidado y reduciendo la incidencia del SPCI en un contexto de recursos limitados, donde la optimización es clave.

El SPCI no solo impacta a los pacientes, causando debilidad muscular, déficits cognitivos y trastornos como ansiedad o depresión, sino también a sus familias (SPCI-F), quienes enfrentan estrés emocional y económico (Herrera & Vega Luna, 2023; Colque Condori, 2022). En el IGBJ, que atiende entre 4 y 20 pacientes al mes, un protocolo preventivo basado en evidencia mejorará el pronóstico y la calidad de vida de pacientes y cuidadores, aliviando la carga sobre el sistema de salud local. Al fortalecer las

competencias de enfermería, este estudio promoverá un cuidado holístico, abordando las dimensiones físicas, psicológicas y sociales.

Esta investigación es relevante para comprender el rol de las enfermeras en la prevención del SPCI, abordar brechas en conocimientos y prácticas, y proponer soluciones adaptadas al IGBJ. Sus resultados sentarán las bases para futuras investigaciones nacionales, fomentando un cuidado centrado en el paciente y su familia.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería en la prevención del síndrome post cuidados intensivos en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés de Sucre durante los meses de mayo a julio de 2025.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar las variables sociodemográficas de los profesionales de enfermería de la UTI del IGB.
2. Evaluar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el SPCI y sus estrategias de prevención.
3. Explorar las actitudes de los profesionales de enfermería hacia la prevención del SPCI.
4. Evaluar las prácticas de los profesionales de enfermería en la implementación de estrategias preventivas del SPCI.
5. Desarrollar un protocolo basado en los resultados de la investigación para fortalecer las estrategias preventivas del SPCI por parte de los profesionales de enfermería.

1.6. Idea a defender

Este estudio, centrado en evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, plantea que:

- El personal de enfermería mostrará un perfil sociodemográfico diverso, con predominio de mujeres, edades entre 25 y 44 años, formación en licenciatura y escasa capacitación específica en SPCI (Colque Condori, 2022).
- Los conocimientos sobre el SPCI y sus estrategias preventivas serán moderados a altos, con un 50-70% de aciertos en una escala validada, reflejando una comprensión conceptual pero con brechas en aspectos específicos de prevención (Henaó Castaño et al., 2021).
- Las actitudes hacia la prevención del SPCI serán predominantemente positivas, con reconocimiento de su importancia clínica y disposición favorable para implementar estrategias preventivas, aunque con percepción de barreras organizacionales que limitan su aplicación.
- Las prácticas de enfermería en la prevención del SPCI, como la movilización temprana, manejo adecuado de la sedación y evaluación del delirium, alcanzarán un cumplimiento moderado (50-70%), con variabilidad según las competencias individuales y las condiciones laborales (Colque Condori, 2022).
- Los resultados permitirán desarrollar un protocolo basado en evidencia que promueva un cuidado integral, abordando las dimensiones física, cognitiva y psicológica del SPCI en el contexto específico del IGBJ.

1.7. Contribución al estado del conocimiento

Esta investigación aporta significativamente al campo de la enfermería en cuidados intensivos en Bolivia, donde los estudios sobre la prevención del SPCI son escasos. Sus contribuciones se organizan en tres ejes fundamentales:

- **Aporte teórico:** Al caracterizar sistemáticamente los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, este estudio generará evidencia local sobre un tema poco explorado en el país (Colque Condori, 2022). La investigación documentará brechas críticas, como la escasa capacitación específica en SPCI y la falta de protocolos estandarizados, enriqueciendo el marco teórico de la enfermería en cuidados críticos bolivianos y sentando bases para futuras investigaciones.

- **Aporte práctico:** El protocolo preventivo desarrollado, basado en los hallazgos cuantitativos del estudio y estrategias validadas como el paquete ABCDEF (evaluación del dolor, pruebas de despertar, elección de sedación, manejo del delirium, movilización temprana y participación familiar), ofrecerá una herramienta práctica adaptada al contexto del IGBJ (Henao-Castaño et al., 2021). Diseñado específicamente para entornos con recursos limitados, este protocolo será replicable en otras UTIs de Bolivia, promoviendo la estandarización de prácticas y la mejora continua de la calidad del cuidado de enfermería.
- **Aporte social:** Al fortalecer los conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería, el estudio fomentará un cuidado holístico que aborde las dimensiones física, cognitiva y psicológica del SPCI, así como su impacto en las familias (SPCI-F). Esto contribuirá a reducir la ansiedad, depresión y sobrecarga económica en pacientes y cuidadores (Herrera & Vega Luna, 2023). En Sucre, donde el IGBJ atiende entre 4 y 20 pacientes al mes en su UTI, esta investigación mejorará significativamente la calidad de vida de los sobrevivientes de cuidados intensivos y sus familias, aliviando la presión sobre el sistema de salud local. Los resultados proporcionarán evidencia empírica para políticas de formación continua y desarrollo de protocolos institucionales en el ámbito de los cuidados críticos.

1.8. Organización de la tesis

Esta tesis se organiza en seis capítulos, además de anexos, para evaluar los roles y competencias de las enfermeras en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ en Sucre.

El Capítulo 1: Presenta el SPCI como un problema de salud pública, destacando su impacto en pacientes y familias, y el rol clave de la enfermería. Incluye antecedentes, problema, justificación, pregunta de investigación, objetivos, idea a defender y contribución al conocimiento.

El Capítulo 2: Expone los fundamentos teóricos del SPCI, abarcando sus dimensiones física, cognitiva, psicológica y familiar (SPCI-F), el paquete ABCDEF (evaluación del dolor, pruebas de despertar, elección de sedación, manejo del delirium,

movilización temprana, participación familiar) y el rol de enfermería en cuidados intensivos.

El Capítulo 3: Describe el diseño mixto descriptivo-exploratorio, la población (enfermeras del IGBJ), los instrumentos (encuestas validadas, entrevistas semiestructuradas, guías de observación) y la operacionalización de variables (conocimientos, actitudes, prácticas, barreras). Detalla los procedimientos de recolección y análisis, incluyendo análisis estadístico y temático.

El Capítulo 4: Presenta los resultados organizados por objetivos: características sociodemográficas, conocimientos, actitudes, prácticas y barreras organizacionales/formativas. Compara los hallazgos con la literatura, resaltando su relevancia para el IGBJ.

En el Capítulo 5: Propone un protocolo preventivo para el SPCI basado en los resultados, integrando estrategias basadas en evidencia y un enfoque holístico, adaptable a UTIs con recursos limitados.

El Capítulo 6: Resume las conclusiones, evalúa el cumplimiento de los objetivos y presenta el protocolo. Ofrece recomendaciones para la práctica, la formación y futuras investigaciones.

Los anexos incluyen instrumentos de recolección (encuesta, guías de entrevistas y observación), consentimiento informado y otros documentos relevantes.

2. Marco teórico

2.1. Síndrome Post-Cuidados Intensivos

El Síndrome Post-Cuidados Intensivos (SPCI) se define como un conjunto de alteraciones físicas, cognitivas y psicológicas, nuevas o agravadas, que surgen tras una enfermedad crítica y persisten después de la estancia en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) (Needham et al., 2012). Este síndrome abarca tres dimensiones principales:

- **Deterioros físicos:** Incluye complicaciones como ventilación mecánica prolongada (más de 7 días), sepsis, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, disfunción multiorgánica y reposo prolongado, que provocan debilidad muscular adquirida en la UTI (ICUAW), afectando al 40% de los pacientes y comprometiendo músculos respiratorios y de extremidades. (Needham et al., 2012).
- **Deterioros cognitivos:** Se manifiesta en déficits de memoria, atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento mental. Estos problemas pueden persistir durante meses o incluso años tras el alta, afectando al 25% al 74% de los sobrevivientes según el tiempo de seguimiento y los criterios diagnósticos. Los déficits cognitivos dificultan la reintegración social y laboral, contribuyendo a una menor calidad de vida (Pandharipande et al., 2006).
- **Deterioros psicológicos:** Engloba trastornos como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), con prevalencias que varían entre el 10% y el 60% dependiendo de la población estudiada. Estos problemas psicológicos no solo afectan a los pacientes, sino que también generan un impacto significativo en sus familias, conocido como SPCI-Familia (SPCI-F), que incluye ansiedad, depresión y cargas emocionales en los cuidadores (Davydow et al., 2010).

El reconocimiento del SPCI como una entidad clínica es esencial para desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas centradas en mejorar los resultados a largo plazo de los sobrevivientes de la UTI.

2.2. Epidemiología e Impacto del SPCI

El SPCI afecta a un 30-50% de los sobrevivientes de UTI, con variaciones según los criterios diagnósticos y la población estudiada (Rawal et al., 2017). Por ejemplo, un 74% presenta deterioro cognitivo a los tres meses post-UTI, y un 34% muestra síntomas de TEPT (Pandharipande et al., 2006).

Este síndrome impacta la calidad de vida al reducir la funcionalidad física, generar dificultades cognitivas y causar angustia psicológica, lo que lleva a menor independencia y aislamiento social. Además, incrementa los reingresos hospitalarios, prolonga las estancias y eleva los costos sanitarios. Aunque no es directamente letal, sus complicaciones contribuyen a una mayor mortalidad a largo plazo. El SPCI-Familia (SPCI-F) afecta a los cuidadores con ansiedad, depresión, TEPT y cargas económicas, intensificando el impacto social (Davidson et al., 2012).

2.3. Factores de riesgo del SPCI

Los factores de riesgo del SPCI se dividen en físicos, psicológicos y cognitivos, interactuando entre sí para agravar las secuelas:

Factores físicos:

- Ventilación mecánica prolongada (>7 días): Incrementa el riesgo de ICUAW debido a la inmovilidad y la dependencia de soporte ventilatorio.
- Sepsis y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)**: Provocan inflamación sistémica que contribuye al daño muscular y orgánico.
- Disfunción multiorgánica: Aumenta la severidad de las complicaciones físicas y cognitivas.
- Reposo prolongado en cama: Favorece la atrofia muscular y la debilidad funcional, afectando hasta al 40% de los pacientes (Needham et al., 2012).

Factores psicológicos:

- Edad menor a 50 años: Los pacientes más jóvenes presentan mayor riesgo de desarrollar TEPT debido a una mayor percepción de amenaza durante la estancia en la UTI.
- Bajo nivel educativo, discapacidad o desempleo: Estos factores incrementan la vulnerabilidad a trastornos psicológicos.
- Consumo excesivo de alcohol o sedantes: Aumenta la incidencia de ansiedad, depresión y TEPT, que pueden ser hasta seis veces más frecuentes en sobrevivientes de UTI (Davydow et al., 2010).

Factores cognitivos:

- Delirium: Es un predictor significativo de deterioro cognitivo a largo plazo, afectando al 25% de los pacientes.
- Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA): Está asociado con déficits cognitivos persistentes debido al daño hipóxico cerebral.
- Sedación prolongada y desregulación glucémica: Contribuyen a alteraciones en memoria, atención y funciones ejecutivas.
- Menor reserva cognitiva: Los pacientes con menor capacidad cognitiva previa son más propensos a déficits severos tras una enfermedad crítica (Pandharipande et al., 2006).

La interacción de estos factores destaca la necesidad de intervenciones integrales desde las primeras etapas de la atención en la UTI.

2.4. Fisiopatología del SPCI

La fisiopatología del SPCI se basa en procesos inflamatorios y disfunciones orgánicas persistentes:

Inflamación sistémica: La liberación de citoquinas proinflamatorias durante la enfermedad crítica persiste tras el alta, contribuyendo a la debilidad muscular, fatiga y trastornos psicológicos (Needham et al., 2012).

Disfunción orgánica (Pandharipande et al., 2006):

- Sistema respiratorio: Los sobrevivientes de UTI presentan dificultades respiratorias persistentes, como disnea y reducción de la capacidad pulmonar, debido a fibrosis pulmonar o debilidad de los músculos respiratorios.
- Sistema cardiovascular: Hipotensión, arritmias y disfunción cardiovascular son comunes y afectan la capacidad funcional.
- Sistema nervioso: La encefalopatía post-UTI, secundaria a hipoxia, inflamación o delirium, genera déficits cognitivos a largo plazo.
- Sistema musculoesquelético: La atrofia muscular, inducida por la inmovilidad y el catabolismo proteico, limita la movilidad y prolonga la recuperación.

Estos procesos interconectados requieren un enfoque multidisciplinario para mitigar sus efectos a largo plazo.

2.5. Evaluación y diagnóstico del SPCI

El diagnóstico del SPCI requiere un enfoque integral con herramientas específicas:

- **Historia clínica detallada:** Identifica síntomas post-UTI y su impacto en la calidad de vida, incluyendo antecedentes de delirium, ventilación mecánica y sedación (Needham et al., 2012).
- **Evaluaciones físicas:** Pruebas de fuerza muscular (Escala de Debilidad Muscular de la UTI) y espirometría detectan debilidad muscular y disfunción respiratoria (Needham et al., 2012).
- **Evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas:** Escalas como la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y pruebas cognitivas identifican ansiedad, depresión y déficits cognitivos (Davydow et al., 2010).

El uso de escalas de evaluación específicas son cruciales en el diagnóstico y seguimiento del SPCI:

- Escala de evaluación de la disfunción cognitiva en la UTI (CAM-ICU): Evalúa la presencia de delirium en la UTI, un predictor clave de deterioro cognitivo (Ely et al., 2001).

-
- Herramienta de observación del dolor en cuidados críticos (CPOT): Mide el dolor en pacientes no comunicativos (Barr et al., 2013).
 - Escala de sedación y agitación de richmond (RASS): Monitorea el nivel de sedación para evitar la sobredación (Barr et al., 2013).
 - Pruebas funcionales: La prueba de la caminata de seis minutos evalúa la capacidad funcional, mientras que estudios de imagen complementan el diagnóstico de complicaciones orgánicas (Needham et al., 2012).

2.6. Tratamiento y manejo del SPCI

El manejo del SPCI busca mejorar la calidad de vida mediante intervenciones integrales:

- Fisioterapia y terapia ocupacional: La movilización temprana y los ejercicios de fortalecimiento son fundamentales para recuperar la funcionalidad física, reduciendo la debilidad muscular en un 20 al 30% (Schweickert et al., 2009).
- Terapia respiratoria: Aborda complicaciones pulmonares como disnea y fibrosis, mejorando la capacidad respiratoria (Barr et al., 2013).
- Apoyo psicológico: La terapia cognitivo-conductual, los grupos de apoyo y la terapia de conversación mitigan ansiedad, depresión y TEPT (Davydow et al., 2010).
- Manejo farmacológico: Analgésicos para el dolor, ansiolíticos para la ansiedad y, en casos específicos, hipnóticos para trastornos del sueño, siempre bajo supervisión médica para evitar dependencia (Barr et al., 2013).
- Rehabilitación personalizada: Programas individualizados de rehabilitación física y cognitiva son esenciales para restaurar la autonomía (Raurell-Torredà et al., 2019).

