



TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTE CRÍTICO CON TRAQUEOSTOMIA Y VENTILACIÓN MECÁNICA Intervención.

Nasly B. Flórez Flórez
Terapeuta Ocupacional
Mgs. Neuro rehabilitación
TO Unidad Quemados
y UPC HUAP
Medicina Física y Rehabilitación



Introducción



La Terapia Ocupacional proporciona herramientas de intervención que facilitan la rehabilitación integral de un usuario con VMI y VMNI, facilitando el trabajo interdisciplinario y el proceso de recuperación desde una etapa precoz.

Conocer las herramientas de evaluación e intervención, así como las estrategias terapéuticas a implementar son la base fundamental para una intervención certera y óptima.

Objetivos



- ❖ Identificar las herramientas de evaluación desde Terapia Ocupacional en paciente adulto en la Unidad de cuidado crítico.
- ❖ Reconocer y describir las estrategias de intervención de Terapia Ocupacional en usuarios con Traqueotomía.
- ❖ Identificar bases para el manejo del Delirium desde Terapia Ocupacional.
- ❖ Aplicar conocimientos bajo la experiencia de un Caso Clínico.

Guía

Definición perfil de paciente adulto que ingresa a UCI con VMN y VMI

Definición de términos TQT

Intervenciones de TO en UCI

Objetivos de Terapia Ocupacional.

Evaluaciones de TO al paciente crítico con TQT.

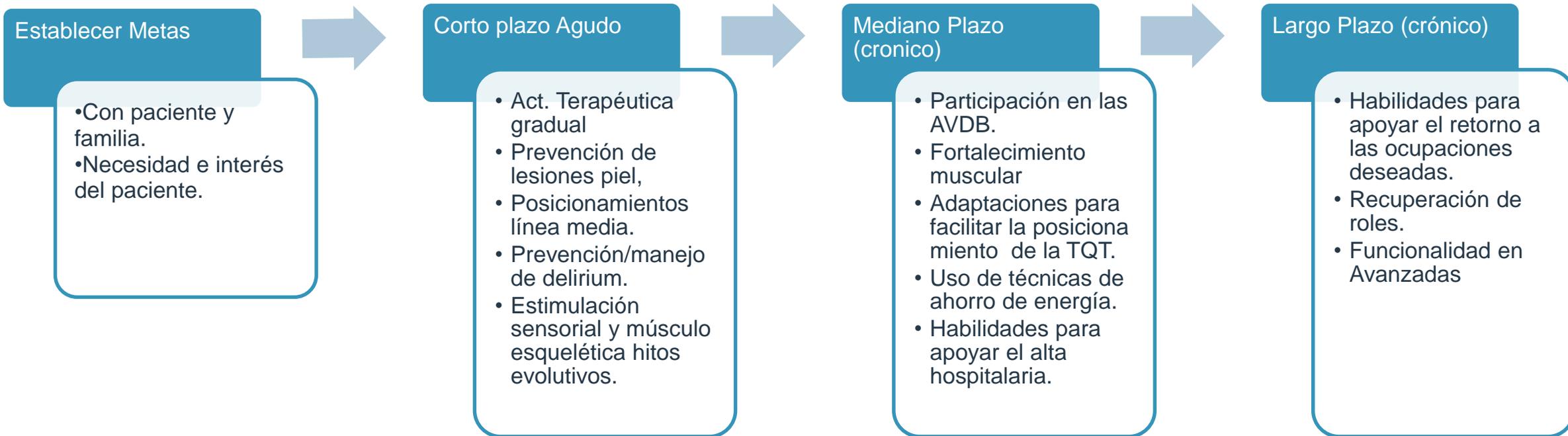
Aspectos Clínicos y fisiológicos en la atención TO en UCI

Estrategias de intervención

Categorización

Conclusiones.

Evaluación de Terapia Ocupacional



Evaluaciones desde TO en UCI

Estado Alerta

Evaluación conciencia Glasgow (GSC)
Escala de agitación y sedación Richmond (RAAS)
Escala de agitación y sedación (SAS)
CAM/ CAM ICU
Cooperación S5Q

Estado Cognitivo

Pfeiffer val cognitiva
Evaluación cognitiva de Montreal MOCA / MMSE
TEC. Evaluación amnesia postraumática GOAT.
Escala del Rancho de los amigos ERLA

Evaluación funcional

Indice de Barthel /FIM/COPM
Indice de Katz
Dependencia/independencia en las AVDs

Aspectos Sensoriales

- Visual
- Auditivo
- Propioceptivo
- Vestibular
- **Valoración Cutánea/ edema**

Motor

Escala Daniel´s fuerza /MRC
Escala de BORG (modificada)
Ashworth: tono muscular
Valoración ROM
Máximo hito motor (KNTM)

AATT y Órtesis

Desplazamiento
Prevención de LPP
Posicionamiento
Adaptaciones

Consideraciones Clínicas

	Parámetros para TO
Cardiovasculares.	F cardíaca 60-130 lat/min PA sistólica entre 90-180 mm –Hg PAM 60-100 mm Hg
Respiratorio	FR 5-40 resp/min Spo2 \geq 88% Fio2 < 0,6 Presión positiva al final de la expiración < 10 Tubos de TET o TQT asegurado
Neurológico	Intervención SAS 1-2 Protocolo movilización SAS 3-4
Debe estar ausente	Arritmia nueva o sintomática Dolor en pecho por preocupación por isquemia miocardio. Sangrado gastrointestinal activo o no controlado.

SUSPENDER

- ❖ Presión intracraneal elevada.
- ❖ Pérdida de sangre gastrointestinal activa.
- ❖ Isquemia miocárdica activa.
 - ❖ Asincronía paciente – ventilador.
 - ❖ Vía aérea insegura.
 - ❖ Rechazo del paciente.
 - ❖ Cambio de estado de conciencia.

Consideraciones Clínicas

CONSIDERACIONES CLÍNICAS	Movilización precoz	Entrenamiento en AVD	Estimulación Cognitiva	Comunicación Alternativa
Fractura