2.7. Estrategias de prevención y manejo del SCPI

La prevención del SPCI requiere un enfoque multifacético:

- Movilización temprana: Iniciar la actividad física lo antes posible reduce la debilidad muscular y mejora los resultados funcionales (Schweickert et al., 2009).
- Prevención del delirio: Intervenciones no farmacológicas, como la reorientación, la reducción de ruido y la promoción del sueño, junto con la minimización del uso de sedantes, pueden disminuir la incidencia de delirio (Barr et al., 2013).
- Manejo de la sedación: Utilizar niveles de sedación más ligeros y realizar interrupciones diarias de sedación ayuda a reducir la duración de la ventilación mecánica y el delirio (Davydow et al., 2010).
- Participación familiar: Involucrar a las familias en el cuidado y proporcionarles educación y apoyo puede mitigar el SPCI-F (Davidson et al., 2012).
- Soporte nutricional: Una nutrición adecuada, particularmente la ingesta de proteínas, apoya la preservación y recuperación muscular (Rawal et al., 2017).

La prevención del SPCI se basa en estrategias basadas en evidencia, destacando el paquete ABCDEF (Barr et al., 2013):

- A (Assessment of pain): Evaluación sistemática del dolor con escalas como CPOT.
- B (Breathing trials): Pruebas de respiración espontánea para reducir el tiempo de ventilación mecánica.
- C (Choice of sedation): Uso de sedación ligera y mínima para evitar complicaciones cognitivas.
- D (Delirium management): Monitoreo y manejo del delirium con CAM-ICU y medidas no farmacológicas.
- E (Early mobility): Movilización temprana para prevenir la debilidad muscular, con reducciones significativas en la ICUAW.
- F (Family engagement): Involucramiento de la familia para mitigar el SPCI-F, reduciendo el impacto psicológico.

2.8. Papel del equipo de salud en el manejo del SPCI

La colaboración entre profesionales de la salud es esencial para optimizar la atención al paciente con SPCI. Dado que esta condición involucra una variedad de aspectos físicos, psicológicos y funcionales, un enfoque multidisciplinario garantiza una atención completa y efectiva:

- **Médicos intensivistas:** Tienen un rol central en el diagnóstico y el manejo inicial del SPCI. Su experiencia en el cuidado crítico es fundamental para identificar y tratar las complicaciones médicas agudas que pueden surgir durante la estancia en la UTI (Barr et al., 2013).
- **Fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales:** Son esenciales en la rehabilitación física de los pacientes post-UTI. Trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para mejorar la fuerza muscular, la movilidad y la capacidad funcional. Además, ayudan a prevenir la debilidad muscular y a promover una recuperación más rápida (Schweickert et al., 2009).
- **Psicólogos y psiquiatras:** Desempeñan un papel crucial en el manejo del aspecto psicológico del SPCI. Proporcionan apoyo emocional, terapia y tratamiento para trastornos como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático que a menudo afectan a los pacientes (Davydow et al., 2010).
- **Enfermeras especializadas:** Tienen experiencia en cuidados intensivos, son fundamentales en el seguimiento y la atención continua de los pacientes post-UTI. Desempeñan un papel activo en la administración de medicamentos, la monitorización de la función vital y la implementación de intervenciones de cuidados específicas (Ely et al., 2001).
- **Nutricionistas:** Asimismo, los nutricionistas evalúan y optimizan la nutrición de los pacientes, lo que es esencial para apoyar la recuperación y prevenir la pérdida de masa muscular. También trabajan en la gestión de las necesidades nutricionales específicas de los pacientes (Raurell-Torredà et al., 2019).
- **Trabajadores Sociales:** Colaboran a los pacientes y sus familias a enfrentar los desafíos sociales y emocionales que pueden surgir durante el proceso de recuperación. Pueden ofrecer apoyo en la planificación del alta, la búsqueda de

recursos y la adaptación a los cambios en la vida del paciente (Davidson et al., 2012).

La coordinación y la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo de salud son esenciales. Esto implica compartir información relevante sobre el paciente, establecer metas de tratamiento claras y asegurarse de que todas las intervenciones estén alineadas y coordinadas.

2.9. Roles de enfermería en la prevención del SPCI

Las enfermeras son fundamentales en la implementación de estrategias de prevención del SPCI debido a su presencia constante junto al paciente y su rol en el cuidado directo. Las responsabilidades específicas incluyen:

- **Evaluación y manejo del dolor:** Utilizan escalas validadas (CPOT) y administrar analgésicos según sea necesario (Barr et al., 2013).
- **Monitoreo de la sedación:** Utilizan escalas de sedación (RASS) para evitar la sobredosificación, reduciendo el riesgo de delirium y deterioro cognitivo (Barr et al., 2013).
- **Detección del delirio:** Usan CAM-ICU para identificar delirium y aplicar medidas no farmacológicas, como reorientación y promoción del sueño (Ely et al., 2001).
- **Movilización temprana:** Coordinan con fisioterapeutas para implementar ejercicios que reduzcan la debilidad muscular (Schweickert et al., 2009).
- **Educación familiar:** Informan a las familias sobre el SPCI y su prevención, mitigando el impacto del SPCI-F (Davidson et al., 2012).
- **Documentación y coordinación:** Aseguran una documentación precisa de las evaluaciones e intervenciones, y coordinar con los miembros del equipo interdisciplinario (Needham et al., 2012).

Sin embargo, las enfermeras enfrentan desafíos como altas cargas laborales y falta de capacitación específica, lo que destaca la necesidad de formación continua (Colque Condori, 2022).

2.10. Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés

El Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés (IGBJ) de la ciudad de Sucre, fue creado el 22 de marzo de 1980, gracias a la cooperación de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), como parte de un proyecto de reciprocidad entre Japón y Bolivia. Este proyecto incluyó la donación de equipos médicos, la capacitación de médicos bolivianos en Japón, el envío de expertos japoneses a Bolivia y la construcción de institutos en ciudades con facultades de medicina, como Sucre, La Paz y Cochabamba. Es uno de los hospitales más prestigiosos del sur de Bolivia, con 250 trabajadores, incluyendo especialistas en gastroenterología, cirujanos, intensivistas, enfermeras y personal de apoyo (IGBJ, s. f.).

El IGBJ es un instituto público que ofrece servicios como endoscopia, radiología, tomografía, estudios funcionales (pH-metría esofágica y manometría ano-rectal) y otros métodos complementarios de diagnóstico y tratamiento por imágenes de patología abdominal de alta complejidad. Su misión es brindar atención médica especializada las 24 horas, con un enfoque en calidad técnica, científica y humana, mientras su visión es liderar como una unidad multidisciplinaria con personal altamente capacitado y tecnología avanzada (Campos Lopez, 2023).

2.11. UTI en el Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del IGBJ fue creada como parte de un proceso de modernización institucional entre 1997 y 2004, que incluyó un incremento del 55% en la capacidad del área de internación, la renovación de equipos médicos y la incorporación de nueva tecnología para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades digestivas. Actualmente, la UTI cuenta con 7 camas, equipadas con monitores, bombas de infusión y 5 ventiladores mecánicos, lo que la posiciona como una unidad crítica para la atención de pacientes con condiciones graves.

El personal de la UTI incluye 5 médicos intensivistas, 6 licenciadas en enfermería y 6 auxiliares de enfermería, con una carga laboral de 120 horas mensuales para las

enfermeras (turnos rotativos de 12 horas) y turnos de 24 horas para los médicos. La unidad atiende a pacientes con enfermedades respiratorias, cardíacas, renales (sin requerimiento de hemodiálisis urgente), accidentes cerebrovasculares hemorrágicos, postoperatorios abdominales (como colecistectomías, apendicitis y vólvulos) y otras condiciones críticas. Según datos de 2023 y 2024, la UTI ha atendido entre 4 y 20 pacientes mensuales, con un aumento notable en 2025, proyectándose entre 14 y 20 pacientes para mayo a julio de 2025.

Sin embargo, se ha señalado la necesidad de completar el equipamiento de la UTI para convertirla en una terapia intensiva polivalente, capaz de resolver todas las necesidades de las patologías actuales, como se mencionó en un informe de marzo de 2023. Esto incluye la posibilidad de atender casos más complejos, como poli-traumas o pacientes neurológicos, aunque actualmente no se reportan pacientes con estas condiciones en la UTI.

Durante la pandemia de COVID-19, a mediados de 2020, el IGBJ fue nominado como hospital COVID-19 para paliar la falta de camas de terapia intensiva en otros centros de salud de Sucre. Esto implicó adaptar la UTI para pacientes con COVID-19, pero en febrero de 2022, el instituto retomó sus funciones regulares, enfocándose en patologías digestivas y otras condiciones críticas, con la UTI ya no reservada exclusivamente para pacientes COVID. Las patologías más frecuentes incluyen problemas de vesícula biliar, resueltos clínicamente, endoscópicamente o quirúrgicamente.

A pesar de sus avances, la UTI del IGBJ no cuenta con capacitaciones ni protocolos específicos para el SPCI, lo que representa una oportunidad para mejorar las prácticas de enfermería y la atención post-UTI. La falta de detalles específicos en fuentes públicas sobre la UTI, como estadísticas detalladas de resultados o capacitaciones recientes, sugiere que podría haber áreas para fortalecer, especialmente en términos de equipamiento y formación continua.

3. Marco metodológico

3.1. Diseño metodológico

Esta investigación empleó un diseño cuantitativo, descriptivo-exploratorio, para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ en Sucre. Este enfoque permitió caracterizar las variables sociodemográficas, medir el nivel de conocimientos, identificar las actitudes hacia la prevención del SPCI y evaluar las prácticas implementadas en el cuidado de los pacientes críticos (Hernández Sampieri & Fernandez-Collado, 2014).

El estudio, de corte transversal, recolectó datos entre mayo y julio de 2025, ofreciendo una visión actual de las competencias del personal de enfermería en la prevención del SPCI. Este diseño es pertinente ante la escasez de estudios locales sobre el tema en Bolivia y permitió generar evidencia empírica para el desarrollo de un protocolo basado en los hallazgos obtenidos (Hernández Sampieri & Fernandez-Collado, 2014).

3.2. Métodos de investigación

Este estudio combinó métodos teóricos y empíricos para abordar el SPCI (Hernández Sampieri & Fernandez-Collado, 2014).

Métodos teóricos:

- **Análisis y síntesis:** Se revisó la literatura científica sobre el SPCI, sus dimensiones (física, cognitiva, mental, familiar) y el rol de enfermería, sintetizando conceptos clave para fundamentar el marco teórico y los objetivos del estudio.

- **Inducción y deducción:** Mediante la inducción, se identifican patrones en estudios previos sobre barreras en la prevención del SPCI. La deducción permite formular hipótesis descriptivas basadas en estas evidencias, como la predicción de conocimientos moderados.
- **Modelización:** Integra los resultados cuantitativos (niveles de conocimiento y prácticas) con los cualitativos (barreras organizacionales) para diseñar un protocolo preventivo basado en el paquete ABCDEF, adaptado al contexto del IGBJ.

Métodos empíricos:

- **Observación estructurada:** A través de una guía de observación, se evalúan las competencias procedimentales de las enfermeras en la UTI, registrando frecuencias y calidad de las intervenciones en una escala ordinal.

Estos métodos garantizan una aproximación integral, combinando fundamentación teórica con recolección de datos empíricos para responder a la pregunta de investigación y cumplir los objetivos del estudio.

3.3. Técnicas e instrumentos de investigación

El estudio utilizó dos técnicas de recolección de datos cuantitativos, diseñadas para garantizar validez y fiabilidad:

- **Encuesta estructurada:** Un cuestionario validado para recolectar datos sobre las características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería en la prevención del SPCI.
- **Observación estructurada:** Una guía de observación estandarizada para evaluar las prácticas y competencias procedimentales del personal de enfermería en la implementación de estrategias preventivas del SPCI.

Los instrumentos de investigación empleados fueron:

- **Cuestionario:** Contiene 19 preguntas organizadas en cuatro secciones (Anexo B).
 - Características sociodemográficas: Edad, sexo, nivel de formación, experiencia general y específica en UTI, y capacitación recibida sobre SPCI.
 - Conocimientos sobre el SPCI: Evalúa aspectos específicos como:

-
- Definición correcta del SPCI como un conjunto de secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que persisten después del alta de la UTI
 - Identificación de síntomas comunes (debilidad muscular, dificultad para concentrarse, ansiedad o depresión)
 - Reconocimiento de estrategias preventivas efectivas (movilización temprana, intervenciones para mejorar el sueño, apoyo psicológico)
 - Actitudes hacia la prevención del SPCI: Evalúa mediante escala Likert:
 - Percepción de importancia de la prevención del SPCI
 - Nivel de confianza en las capacidades para implementar estrategias preventivas
 - Percepción de responsabilidad compartida en la prevención
 - Consideración de la prevención como prioridad en la UTI
 - Creencia en el impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes
 - Identificación de barreras laborales percibidas
 - Prácticas en la prevención del SPCI: Mide:
 - Frecuencia de implementación de intervenciones preventivas
 - Nivel de confianza en la detección de delirium
 - Participación en protocolos de movilización temprana
 - Tipos específicos de intervenciones realizadas (movilización temprana, educación al paciente y familia, intervenciones para mejorar el sueño, apoyo emocional)
 - **Guía de observación:** Contiene 20 ítems divididos en dos secciones (Anexo C):
 - Actitudes observables (8 ítems): Evalúa comportamientos concretos como:
 - Realización de valoración integral del paciente
 - Valoración del dolor con indicadores fisiológicos y escalas validadas
 - Aplicación de movilización para prevenir debilidad muscular
 - Corrección de hiperglucemia según parámetros establecidos
 - Aplicación de medidas no farmacológicas para el delirium
 - Comunicación efectiva con pacientes sedados
 - Aplicación del protocolo de atención en UTI

- Competencias procedimentales (12 ítems): Evalúa tres intervenciones clave:
 - Movilización temprana: Evaluación de seguridad, técnicas de movilización, monitoreo de signos vitales y documentación
 - Manejo de sedación: Ajuste según protocolo, uso de escalas de sedación (RASS), comunicación con equipo médico y registro de intervenciones
 - Intervenciones para mejorar el sueño: Ajuste del ambiente, administración de medicamentos según prescripción, educación al paciente/familia y documentación

El cuestionario fue validado por tres expertos en enfermería de cuidados intensivos, quienes revisaron la claridad, relevancia y coherencia de los ítems. La guía de observación fue validada por dos expertos en cuidados críticos. Ambos instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto con dos profesionales de enfermería para verificar comprensión y aplicabilidad.

3.4. Población

La población estuvo conformada por 11 profesionales de enfermería de la UTI del IGBJ, durante el período de recolección de datos (mayo a julio de 2025): 6 licenciadas/os en enfermería y 5 auxiliares en enfermería. Estos profesionales constituyen la totalidad del personal de enfermería asignado a la UTI del IGBJ, incluyendo turnos diurnos y nocturnos. Dado el tamaño reducido de esta población, se trabajó con la totalidad de los profesionales disponibles, lo que maximiza la representatividad de las prácticas y conocimientos en la prevención del SPCI en el contexto institucional (Hernández Sampieri & Fernandez-Collado, 2014).

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería (licenciados/as o auxiliares) con trabajo activo en la UTI del IGBJ durante mayo a julio de 2025, con funciones de cuidado directo al paciente.
- Disponibilidad y disposición para completar el cuestionario y participar en la observación estructurada.
- Participación voluntaria con firma del consentimiento informado, garantizando la comprensión del propósito del estudio y el manejo confidencial de los datos.

Criterios de exclusión:

- Profesionales no asignados regularmente a la UTI del IGBJ durante el período de estudio.
- Profesionales en licencia (médica, vacacional u otra) o no disponibles durante mayo a julio de 2025.
- Profesionales que no firmaron el consentimiento informado o que declinen participar.
- Personal de otras áreas del IGBJ sin labores directas en la UTI.

3.5. Variables

Las variables que se consideraron en este estudio son:

- **Características sociodemográficas:** Incluye edad, sexo, nivel de formación, experiencia general y en UTI.
- **Conocimiento sobre SPCI:** Mide la definición, síntomas y estrategias de prevención.
- **Actitudes hacia la prevención del SPCI:** Evalúa la percepción de importancia, confianza, responsabilidad, prioridad, impacto y barreras, y actitudes observables.
- **Prácticas y competencias procedimentales:** Mide la frecuencia de intervenciones, confianza en detección de delirium y participación en movilización, y competencias en movilización temprana, manejo de sedación y sueño.

3.6. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Objetivos	Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento	Pregunta/Ítem	Escala de medición
Objetivo 1	Características sociodemográficas	Edad	Edad en años	Cuestionario	Pregunta 1	Intervalo: - Menor a 24 años - 25 a 34 años - 35 a 44 años - Mayor a 45 años
		Género	Género del participante	Cuestionario	Pregunta 2	Nominal: - Femenino - Masculino
		Nivel de formación	Grado académico alcanzado	Cuestionario	Pregunta 3	Nominal: - Licenciatura en enfermería - Auxiliar en enfermería
		Experiencia general	Años de experiencia profesional	Cuestionario	Pregunta 4	Ordinal: - Menos de 1 año - 2 a 5 años - 6 a 10 años - Mayor a 10 años
		Experiencia en UTI	Años de experiencia en UTI	Cuestionario	Pregunta 5	Ordinal: - Menos de 1 año - 2 a 5 años - 6 a 10 años - Mayor a 10 años
		Capacitación en SPCI	Participación en formación específica	Cuestionario	Pregunta 6	Nominal: - Si - No

Objetivos	Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento	Pregunta/Ítem	Escala de medición
Objetivo 2	Conocimiento sobre SPCI	Definición del SPCI	Conocimiento de la definición correcta	Cuestionario	Pregunta 7	Nominal: - Correcta - Incorrecta
		Síntomas del SPCI	Identificación de síntomas	Cuestionario	Pregunta 8	Nominal: - Seleccionado - No seleccionado
		Estrategias de prevención	Reconocimiento de estrategias efectivas	Cuestionario	Pregunta 9	Nominal: - Seleccionado - No seleccionado
		Nivel de conocimiento	Puntaje total de conocimiento	Cuestionario	Pregunta 7 a 9 (puntaje calculado)	Intervalo (0-7 puntos): - Bajo: 0 a 2.5 puntos - Moderado: 2.6 a 4.5 puntos - Alto: 4.6 a 7 puntos
Objetivo 3	Actitudes hacia la prevención	Importancia del SPCI	Percepción de relevancia	Cuestionario	Pregunta 10	Ordinal: - Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Neutral - En desacuerdo - Totalmente en desacuerdo
		Confianza en capacitación	Autopercepción de preparación	Cuestionario	Pregunta 11	Ordinal: - Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Neutral - En desacuerdo - Totalmente en desacuerdo
		Responsabilidad compartida	Percepción de colaboración interdisciplinaria	Cuestionario	Pregunta 12	Ordinal: - Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Neutral - En desacuerdo - Totalmente en desacuerdo

Objetivos Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento	Pregunta/Ítem	Escala de medición
	Prioridad del SPCI	Percepción de prioridad en UTI	Cuestionario	Pregunta 13	Ordinal: - Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Neutral - En desacuerdo - Totalmente en desacuerdo
	Impacto en calidad de vida	Creencia en beneficios para el paciente	Cuestionario	Pregunta 14	Ordinal: - Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Neutral - En desacuerdo - Totalmente en desacuerdo
	Barreras laborales	Percepción de obstáculos	Cuestionario	Pregunta 15	Ordinal: - Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Neutral - En desacuerdo - Totalmente en desacuerdo
	Nivel de actitud	Puntaje total de actitudes	Cuestionario	Pregunta 10 a 15 (puntaje calculado)	Intervalo (6-30 puntos): - Negativa: 6 a 14 puntos - Neutra: 15 a 22 puntos - Positiva: 23 a 30 puntos
	Actitudes observables	Valoración integral del paciente	Guía de observación	Ítem 1	Ordinal: - Nunca - Rara vez - A veces - A menudo - Siempre

Objetivos Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento	Pregunta/Ítem	Escala de medición
		Valoración del dolor (fisiológico)	Guía de observación	Ítem 2	Ordinal: - Nunca - Rara vez - A veces - A menudo - Siempre
		Uso de escalas de dolor	Guía de observación	Ítem 3	Ordinal: - Nunca - Rara vez - A veces - A menudo - Siempre
		Movilización del paciente	Guía de observación	Ítem 4	Ordinal: - Nunca - Rara vez - A veces - A menudo - Siempre
		Corrección de hiperglucemia	Guía de observación	Ítem 5	Ordinal: - Nunca - Rara vez - A veces - A menudo - Siempre
		Medidas no farmacológicas para delirium	Guía de observación	Ítem 6	Ordinal: - Nunca - Rara vez - A veces - A menudo - Siempre

Objetivos Variable		Dimensión	Indicador	Instrumento	Pregunta/Ítem	Escala de medición
			Comunicación con paciente sedado	Guía de observación	Ítem 7	Ordinal: - Nunca - Rara vez - A veces - A menudo - Siempre
			Aplicación de protocolo UTI	Guía de observación	Ítem 8	Ordinal: - Nunca - Rara vez - A veces - A menudo - Siempre
		Nivel de actitudes observables	Puntaje total de actitudes observables	Guía de observación	Ítems 1-8 (puntaje calculado)	Intervalo (8-40 puntos): - Bajo: 8 a 18 puntos - Moderado: 19 a 29 puntos - Alto: 30 a 40 puntos
Objetivo 4	Prácticas en prevención	Frecuencia de intervenciones	Frecuencia de aplicación de estrategias	Cuestionario	Pregunta 16	Ordinal: - Nunca - Rara vez - A veces - A menudo - Siempre
		Confianza en detección de delirium	Autopercepción de habilidad	Cuestionario	Pregunta 17	Ordinal: - Muy baja - Baja - Moderada - Alta - Muy alta

Objetivos Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento	Pregunta/Ítem	Escala de medición
Competencias procedimentales	Participación en movilización	Experiencia con protocolos de movilización	Cuestionario	Pregunta 18	Ordinal: - Regularmente - Ocasionalmente - Familiarizada - No familiarizada
	Tipos de intervenciones	Intervenciones realizadas	Cuestionario	Pregunta 19	Nominal: - Seleccionado - No seleccionado
	Nivel de prácticas	Puntaje total de prácticas	Cuestionario	Pregunta 16 a 19 (puntaje calculado)	Intervalo (0-16 puntos): - Bajo: 0 a 5 puntos - Moderado: 6 a 10 puntos - Alto: 11 a 16 puntos
	Movilización temprana	Evaluación de seguridad	Guía de observación	Intervención 1	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
		Técnicas de movilización	Guía de observación	Intervención 1	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
		Monitoreo de signos vitales	Guía de observación	Intervención 1	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
		Documentación de movilización	Guía de observación	Intervención 1	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente

Objetivos Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento	Pregunta/Ítem	Escala de medición
	Manejo de sedación	Ajuste de sedación	Guía de observación	Intervención 2	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
		Uso de escalas de sedación	Guía de observación	Intervención 2	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
		Comunicación con equipo médico	Guía de observación	Intervención 2	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
		Registro de sedación	Guía de observación	Intervención 2	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
	Intervenciones para el sueño	Ajuste del ambiente	Guía de observación	Intervención 3	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
		Administración de medicamentos	Guía de observación	Intervención 3	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente

Objetivos Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento	Pregunta/Ítem	Escala de medición
		Educación al paciente/familia	Guía de observación	Intervención 3	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
		Documentación del sueño	Guía de observación	Intervención 3	Ordinal: - Deficiente - Aceptable - Buena - Excelente
	Nivel de competencias	Puntaje total de competencias	Guía de observación	Intervención 1 a 3 (puntaje calculado)	Intervalo (12-48 puntos): - Deficiente: 12 a 20 puntos - Aceptable: 21 a 32 puntos - Bueno: 33 a 40 puntos - Excelente: 41 a 48 puntos

Fuente: Elaboración propia.

4. Análisis y discusión de resultados

4.1. Resultados

Objetivo 1: Caracterización de las variables sociodemográficas de los profesionales de enfermería de la UTI del IGBJ.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los profesionales de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	
Edad (años)	Menor a 24 años	1	9,1%	
	Promedio = 34,1 años	25 a 34 años	5	45,5%
	Desviación estándar = 7,6 años	35 a 44 años	4	36,4%
	Mínimo = 20 años	Mayor a 45 años	1	9,1%
	Máximo = 50 años			
Sexo	Femenino	8	72,7%	
	Masculino	3	27,3%	
Nivel de formación académica	Licenciatura en enfermería	6	54,5%	
	Auxiliar en enfermería	5	45,5%	
Años de experiencia laboral en enfermería	Menos de 1 año	0	0%	
	2 a 5 años	1	9,1%	
	6 a 10 años	4	36,4%	
	Mayor a 10 años	6	54,5%	
Años de experiencia laboral en UTI	Menos de 1 año	2	18,2%	
	2 a 5 años	1	9,1%	
	6 a 10 años	4	36,4%	
	Mayor a 10 años	4	36,4%	
Recibió capacitación sobre el SPCI	Si	3	27,3%	
	No	8	72,7%	

Nota: Elaboración propia.

Interpretación: Los resultados muestran que la población estudiada está compuesta por 11 profesionales de enfermería (6 licenciados/as y 5 auxiliares) de la UTI del IGBJ. La edad promedio es de 34,1 años (DE = 7,6), con un rango de 20 a 50 años, predominando el grupo de 25 a 34 años (45,5%) y 35 a 44 años (36,4%). El 72,7% son mujeres, reflejando la composición típica del personal de enfermería. En cuanto al nivel de formación, existe un equilibrio entre licenciados/as (54,5%) y auxiliares (45,5%). Respecto a la experiencia, el 54,5% tiene más de 10 años de experiencia general en enfermería, mientras que en la UTI, el 36,4% cuenta con 6 a 10 años y otro 36,4% con más de 10 años, indicando un grupo con experiencia significativa. Sin embargo, el 72,7% no ha recibido capacitación específica sobre el SPCI, evidenciando una brecha formativa clave para la prevención de esta condición.

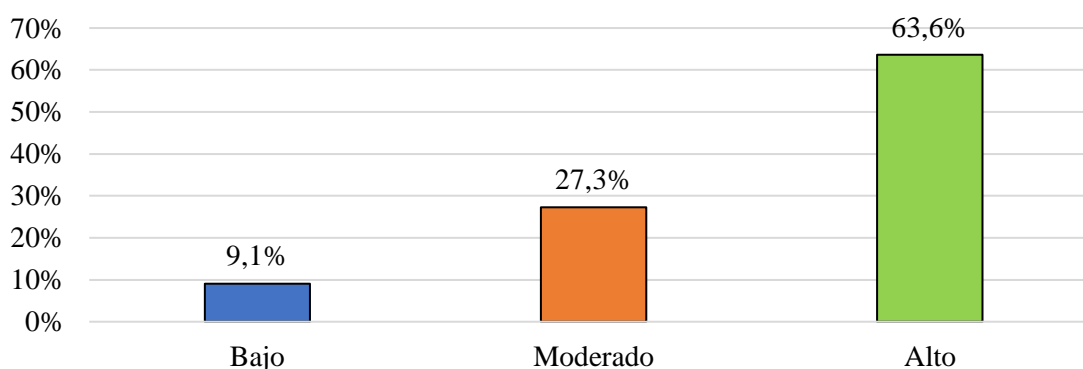
Objetivo 2: Evaluación de los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el SPCI y sus estrategias de prevención.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre el SPCI del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Nivel de conocimiento sobre el SPCI	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	9,1%
Moderado	3	27,3%
Alto	7	63,6%
Total	11	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre el SPCI del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



Nota: Elaboración propia.

Interpretación: El análisis del nivel de conocimiento sobre el SPCI en los profesionales de enfermería revela que la mayoría (63,6%) presenta un nivel alto de conocimiento, el 27,3% un nivel moderado y solo el 9,1% un nivel bajo. Esto indica que la mayoría comprende aspectos clave del SPCI, como su definición como un conjunto de secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que persisten después del alta de la UTI, sus síntomas comunes (debilidad muscular, dificultad para concentrarse, ansiedad o depresión) y estrategias preventivas efectivas (movilización temprana, intervenciones para mejorar el sueño, apoyo psicológico). Sin embargo, el porcentaje de profesionales con conocimientos moderados o bajos señala la necesidad de fortalecer la capacitación específica para uniformar las competencias en la prevención del SPCI.

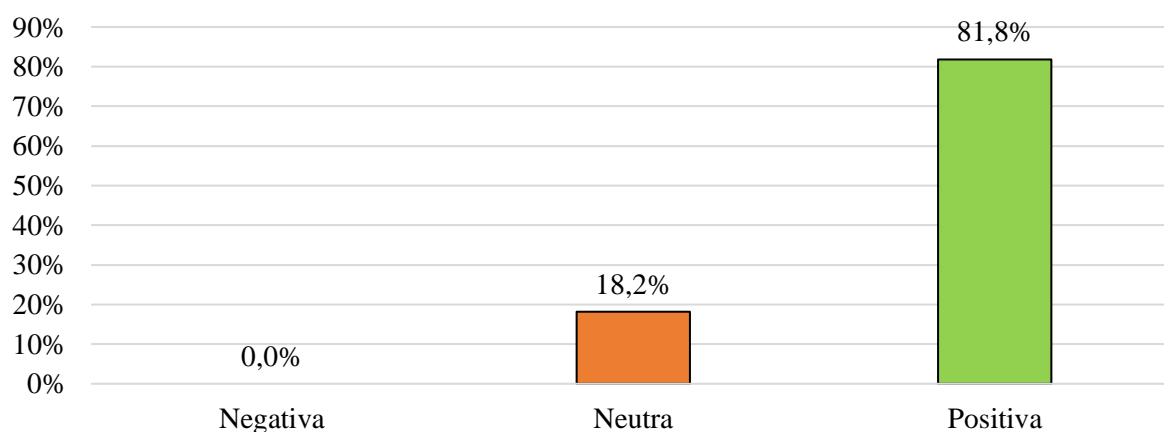
Objetivo 3: Exploración de las actitudes de los profesionales de enfermería hacia la prevención del SPCI.

Tabla 4. Actitud del personal de enfermería hacia la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Actitud hacia la prevención del SPCI	Frecuencia	Porcentaje
Negativa	0	0,0%
Neutra	2	18,2%
Positiva	9	81,8%
Total	11	100,0%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 2. Actitud del personal de enfermería hacia la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



Nota: Elaboración propia.

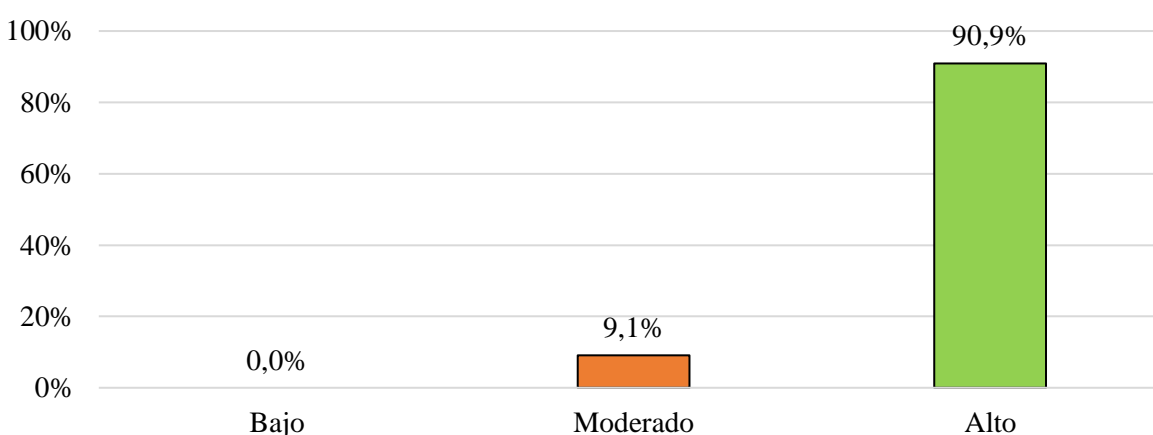
Interpretación: La evaluación de las actitudes hacia la prevención del SPCI revela un perfil altamente favorable: el 81,8% de los profesionales de enfermería presentó una actitud positiva, el 18,2% mostró una actitud neutra y ninguno exhibió una actitud negativa. Las actitudes positivas se manifiestan en la percepción de importancia de la prevención del SPCI, el nivel de confianza en sus capacidades para implementar estrategias preventivas, el reconocimiento de la responsabilidad compartida en la prevención, la consideración de la prevención como prioridad en la UTI, la creencia en el impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes, y la identificación de barreras laborales percibidas. La ausencia de actitudes negativas sugiere un entorno propicio para implementar estrategias preventivas del SPCI.

Tabla 5. Actitudes observables del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Actitudes observables en la prevención del SPCI	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0,0%
Moderado	1	9,1%
Alto	10	90,9%
Total	11	100,0%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 3. Actitudes observables del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



Nota: Elaboración propia.

Interpretación: La evaluación de las actitudes observables en la prevención del SPCI muestra que el 90,9% de los profesionales de enfermería mostró un nivel alto, el

9,1% un nivel moderado y ninguno un nivel bajo. Esto indica que la mayoría implementa consistentemente prácticas preventivas del SPCI, como la realización de valoración integral del paciente, valoración del dolor con indicadores fisiológicos y escalas validadas, aplicación de movilización para prevenir debilidad muscular, corrección de hiperglucemia según parámetros establecidos, aplicación de medidas no farmacológicas para el delirium, comunicación efectiva con pacientes sedados y aplicación del protocolo de atención en UTI. El alto nivel de actitudes observables refleja un compromiso con estrategias basadas en evidencia para la prevención del SPCI.

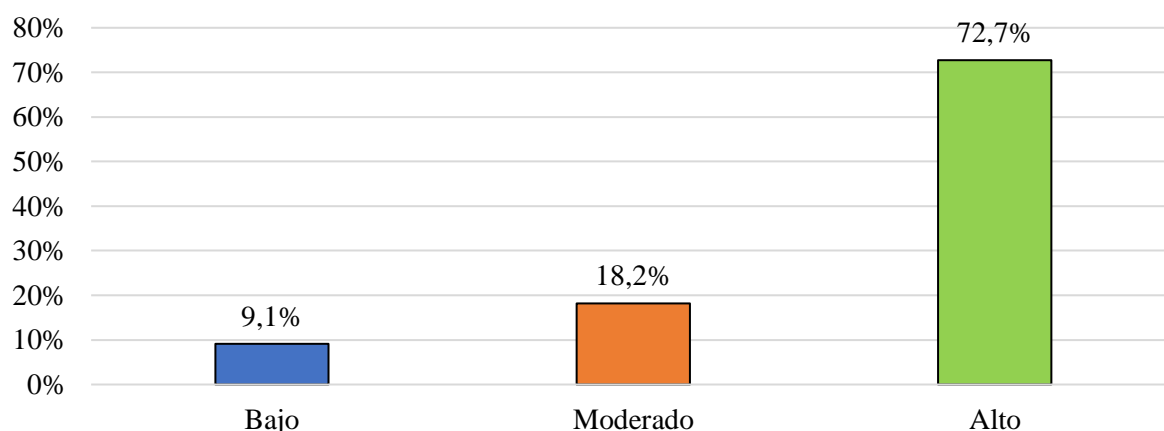
Objetivo 4: Evaluar las prácticas y habilidades de los profesionales de enfermería en la implementación de estrategias preventivas del SPCI.

Tabla 6. Nivel de prácticas y habilidades del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Nivel de prácticas y habilidades en la prevención del SPCI	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	9,1%
Moderado	2	18,2%
Alto	8	72,7%
Total	11	100,0%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 4. Nivel de prácticas y habilidades del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



Nota: Elaboración propia.

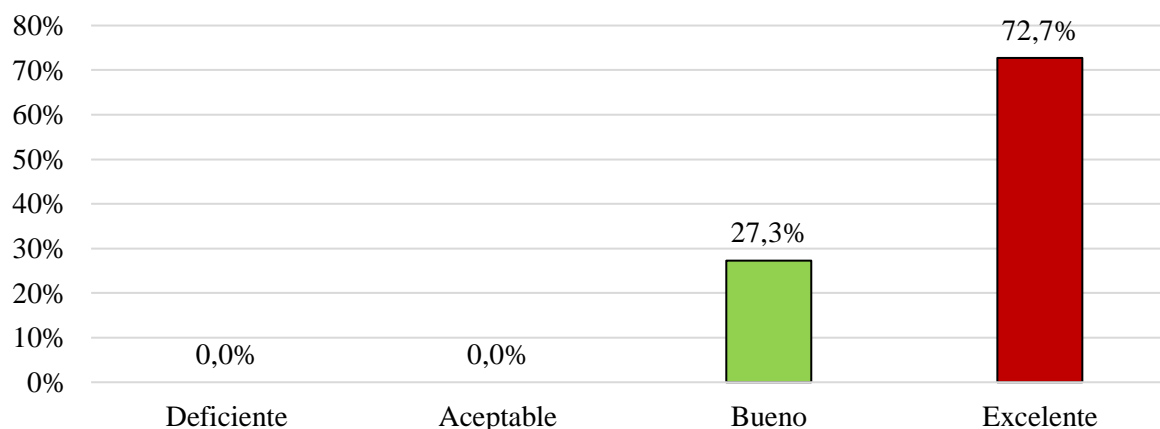
Interpretación: La evaluación de las prácticas en la prevención del SPCI revela que el 72,7% de los profesionales de enfermería presentó un nivel alto, el 18,2% un nivel moderado y el 9,1% un nivel bajo. Esto indica que la mayoría implementa eficazmente intervenciones preventivas del SPCI, como la movilización temprana, manejo adecuado de la sedación, evaluación del delirium y promoción del sueño. Las prácticas evaluadas incluyen la frecuencia de implementación de intervenciones preventivas, el nivel de confianza en la detección de delirium, la participación en protocolos de movilización temprana y los tipos específicos de intervenciones realizadas (movilización temprana, educación al paciente y familia, intervenciones para mejorar el sueño, apoyo emocional). Sin embargo, los casos con niveles moderado y bajo sugieren áreas de mejora, posiblemente ligadas a la falta de capacitación específica o barreras organizacionales.

Tabla 7. Nivel de competencias procedimentales del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Nivel de competencias procedimentales en la prevención del SPCI	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	0	0,0%
Aceptable	0	0,0%
Bueno	3	27,3%
Excelente	8	72,7%
Total	11	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 5. Nivel de competencias procedimentales del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: La evaluación de las competencias procedimentales en la prevención del SPCI muestra que el 72,7% de los profesionales de enfermería alcanzó un nivel excelente y el 27,3% un nivel bueno, sin casos en las categorías deficiente ni aceptable. Esto refleja una alta destreza en intervenciones específicas evaluadas a través de la guía de observación, que incluye tres áreas clave:

- Movilización temprana: Evaluación de seguridad, técnicas de movilización, monitoreo de signos vitales y documentación.
- Manejo de sedación: Ajuste según protocolo, uso de escalas de sedación (RASS), comunicación con equipo médico y registro de intervenciones.
- Intervenciones para mejorar el sueño: Ajuste del ambiente, administración de medicamentos según prescripción, educación al paciente/familia y documentación.

La proporción con nivel excelente indica una sólida capacidad técnica para prevenir el SPCI, mientras que el nivel bueno sugiere oportunidades para estandarizar prácticas en el IGBJ.

Objetivo 5: Desarrollar un protocolo basado en los resultados de la investigación para fortalecer las estrategias preventivas del SPCI por parte de los profesionales de enfermería.

Basado en los resultados obtenidos en los objetivos anteriores, se desarrolló un protocolo para la prevención del síndrome post cuidados intensivos en la unidad de terapia intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, Sucre, 2025. El protocolo se estructura en torno al paquete ABCDEF (evaluación del dolor, pruebas de despertar, elección de sedación, manejo del delirium, movilización temprana y participación familiar), adaptado al contexto específico del IGBJ, y se detalla en el Capítulo 5.

4.2. Discusión de los resultados

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionan evidencia significativa sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, destacando hallazgos relevantes para la práctica de enfermería y la calidad de la atención.

Las características sociodemográficas del personal de enfermería revelan un equipo experimentado, con una edad promedio de 34,1 años y el 54,5% contando con más de 10 años de experiencia laboral general. Sin embargo, el hallazgo más relevante es que el 72,7% no ha recibido capacitación específica sobre el SPCI. Este resultado contrasta con lo reportado por Colque Condori (2022) en Bolivia, quien identificó brechas formativas similares en otras instituciones de salud, y resalta una oportunidad crítica para mejorar la prevención del SPCI mediante programas educativos estructurados. La predominancia femenina (72,7%) y la distribución equilibrada entre licenciados (54,5%) y auxiliares (45,5%) refleja la composición típica del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos en Latinoamérica, como se describe en estudios previos de Gaón Yandun (2023).

En cuanto al conocimiento sobre el SPCI, los resultados muestran que el 63,6% del personal presenta un nivel alto, superando las expectativas iniciales y contrastando con estudios como el de Herrera y Vega Luna (2023), quienes reportaron deficiencias significativas en el conocimiento del personal de enfermería sobre el SPCI en Argentina. Este alto nivel de conocimiento puede atribuirse a la experiencia clínica acumulada (el 54,5% tiene más de 10 años de experiencia), aunque la falta de capacitación formal (72,7%) sugiere que el aprendizaje ha sido predominantemente empírico. Este hallazgo coincide con lo reportado por Henao Castaño et al. (2021), quienes señalan que la experiencia práctica en UTI contribuye significativamente al conocimiento sobre el SPCI, aunque recomiendan complementarla con formación estructurada.

Las actitudes hacia la prevención del SPCI fueron mayoritariamente positivas (81,8%), con actitudes observables igualmente favorables (90,9% en nivel alto). Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Jeong y Kang (2019), quienes destacan la disposición del personal de enfermería para adoptar estrategias preventivas cuando entienden su importancia clínica. Sin embargo, el 18,2% con actitudes neutras podría beneficiarse de intervenciones educativas específicas para fortalecer su compromiso con la prevención del SPCI. Las actitudes observables, evaluadas a través de la implementación de prácticas como la valoración integral del paciente y la movilización temprana, reflejan un alto compromiso con la atención de calidad, alineándose con las recomendaciones internacionales para la prevención del SPCI (Barr et al., 2013).

El 72,7% del personal alcanzó un nivel alto en prácticas y habilidades para la prevención del SPCI, superando los hallazgos de Colque Condori (2022), quien reportó un cumplimiento del 32% en competencias similares en Bolivia. Este alto nivel de prácticas refleja una sólida capacidad técnica en intervenciones como la movilización temprana y el manejo de la sedación, fundamentales para la prevención del SPCI según Schweickert et al. (2009). Sin embargo, el 18,2% con prácticas moderadas señala áreas de mejora, particularmente en la gestión del delirium y la promoción del sueño, aspectos críticos identificados por Pandharipande et al. (2006) como determinantes del desarrollo del SPCI.

La evaluación de competencias procedimentales mostró que el 72,7% alcanzó un nivel excelente, reflejando alta destreza en intervenciones específicas como la movilización temprana, el manejo de sedación y las intervenciones para mejorar el sueño. Estos resultados son alentadores y superan las expectativas iniciales, coincidiendo con lo reportado por Raurell-Torredà et al. (2019) sobre la importancia de estas competencias en la prevención del SPCI. Sin embargo, la literatura sugiere que la estandarización de estas prácticas mediante protocolos específicos puede mejorar aún más los resultados (Lewis et al., 2018).

En síntesis, los hallazgos revelan un personal de enfermería con conocimientos sólidos, actitudes positivas y prácticas efectivas en la prevención del SPCI, pero con oportunidades significativas para mejorar mediante la capacitación estructurada y la implementación de protocolos estandarizados. La falta de formación específica (72,7%) contrasta con el alto nivel de conocimiento (63,6%), sugiriendo que la experiencia clínica ha suplido parcialmente esta brecha formativa. No obstante, un enfoque sistemático mediante protocolos basados en evidencia, como el paquete ABCDEF, permitiría optimizar las prácticas existentes y garantizar una atención uniforme y de calidad para todos los pacientes en riesgo de desarrollar SPCI en la UTI del IGBJ.

Estos resultados proporcionan la base empírica necesaria para el desarrollo del protocolo preventivo propuesto en el Capítulo 5, el cual integra estrategias basadas en evidencia adaptadas al contexto específico del IGBJ, con el objetivo de estandarizar las prácticas de enfermería y mejorar los resultados a largo plazo de los pacientes críticos.

5. Propuesta

5.1. Protocolo para la prevención del síndrome post cuidados intensivos en la unidad de terapia intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, Sucre, 2025

El síndrome post cuidados intensivos (SPCI) es una condición que afecta al 30 a 64% de los sobrevivientes de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), caracterizada por deterioros físicos, cognitivos y psicológicos que comprometen la calidad de vida (Needham et al., 2012). Los profesionales de enfermería, por su contacto continuo con los pacientes, desempeñan un rol crucial en la prevención del SPCI mediante estrategias basadas en evidencia, como el paquete ABCDEF (Barr et al., 2013). Este protocolo, desarrollado a partir de los resultados de la investigación realizada en el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés (IGBJ) en Sucre entre mayo y julio de 2025, busca estandarizar las intervenciones de enfermería para reducir la incidencia del SPCI, abordando brechas como la falta de capacitación (72,7 %) y protocolos estandarizados.

5.2. Objetivos del protocolo

El protocolo tiene como propósito principal reducir la incidencia y severidad del SPCI mediante la implementación de estrategias basadas en evidencia científica, adaptadas al contexto organizacional del IGBJ. Los objetivos específicos son:

- Disminuir la incidencia de las secuelas físicas, cognitivas y psicológicas del SPCI en pacientes de la UTI del IGBJ mediante intervenciones estandarizadas.

- Fortalecer las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales del personal de enfermería en la prevención del SPCI a través de capacitación continua.
- Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre enfermeras, médicos, fisioterapeutas y psicólogos para optimizar el cuidado centrado en el paciente.
- Desarrollar y aplicar guías estandarizadas que integren el paquete ABCDEF, adaptadas a los recursos y limitaciones del IGBJ.
- Promover la participación activa de las familias en el proceso de cuidado, reduciendo el impacto del SPCI-F (SPCI familiar) a través de educación y apoyo emocional.

5.3. Fundamentos científicos

El protocolo se basa en el paquete ABCDEF, una estrategia multidisciplinaria validada para mejorar los resultados en pacientes críticos (Marra et al., 2017). Este paquete incluye la evaluación del dolor, pruebas de despertar, elección de sedantes, manejo del delirium, movilización temprana y participación familiar, todas respaldadas por guías internacionales de la Society of Critical Care Medicine (Barr et al., 2013). Los resultados del estudio muestran que, aunque el personal de enfermería tiene competencias sólidas, la falta de capacitación específica (72,7 %) y protocolos estandarizados limita la implementación sistemática de estas intervenciones. Estudios previos, como (Colque Condori, 2022), destacan que la capacitación en estrategias basadas en evidencia mejora el impacto de enfermería en la prevención del SPCI. Además, la literatura enfatiza que la movilización temprana reduce la debilidad muscular adquirida en un 20-30 % (Schweickert et al., 2009), mientras que la detección temprana del delirium con herramientas como CAM-ICU disminuye su duración en un 50 % (Ely et al., 2001). Este protocolo integra estas evidencias, adaptándolas a las barreras organizacionales identificadas, como la falta de personal y recursos.

5.4. Métodos y estrategias

El protocolo estructura las intervenciones en torno al paquete ABCDEF, complementado con estrategias adicionales para abordar las necesidades del IGBJ:

5.4.1. Evaluación y manejo del dolor (A)

- **Acción:** Implementar la evaluación sistemática del dolor cada 4 horas utilizando escalas validadas, como la Escala Visual Analógica (EVA) para pacientes comunicativos y la Escala FLACC para pacientes no comunicativos o sedados. Ajustar la analgesia según las guías médicas, priorizando opioides de acción corta (p. ej., fentanilo) y analgésicos no opioides (p. ej., paracetamol) para minimizar efectos adversos.
- **Justificación:** El dolor no controlado incrementa el riesgo de delirium y ansiedad, contribuyendo al SPCI psicológico (Barr et al., 2013). La evaluación regular mejora la titulación de analgésicos, reduciendo complicaciones metabólicas y hemodinámicas (Henaó Castaño et al., 2021).
- **Implementación:** Capacitar a las enfermeras en el uso de EVA y FLACC mediante talleres prácticos. Documentar los puntajes en el expediente clínico y coordinar con médicos para ajustes terapéuticos. Crear un registro estandarizado para monitorear la adherencia.

5.4.2. Pruebas de despertar y respiración espontánea (B)

- **Acción:** Realizar pruebas diarias de despertar (interrupción de sedación) y respiración espontánea, utilizando la escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) para evaluar el nivel de sedación. Estas pruebas se coordinarán con el equipo médico para garantizar la seguridad del paciente.
- **Justificación:** Minimizar la sedación prolongada reduce el tiempo de ventilación mecánica y el riesgo de delirium en un 30 % (Marra et al., 2017). Las pruebas de respiración espontánea facilitan el destete ventilatorio, disminuyendo la debilidad muscular adquirida (Schweickert et al., 2009).
- **Implementación:** Establecer un protocolo diario de evaluación RASS, con registros claros de los resultados. Capacitar al personal en la interrupción segura de sedantes y en la coordinación interdisciplinaria para evitar complicaciones.

5.4.3. Elección de analgésicos y sedantes (C)

- **Acción:** Priorizar sedantes de acción corta (p. ej., propofol, dexmedetomidina) y analgésicos no opioides cuando sea posible, siguiendo guías de prescripción estandarizadas. Evitar el uso prolongado de benzodiazepinas debido a su asociación con delirium.
- **Justificación:** Los sedantes de acción corta reducen el riesgo de deterioro cognitivo y facilitan la movilización temprana (Barr et al., 2013). Estudios muestran que las benzodiazepinas aumentan el delirium en un 20 % (Pandharipande et al., 2006).
- **Implementación:** Desarrollar una guía de prescripción consensuada con médicos intensivistas, con revisiones semanales para evaluar la adherencia. Capacitar al personal en farmacología de sedantes y analgésicos.

5.4.4. Evaluación y manejo del delirium (D)

- **Acción:** Aplicar la Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) cada 12 horas para detectar delirium. Implementar medidas no farmacológicas, como reorientación verbal, uso de relojes y calendarios, y exposición a luz natural. Reservar antipsicóticos (p. ej., haloperidol) para casos graves.
- **Justificación:** El delirium afecta al 50-80 % de los pacientes ventilados y prolonga la estancia en UTI (Ely et al., 2001). Las intervenciones no farmacológicas son efectivas para reducir su incidencia en un 40 % (Ely et al., 2001).
- **Implementación:** Capacitar a todas las enfermeras en el uso de CAM-ICU mediante simulaciones clínicas. Crear un protocolo de manejo del delirium con criterios claros para intervención farmacológica y no farmacológica.

5.4.5. Movilización temprana y ejercicio (E)

- **Acción:** Iniciar movilización pasiva o activa dentro de las 48 horas de ingreso a la UTI, según la estabilidad clínica del paciente. Incluir ejercicios de rango de

movimiento y cambios posturales, con monitoreo de signos vitales (frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno).

- **Justificación:** La movilización temprana reduce la debilidad muscular adquirida en un 20-30 % y mejora la funcionalidad a largo plazo (Schweickert et al., 2009). Las entrevistas del estudio confirmaron su uso, pero señalaron la necesidad de estandarización.
- **Implementación:** Colaborar con fisioterapeutas para diseñar planes individualizados. Capacitar al personal en técnicas seguras de movilización y documentar cada sesión en el expediente clínico.

5.4.6. Participación familiar y promoción del sueño (F)

- **Acción:** Involucrar a las familias en rondas clínicas diarias, proporcionándoles educación sobre el SPCI mediante folletos y charlas. Implementar medidas para mejorar el sueño, como reducir el ruido nocturno (p. ej., alarmas silenciadas) y ajustar la iluminación (luz tenue por la noche).
- **Justificación:** La participación familiar reduce la ansiedad y el SPCI-F en un 25 % (Davidson et al., 2012). La promoción del sueño disminuye el riesgo de delirium y mejora el bienestar psicológico (Kamdar et al., 2013).
- **Implementación:** Desarrollar materiales educativos en español y quechua, considerando la diversidad cultural de Sucre. Establecer un horario de descanso nocturno (22:00-06:00) con protocolos de minimización de interrupciones.

5.4.7. Capacitación continua

- **Acción:** Implementar talleres trimestrales de 8 horas sobre el SPCI, enfocados en el paquete ABCDEF, evaluación del dolor, manejo del delirium y movilización temprana. Incluir simulaciones prácticas y sesiones de retroalimentación.
- **Justificación:** La capacitación mejora las competencias en un 30-40 % y homogeneiza el conocimiento, abordando la brecha identificada en el 72,7 % de enfermeras sin formación específica (Colque Condori, 2022).

- **Implementación:** Contratar expertos en cuidados intensivos y utilizar recursos en línea de la Society of Critical Care Medicine. Evaluar el impacto de los talleres mediante pruebas pre y post capacitación.

5.4.8. Protocolos estandarizados

- **Acción:** Desarrollar guías específicas para la evaluación del dolor, manejo del delirium, movilización temprana y participación familiar, disponibles en formato impreso y digital. Estas guías incluirán algoritmos de decisión y listas de verificación.
- **Justificación:** La estandarización mejora la adherencia a las mejores prácticas en un 50 % (Raurell-Torredà et al., 2019). Las entrevistas del estudio destacaron la ausencia de protocolos como una barrera clave.
- **Implementación:** Distribuir las guías a todo el personal de la UTI y realizar sesiones de capacitación para su uso. Monitorear la adherencia mediante auditorías mensuales.



Figura 1. Intervenciones para mejorar los resultados del paciente en la UTI.

5.5. Plan de implementación

- **Fase 1: Preparación (1 mes)**
 - Organizar talleres de capacitación de 8 horas para las 11 enfermeras y 5 médicos intensivistas, enfocados en el paquete ABCDEF y su aplicación práctica.
 - Desarrollar materiales educativos, como cartillas en español y quechua, y listas de verificación para intervenciones clave.
 - Establecer un equipo de liderazgo (2 enfermeras líderes) para coordinar la implementación y monitoreo.
- **Fase 2: Piloto (1 mes)**
 - Implementar el protocolo en un grupo de 5-10 pacientes en la UTI, seleccionados según criterios de estabilidad clínica.
 - Recolectar retroalimentación del personal mediante encuestas breves y reuniones semanales para identificar barreras iniciales.
 - Evaluar la adherencia a las intervenciones (p. ej., uso de CAM-ICU, movilización) mediante registros clínicos.
- **Fase 3: Implementación general (continua)**
 - Extender el protocolo a todos los pacientes de la UTI, con monitoreo mensual de indicadores clave.
 - Realizar ajustes basados en la retroalimentación y los resultados del piloto.
 - Establecer un sistema de auditorías mensuales para garantizar la adherencia y sostenibilidad.

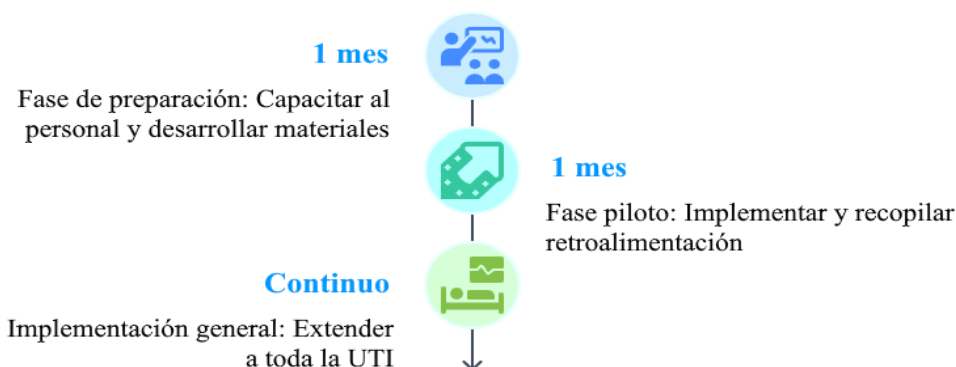


Figura 2. Implementación de un Protocolo para la prevención del SPCI.

5.6. Recursos y soporte

La implementación del protocolo requiere los siguientes recursos, adaptados a las capacidades del IGBJ:

- **Materiales:**
 - Escalas validadas (RASS, CAM-ICU, EVA, FLACC) en formato impreso y digital.
 - Cartillas educativas para pacientes y familias, adaptadas culturalmente.
 - Equipos de movilización (camas articuladas, sillas ergonómicas).
- **Personal:**
 - 2 enfermeras líderes para supervisión y capacitación.
 - Fisioterapeutas para apoyar la movilización temprana.
 - Psicólogos para brindar apoyo emocional a pacientes y familias.
- **Capacitación:**
 - Presupuesto para talleres trimestrales, incluyendo honorarios de expertos externos.
 - Acceso a recursos en línea de la Society of Critical Care Medicine y otras plataformas de formación.
- **Soporte organizacional:**
 - Coordinación con la dirección del IGBJ para garantizar el suministro de recursos y la priorización del protocolo.
 - Colaboración con universidades locales para programas de capacitación.

5.7. Evaluación y ajuste

La efectividad del protocolo se evaluará mediante indicadores específicos y métodos sistemáticos:

- **Indicadores:**
 - Reducción de la incidencia de SPCI (objetivo: <20% en 6 meses).

-
- Disminución de la duración media de la estancia en UTI (objetivo: reducción del 10%).
 - Incremento en la satisfacción de pacientes y familias (objetivo: >80% en encuestas).
 - Adherencia del personal a las intervenciones del protocolo (objetivo: >80%).
 - **Métodos:**
 - Auditorías mensuales de registros clínicos para verificar el uso de escalas y guías.
 - Encuestas de satisfacción a pacientes y familias al alta.
 - Evaluaciones pre y post capacitación para medir mejoras en competencias.
 - **Ajustes:**
 - Modificar las intervenciones según los resultados de las auditorías, priorizando áreas débiles (p. ej., manejo del delirium, promoción del sueño).
 - Incorporar retroalimentación del personal para mejorar la usabilidad de las guías.
 - Revisar trimestralmente el protocolo para adaptarlo a nuevas evidencias o necesidades locales.

5.8. Conclusión

El “Protocolo para la prevención del Síndrome Post Cuidados Intensivos en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, Sucre, 2025” representa una solución práctica e innovadora para abordar las brechas identificadas en la investigación, como la falta de capacitación específica y protocolos estandarizados. Al integrar el paquete ABCDEF con un enfoque holístico, el protocolo optimiza las competencias de enfermería, promueve la colaboración interdisciplinaria y mejora el cuidado centrado en el paciente y su familia. Su implementación tiene el potencial de reducir la incidencia del SPCI, disminuir la morbilidad asociada y mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes de la UTI, sentando las bases para su replicación en otras unidades de cuidados intensivos.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones

Este estudio ha evaluado los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería en la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ, aportando evidencia crucial para fortalecer la atención a pacientes críticos en este contexto específico.

En cuanto a las características sociodemográficas, el personal de enfermería presenta un perfil experimentado, con una edad promedio de 34,1 años y el 54,5% contando con más de 10 años de experiencia laboral. Sin embargo, el hallazgo más significativo es que el 72,7% no ha recibido capacitación específica sobre el SPCI, evidenciando una brecha formativa crítica que afecta la implementación sistemática de estrategias preventivas.

Los resultados sobre conocimientos revelan que el 63,6% del personal de enfermería posee un nivel alto de conocimiento sobre el SPCI y sus estrategias preventivas, superando las expectativas iniciales. Esto sugiere que la experiencia clínica ha contribuido significativamente a la comprensión conceptual del síndrome, aunque la falta de formación estructurada (72,7%) limita la estandarización de las prácticas.

Las actitudes hacia la prevención del SPCI son predominantemente positivas (81,8%), con actitudes observables igualmente favorables (90,9% en nivel alto). Este perfil actitudinal refleja un compromiso con la atención de calidad y la prevención de secuelas en pacientes críticos, constituyendo una base sólida para implementar mejoras en la práctica asistencial.

En cuanto a las prácticas preventivas, el 72,7% del personal alcanzó un nivel alto en la implementación de estrategias como la movilización temprana, manejo adecuado de

la sedación y evaluación del delirium. Sin embargo, el 18,2% presentó un nivel moderado y el 9,1% un nivel bajo, indicando áreas de mejora que requieren intervención específica.

Los hallazgos demuestran que, a pesar de las competencias demostradas y las actitudes positivas, la falta de capacitación específica y la ausencia de protocolos estandarizados limitan el impacto potencial de las intervenciones preventivas. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar un protocolo basado en evidencia que fortalezca las prácticas existentes y estandarice las intervenciones para prevenir el SPCI en el contexto específico del IGBJ.

6.2. Recomendaciones

Basadas en los hallazgos, se proponen las siguientes recomendaciones para fortalecer la prevención del SPCI en la UTI del IGBJ:

Implementar el protocolo desarrollado, con énfasis en la estandarización de intervenciones para la gestión del delirium y la promoción del sueño. Además, proporcionar capacitación adicional en estas áreas para homogeneizar las competencias del personal de enfermería.

Implementar el protocolo de manera progresiva en la UTI del IGBJ, monitoreando su efectividad y ajustándolo según los resultados obtenidos. Considerar la replicación del protocolo en otras UTIs, adaptándolo a las particularidades de cada contexto, para expandir su impacto en la prevención del SPCI.

Implementar programas de capacitación continua sobre el SPCI y sus estrategias de prevención para todo el personal de enfermería de la UTI, priorizando a aquellos con menor formación específica en el tema. Estos programas deben abordar tanto los aspectos teóricos como prácticos, integrando la experiencia clínica con la evidencia científica.

Fortalecer la colaboración interdisciplinaria y abordar las barreras organizacionales identificadas, como la falta de personal y tiempo, mediante la optimización de recursos y la mejora en la coordinación entre enfermeras y médicos. Esto maximizará el impacto de las actitudes positivas en la prevención del SPCI.

Referencias bibliográficas

- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R. H., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., ... Jaeschke, R. (2013). Guías de práctica clínica para el manejo del dolor, la agitación y el delirio en pacientes adultos en la unidad de cuidados intensivos. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3182783b72>
- Campos Lopez, E. (2023, marzo 27). Los 43 del “Gastro”. *Correo del Sur*. <https://correodelsur.com/ecos/20230326/los-43-del-gastro.html>
- Cataño Jaramillo, D. M., & Oquendo Mejía, D. (2021). *Ocurrencia del síndrome post cuidados intensivos y la afectación en la calidad de vida de los pacientes*. Universidad de Antioquia.
- Colque Condori, M. (2022). *Competencias del profesional en enfermería en la prevención del síndrome post cuidados intensivos de la unidad de terapia intensiva adultos, Caja Bancaria Estatal de Salud gestión 2022* [Universidad Mayor de San Andrés]. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/31612>
- Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2012). Respuesta familiar a la enfermedad crítica: Síndrome post-cuidados intensivos-familia. *Critical Care Medicine*, 40(2), 618-624. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e318236ebf9>
- Davydow, D. S., Richardson, L. P., Zatzick, D. F., & Katon, W. J. (2010). Morbilidad psiquiátrica en sobrevivientes de enfermedades pediátricas críticas: Una revisión exhaustiva de la literatura. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(4). <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.10>

- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Hart, R. P., & Dittus, R. (2001). Delirio en pacientes ventilados mecánicamente: Validez y fiabilidad del método de evaluación de la confusión para la unidad de cuidados intensivos (CAM-UCI). *JAMA*, *286*(21), 2703. <https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>
- Gaon Yandun, D. M. (2023). *Análisis de la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería en terapia intensiva* [Universidad Regional Autónoma de los Andes]. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17991>
- Guamuse Pilatasig, M. C., & Cambizaca Mora, G. D. P. (2025). Cuidado humanizado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *9*(1), 10785-10811. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16670
- Henaó Castaño, Á. M., Villamil Buitrago, A. V., Marín Ramírez, S., & Cogollo Hernandez, C. A. (2021). Características del síndrome post cuidado intensivo: Revisión de alcance. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, *23*. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie23.csci>
- Hernández Sampieri, R., & Fernández-Collado, C. F. (2014). *Metodología de la investigación* (P. Baptista Lucio, Ed.; Sexta edición). McGraw-Hill Education.
- Herrera, S. A., & Vega Luna, S. G. (2023). *Prevención de las secuelas físicas síndrome post-UTI en pacientes de la terapia intensiva del hospital El Carmen*. Universidad Nacional de Cuyo.
- IGBJ. (s. f.). *Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés*. Recuperado 30 de junio de 2025, de <https://www.igbj.org.bo/>
- Jeong, Y. J., & Kang, J. (2019). Desarrollo y validación de un cuestionario para medir el síndrome post-cuidados intensivos. *Intensive and Critical Care Nursing*, *55*, 102756. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102756>
- Kamdar, B. B., King, L. M., Collop, N. A., Sakamuri, S., Colantuoni, E., Neufeld, K. J., Bienvenu, O. J., Rowden, A. M., Touradji, P., Brower, R. G., & Needham, D. M. (2013). El efecto de una intervención de mejora de la calidad del sueño percibido y la cognición en una UCI médica. *Critical Care Medicine*, *41*(3), 800-809. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3182746442>

-
- Lewis, S. R., Pritchard, M. W., Schofield-Robinson, O. J., Evans, D. J., Alderson, P., & Smith, A. F. (2018). Intervenciones de información o educación para pacientes adultos de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y sus cuidadores. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012471.pub2>
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). El paquete ABCDEF en cuidados críticos. *Critical Care Clinics*, 33(2), 225-243. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>
- Minguet, P., Colson, C., Neis-Gilson, S., Lambermont, B., & Rousseau, A.-F. (2025). Prevención y manejo del síndrome post-cuidados intensivos: Un papel clave para las enfermeras de práctica avanzada. *Revue Medicale De Liege*, 80(2), 90-94.
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., ... Harvey, M. A. (2012). Mejorar los resultados a largo plazo tras el alta de la unidad de cuidados intensivos: Informe de una conferencia de partes interesadas. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502-509. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e318232da75>
- Pandharipande, P., Shintani, A., Peterson, J., Pun, B. T., Wilkinson, G. R., Dittus, R. S., Bernard, G. R., & Ely, E. W. (2006). El lorazepam es un factor de riesgo independiente para la transición al delirio en pacientes de la unidad de cuidados intensivos. *Anesthesiology*, 104(1), 21-26. <https://doi.org/10.1097/00000542-200601000-00005>
- Raurell-Torredà, M., Arias-Rivera, S., Martí, J. D., Frade-Mera, M. J., Zaragoza-García, I., Gallart, E., Velasco-Sanz, T. R., San José-Arribas, A., Blázquez-Martínez, E., Rodríguez Delgado, M. E., Contreras Rodríguez, A. M., Oreña Cimiano, E., Ortega Guerrero, Á., Martínez Del Aguila, M. D. C., Rodríguez Monsalve, V., Cano Herrera, C. L., Masegosa Pérez, J. M., González De La Cuesta, D. M., Pardo Artero, M. I., ... López Mateu, R. (2019). Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: Estudio observacional multicéntrico en

-
- España. *Enfermería Intensiva*, 30(2), 59-71.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.04.004>
- Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Síndrome post-cuidados intensivos: Una visión general. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), 90-92.
<https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
- Revatta Castillo, M. (2021). *Caracterización de eventos adversos relacionados al cuidado de enfermería al paciente en la unidad de cuidados intensivos en un hospital nacional* [Universidad Nacional Federico Villarreal].
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/4940>
- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G. A., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K. E., Hall, J. B., & Kress, J. P. (2009). Terapia física y ocupacional temprana en pacientes críticos ventilados mecánicamente: Un ensayo controlado aleatorizado. *The Lancet*, 373(9678), 1874-1882.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60658-9)
- Velasco Villarreal, E. G. (2024). *Cuidados de enfermería en pacientes extubados en unidad de cuidados intensivos, revisión sistemática*. Universidad Regional Autónoma de los Andes.

A. Solicitud de permiso

Sucre 20 de junio del 2025

Señor:

Dr. Luis Fernando Caro Aparicio
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGÍA BOLIVIANO
JAPONÉS
SEDES- CHUQUISACA

Presente:

REF: Solicitud de Permiso para Recopilación de Datos de Tesis

De mi mayor consideración:

Mediante la presente, yo Lic. Reyna Margarita Barrientos Aceituno, maestrante de Enfermería en terapia Intensiva de la UMSFXCH, me dirijo a usted con el debido respeto para solicitar su valioso permiso y colaboración.

Mi objetivo es llevar a cabo la investigación para mi tesis titulada: "atribuciones del profesional en enfermería en la prevención del síndrome post cuidados intensivos de la unidad de terapia intensiva de adultos del instituto gastroenterológico boliviano japonés, sucre mayo – julio 2025"


Para la realización de esta investigación, se necesitará acceder a la Unidad de Terapia Intensiva para observar las prácticas de enfermería y aplicar un cuestionario a los profesionales de enfermería y médicos, siempre garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Es importante destacar que la recolección de datos se realizará con el máximo respeto por los tiempos y las actividades del personal, evitando interferir con las labores asistenciales. El periodo de recolección de datos está previsto entre Mayo y Julio del 2025.

Agradezco de antemano su atención y la valiosa oportunidad que puedan brindarme para contribuir al conocimiento y a la mejora de la práctica de enfermería en el ámbito de los pacientes críticos. Quedo a su disposición para cualquier reunión o aclaración que consideren necesaria.



Sucre, 20 de junio de 2025.

Pase a **Recursos Humanos**, para conocimiento e instruir a quienes corresponda



Dr. Luis Fernando Caro Aparicio
DIRECTOR

INSTITUTO GASTROENTEROLOGICO BOLIVIANO JAPONES

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA
BOLIVIANO - JAPONES
JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

SE DA CURSO A LA PRESENTE SOLICITUD DE
RECOPIACION DE DATOS PARA ELABORACION
DE TESIS, PASE A JEFATURA DE ENFERMERIA PARA
SU CONOCIMIENTO.



Lic. Nelly Yucra
JEFE DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO GASTROENTEROLOGICO BOLIVIANO JAPONES

SUCRE, 23 DE JUNIO DE 2025

B. Cuestionario de recolección de datos

Instrucciones: Estimada(o) colega el presente cuestionario tiene el objetivo de evaluar los roles y competencias del profesional de enfermería en la prevención del síndrome post cuidados intensivos. La misma que corresponde a un estudio de investigación para concluir la Maestría en Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Por favor, responda con honestidad. Sus respuestas son confidenciales y se utilizarán únicamente con fines de investigación. Por favor, marque con una "X" la opción que mejor represente su práctica o complete los espacios requeridos.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

1. **Edad:** años

2. **Sexo:** Femenino Masculino

3. **Nivel de formación académica máxima:**

Auxiliar de enfermería Licenciatura en enfermería Especialidad en cuidados intensivos

Maestría en cuidados intensivos Doctorado en cuidados intensivos

4. **Años de experiencia laboral en enfermería:**

Menos de 1 año 2 a 5 años 6 a 10 años Mayor a 10 años

5. **Años de experiencia laboral en una unidad de terapia intensiva:**

Menos de 1 año 2 a 5 años 6 a 10 años Mayor a 10 años

6. **Ha recibido capacitación específica sobre el síndrome post cuidados intensivos (SPCI):**

Si No

Si respondió "Si", especifique el tipo de capacitación:

II. CONOCIMIENTOS SOBRE EL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS (SPCI)

7. **¿Qué es el síndrome post cuidados intensivos (SPCI)?** (Seleccione una opción)

Un conjunto de complicaciones médicas que ocurren durante la estancia en UTI.

Un conjunto de secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que persisten después de la alta de la UTI.

Una reacción alérgica a los medicamentos administrados en UTI.

Un tipo de infección nosocomial adquirida en UTI.

8. **¿Cuáles de los siguientes son síntomas comunes del SPCI?** (Marque todas las que correspondan)

- Debilidad muscular Dificultad para concentrarse Ansiedad o depresión
 Fiebre alta Dolor de cabeza intenso

9. ¿Cuáles son las estrategias de prevención más efectivas para el SPCI? (Marque todas las que correspondan)

- Movilización temprana del paciente Sedación prolongada para reducir el estrés
 Intervenciones para mejorar el sueño Apoyo psicológico durante y después de la UTI
 Uso de antibióticos profilácticos

III. ACTITUDES HACIA LA PREVENCIÓN DEL SPCI

Por favor, indique su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones utilizando la escala proporcionada. (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Neutral, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo)

	1	2	3	4	5
10. Creo que es importante prevenir el SPCI en los pacientes de UTI.					
11. Me siento capacitada(o) para implementar estrategias de prevención del SPCI.					
12. Considero que la prevención del SPCI es una responsabilidad compartida entre enfermeras y médicos.					
13. Creo que la prevención del SPCI debería ser una prioridad en la atención de pacientes en UTI.					
14. Considero que la prevención del SPCI mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes post-UTI.					
15. Percibo que existen barreras en mi entorno laboral que dificultan la implementación de estrategias de prevención del SPCI.					

IV. PRÁCTICAS Y HABILIDADES EN LA PREVENCIÓN DEL SPCI

16. ¿Con qué frecuencia realiza intervenciones para prevenir el SPCI en sus pacientes?

- Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca

17. ¿Cómo calificaría su confianza para identificar signos tempranos de delirium en pacientes de UTI?

- Muy alta Alta Moderada Baja Muy baja

18. ¿Ha participado en la implementación de protocolos de movilización temprana para pacientes en UTI?

- Sí, regularmente Sí, ocasionalmente
 No, pero estoy familiarizada con el protocolo No, y no estoy familiarizada con el protocolo

19. ¿Qué tipo de intervenciones realiza para prevenir el SPCI? (Marque todas las que correspondan)

- Movilización temprana
 Educación al paciente y familia
 Intervenciones para mejorar el sueño (ej., control de luz y ruido)
 Apoyo emocional y psicológico
 Seguimiento post-alta

20. ¿Ha enfrentado dificultades para implementar estrategias de prevención del SPCI?

- Sí No

Si respondió “Si”, ¿cuáles son esas dificultades? (Por favor, describa brevemente):

.....
.....

V. PROPUESTAS DE MEJORA

21. Según su experiencia, ¿qué acciones deberían incluirse en un protocolo de prevención de SPCI en esta UTI?

- Mayor capacitación en movilización segura
- Guías de manejo de delirium
- Herramientas para evaluación familiar del estrés
- Protocolos de transición UTI-plantas
- Otro:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al completar este cuestionario, confirmo que participo de manera voluntaria, entiendo el propósito del estudio y autorizo el uso de mis respuestas de forma anónima para fines de investigación.

Firma: Fecha:

C. Guía de observación

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Objetivos:

- Evaluar las habilidades técnicas y prácticas de los profesionales de enfermería al implementar estrategias de prevención del SPCI.
- Observar y registrar comportamientos que reflejen la disposición, compromiso y actitudes de los profesionales de enfermería hacia la prevención del SPCI.

Instrucciones para el observador:

- Observe a la enfermera durante la ejecución de procedimientos relacionados con la prevención del SPCI de manera discreta sin interferir en la atención al paciente.
- Utilice la lista de chequeo para evaluar si se siguen los pasos correctos y se aplican las mejores prácticas.

EVALUACIÓN DE ACTITUDES OBSERVABLES EN LA PREVENCIÓN DEL SPCI

Comportamiento observable	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1. Realiza una valoración integral del paciente					
2. Valora el dolor con indicación fisiológica					
3. Valora el dolor del paciente con escalas validas del dolor					
4. Moviliza al paciente para prevenir la debilidad muscular					
5. Corrige la hiperglucemia con parámetros establecidos					
6. Aplica medidas no farmacológicas para el delirio					
7. Se comunica con el paciente pese a estar sedado					
8. Aplica el protocolo de atención al paciente en UTI					

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES EN PREVENCIÓN DEL SPCI

INTERVENCIÓN 1: MOVILIZACIÓN TEMPRANA

Paso del Procedimiento	Deficiente	Aceptable	Buena	Excelente
1. Evalúa el estado del paciente para determinar la seguridad de la movilización.				
2. Utiliza técnicas adecuadas para la movilización (ej., uso de equipos, posicionamiento).				
3. Monitorea los signos vitales del paciente durante y después de la movilización.				
4. Documenta la intervención y la respuesta del paciente.				

INTERVENCIÓN 2: MANEJO DE LA SEDACIÓN

Paso del Procedimiento	Deficiente	Aceptable	Buena	Excelente
5. Ajusta la sedación según el protocolo para minimizar el tiempo de sedación profunda.				
6. Utiliza escalas de sedación (ej., RASS) para evaluar el nivel de sedación.				
7. Comunica con el equipo médico sobre ajustes en la sedación.				
8. Registra los niveles de sedación y las intervenciones realizadas.				

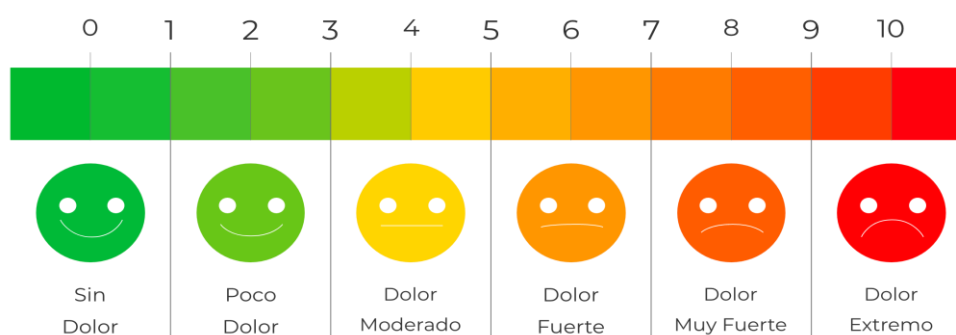
INTERVENCIÓN 3: INTERVENCIONES PARA MEJORAR EL SUEÑO

Paso del Procedimiento	Deficiente	Aceptable	Buena	Excelente
9. Ajusta el ambiente para promover el sueño (ej., reduce luz y ruido).				
10. Administra medicamentos para el sueño según prescripción.				
11. Educa al paciente y familia sobre la importancia del sueño.				
12. Documenta las intervenciones y la calidad del sueño del paciente.				

Firma del observador: Fecha:

D. Instrumentos utilizados en UTI

Escala de calificación numérica verbal y escala de dolor facial (EVA)



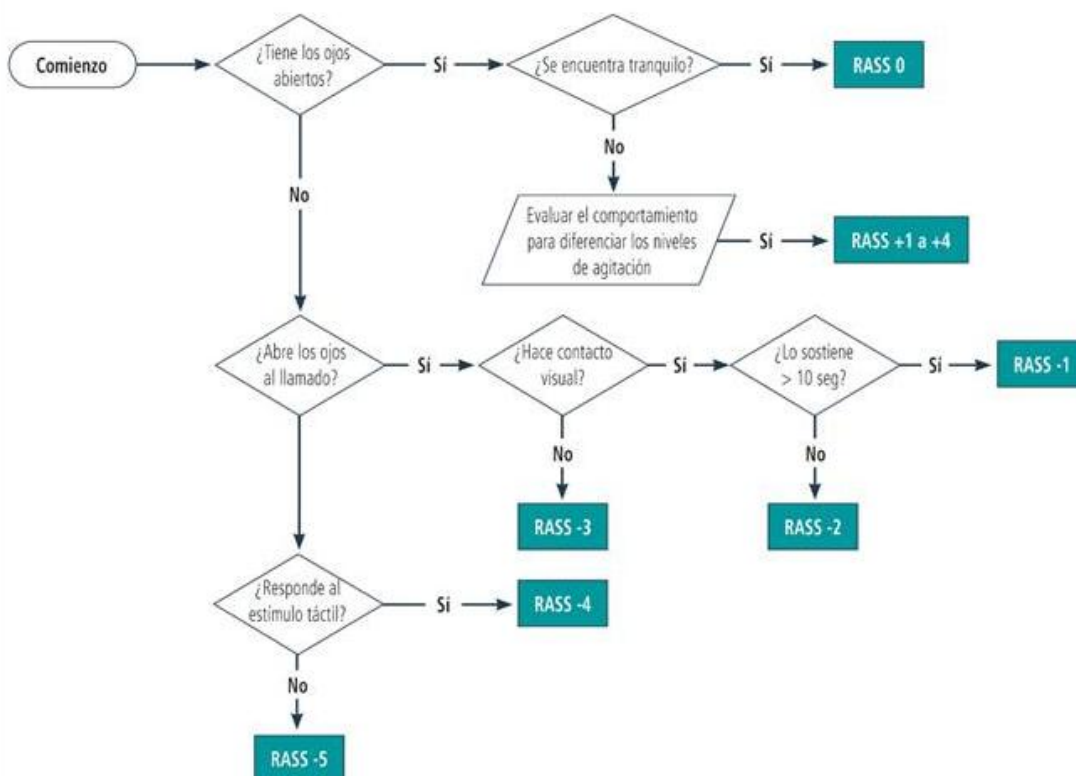
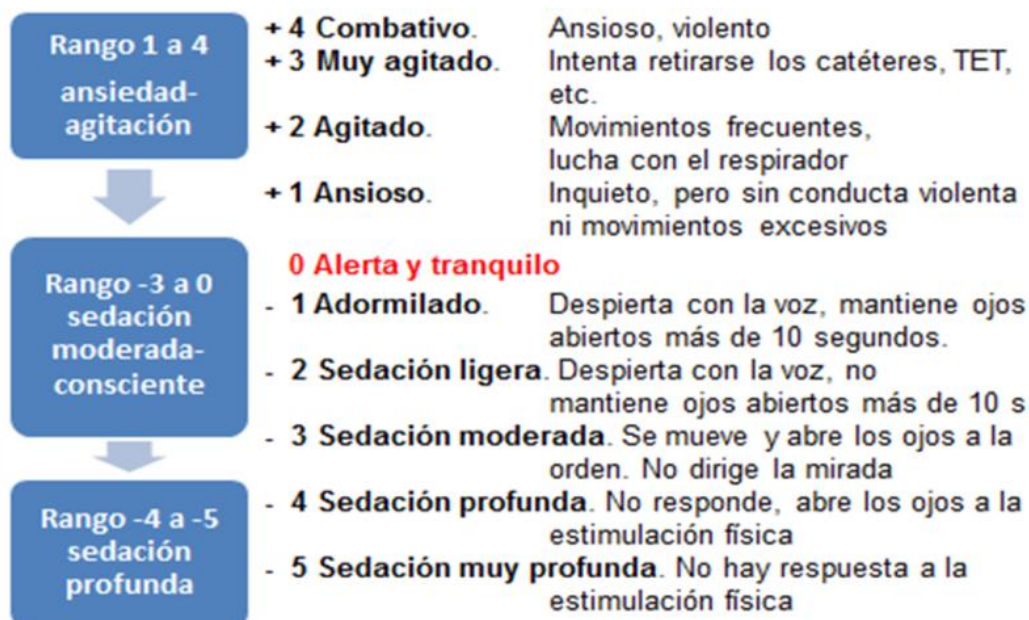
Nota. Lamture, V. y Lamture, Y. R. (2024). Escala de Calificación Numérica Verbal y Escala de Dolor Facial Revisada en Niños con Dolor Agudo: Un Estudio Comparativo para Determinar la Necesidad de Analgesia. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.56854>

Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)

ESCID	0	1	2
MUSCULATURA FACIAL	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual, dientes apretados
TRANQUILIDAD	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales, inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades
TONO MUSCULAR	Normal	Aumento de la flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido
ADAPTACIÓN A VENTILACIÓN MECÁNICA	Tolera la ventilación mecánica	Tose, pero tolera la ventilación mecánica	Lucha con el respirador
CONFORTABILIDAD	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de controlar al tacto o hablándole

Nota. García-Martínez, K. M., Soto-Aguilar, C., & Martínez-Martínez, J. (2023). Evaluación continua del dolor en terapia intensiva de CEMENAV, un acercamiento a los métodos de valoración y sus escalas. *Revista de Enfermería Neurológica*, 22(2), 14-28. <https://doi.org/10.51422/ren.v22i2.410>

Richmonn Agitation Sedation Scale (RASS)



Nota. Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P. y Elswick, R. K. (2002). Escala de agitación-sedación de Richmond. *Revista Americana de Medicina Respiratoria y de Cuidados Críticos*, 166(10), 1338-1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>

Intervenciones no farmacológicas para la prevención y tratamiento del *delirium*

	Actividades a desarrollar
Realizar la valoración del paciente:	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar al usuario identificando la presencia de factores de riesgo de presentar -delirium, con el fin de iniciar precozmente el tratamiento no farmacológico. -Realizar valoración del RASS en cada turno. -Realizar aplicación del modelo Predelirium (escala basada en la presencia de 10 factores de riesgo registrados después de las primeras 24 horas del ingreso a la UCI: edad, APACHE-II, tipo de admisión, admisión de urgencia, infección, coma, sedación, uso de morfina, nivel de urea y acidosis metabólica y el posterior desarrollo de delirium). -Realizar valoración del CAM-ICU en cada turno.
Controlar sedación y analgesia	<ul style="list-style-type: none"> -Mantener sedación consciente en los pacientes que necesiten una valoración periódica de su estado de conciencia, durante diferentes procedimientos terapéuticos, diagnósticos, durante el acoplamiento a la ventilación mecánica no invasiva, para la adaptación a las modalidades espontáneas de ventilación invasiva, o durante el proceso de retiro de tubo traqueal. -Evaluar la presencia de la tolerancia y el síndrome de abstinencia en todos los pacientes graves que se han manejado con sedantes y opioides a grandes dosis. -Disminuir progresiva y gradualmente los sedantes y opioides previa indicación médica para evitar síndromes de abstinencia, inicialmente de un 20 a un 40% de la dosis y posteriormente el 10% cada 12-24 horas. -Realizar interrupción diaria de la infusión de sedantes y analgésicos con el fin de disminuir la dosis total administrada, excepto a pacientes con hipertensión intracraneal y con inestabilidad hemodinámica. -Evaluar el despertar del usuario al suspender la sedación, informar al médico y reiniciar la sedación.
Favorecer ciclo vigilia sueño	<ul style="list-style-type: none"> -Mantener las cortinas elevadas durante el día garantizando la privacidad durante intervenciones que lo ameriten. -Utilizar la luz de intensidad baja durante la noche para las actividades que lo permitan. -Utilizar antifaz en las noches para los pacientes que presentan trastorno del sueño. -Mantener los niveles de ruido permitidos 60 decibeles, (voz baja, movilización de equipos con cuidado, graduación de niveles de alarma de equipos biomédicos). -Agrupar las intervenciones de cuidado en el horario nocturno para disminuir las interrupciones del sueño. -Modificar los horarios de los medicamentos orales, de administración SC, IM máximo hasta horas 22:00.
Realizar reorientación:	<ul style="list-style-type: none"> -Saludar al paciente por su nombre al recibir turno, realizar presentación del equipo que va a estar a cargo del cuidado. -Orientar al paciente en: tiempo, lugar, espacio. -Orientar al paciente a través de un calendario. -Permitir la comunicación no verbal (usuario/familia y personal de salud); utilizar tablero acrílico con marcadores borrables. -Solicitar a la familia, objetos comunes (gafas medicadas, prótesis dentales, fotos, mensajes, libros) -Gestionar la consecución del televisor en el servicio.

	Actividades a desarrollar
	<ul style="list-style-type: none"> -Permitir la visita flexible garantizando el acompañamiento del cuidador líder y/o familiares de relación afectiva significativa -Evaluar el impacto del familiar en el paciente sobre el proceso de recuperación del mismo -Direccionar y educar al familiar sobre las intervenciones que puede realizar al usuario como: masaje de manos y pies, lubricación de labios, lectura de literatura, dibujos, reorientación con las fotos, y experiencias familiares importantes de característica positiva, mensajes de ánimo)
Estimular procesos cognitivos:	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la realización de actividades que favorecen la estimulación de procesos cognitivos como: sopas de letras, crucigrama. -Solicitar a la familia del paciente traer periódicos o revistas con fechas actuales y libros, de acuerdo a las preferencias del usuario.
Realizar movilización temprana	<ul style="list-style-type: none"> -Reevaluar la posibilidad de retirar la sujeción cada 8 horas. -Direccionar la movilización fuera de la cama de acuerdo a la condición clínica del usuario. -Movilizar fuera de la cama de acuerdo a la condición clínica del usuario - -Realizar registros de enfermería en la historia clínica del usuario de las intervenciones realizadas.
Tratamiento del dolor	<ul style="list-style-type: none"> -Reducir la dosis de opiáceos con otros analgésicos no opiáceos. -Intentar evitar los fármacos productores de delirio: como benzodiazepinas - -Prevención y tratamiento precoz del síndrome de abstinencia de sustancias consumidas antes del ingreso como alcohol, nicotina, cocaína, heroína. -Si el paciente permanece intubado más de 7-14 días, plantearse la realización de una traqueostomía precoz: reduce la necesidad de sedación y mejora la comunicación del paciente. -Previsión y tratamiento precoz del síndrome de abstinencia tras sedoanalgesias prolongadas en UCI: plantear reducción gradual de la dosis, versus interrupción diario de la sedación. -Deben evitarse las medidas de contención, como las barandillas, muñequeras y cinturón torácico que se emplean para control de la agitación psicomotriz.

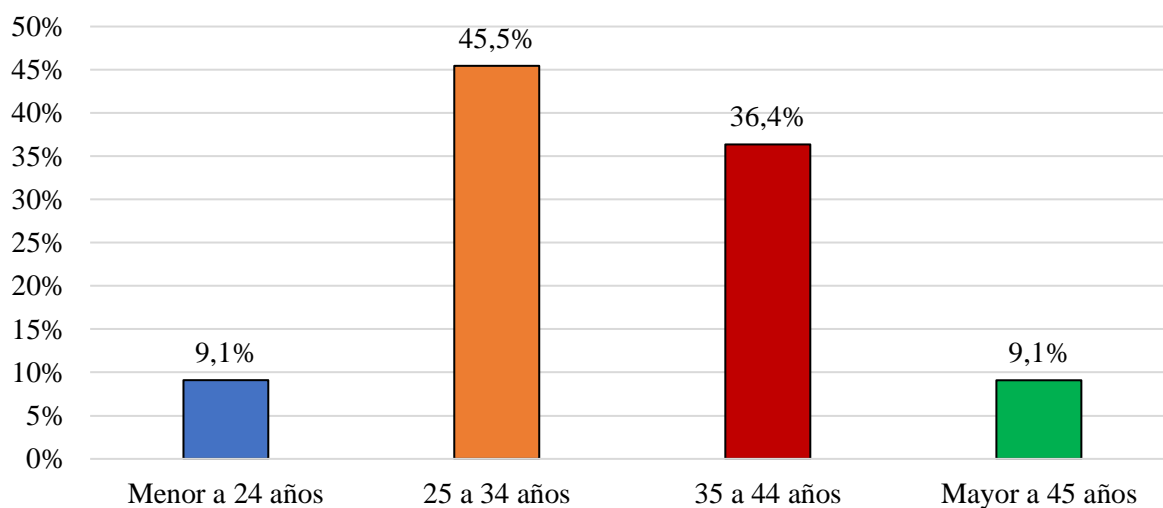
E. Tablas complementarias

Tabla 8. Distribución por edad del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 24 años	1	9,1%
25 a 34 años	5	45,5%
35 a 44 años	4	36,4%
Mayor a 45 años	1	9,1%
Total	11	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6. Distribución por edad del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



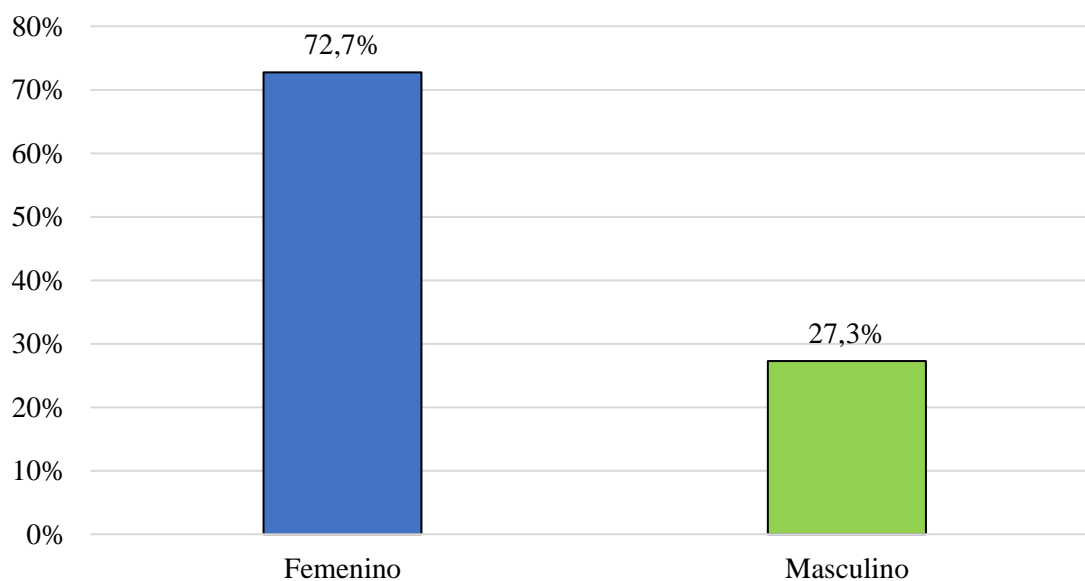
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Distribución por sexo del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	8	72,7%
Masculino	3	27,3%
Total	11	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7. Distribución por sexo del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



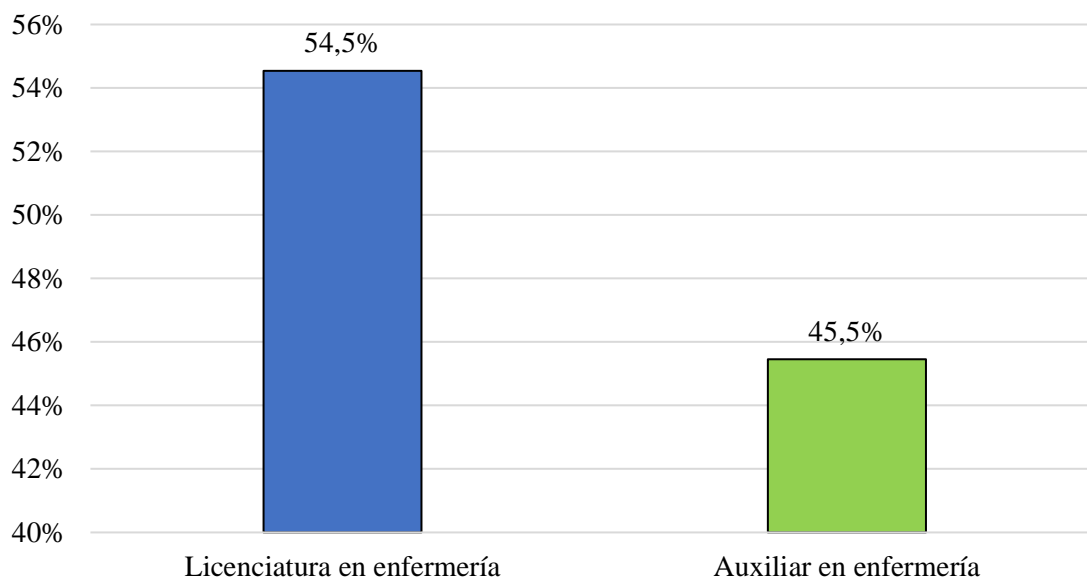
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Distribución por nivel de formación académica del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Nivel de formación académica	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura en enfermería	6	54,5%
Auxiliar en enfermería	5	45,5%
Total	11	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8. Distribución por nivel de formación académica del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



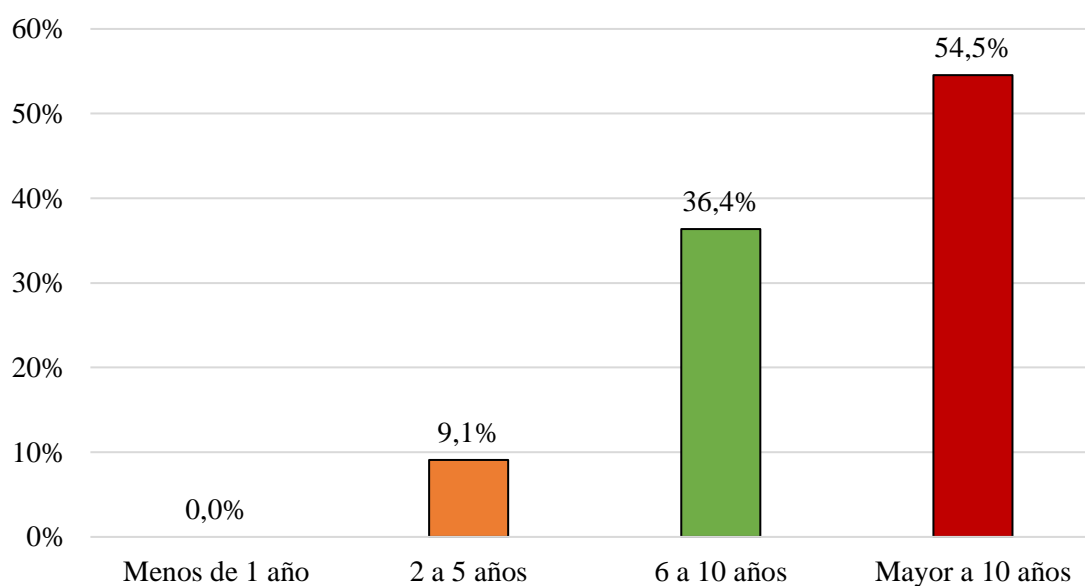
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Distribución por años de experiencia laboral en enfermería del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Años de experiencia laboral en enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	0	0,0%
2 a 5 años	1	9,1%
6 a 10 años	4	36,4%
Mayor a 10 años	6	54,5%
Total	11	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9. Distribución por años experiencia laboral en enfermería del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



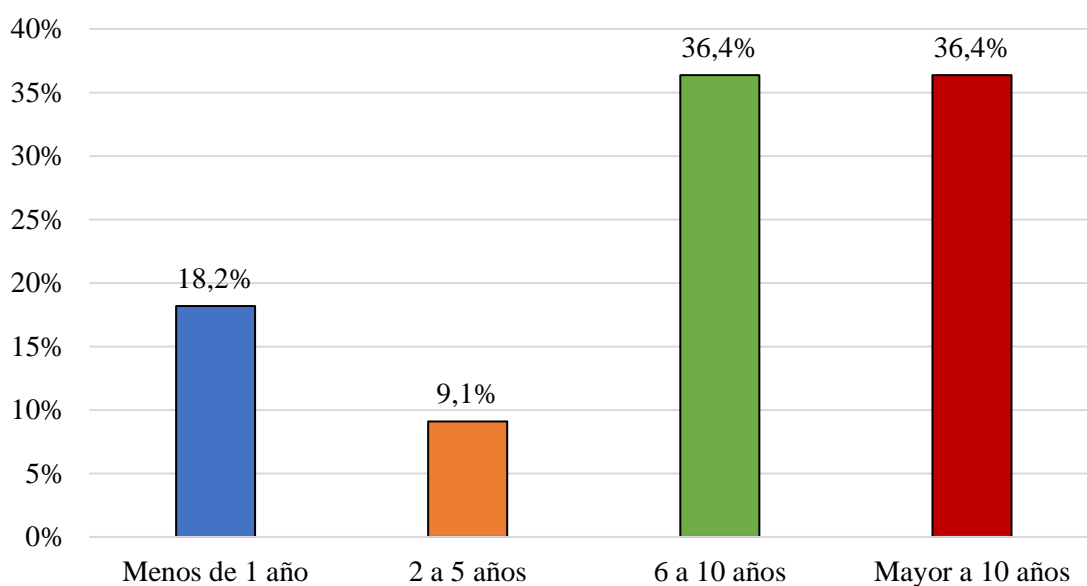
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Distribución por años de experiencia laboral específica del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.

Años de experiencia laboral en UTI	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	2	18,2%
2 a 5 años	1	9,1%
6 a 10 años	4	36,4%
Mayor a 10 años	4	36,4%
Total	11	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 10. Distribución por años de experiencia laboral específica del personal de enfermería en la UTI del IGBJ, Sucre, 2025.



Fuente: Elaboración propia.

F.Fotografías

Recolección de la información



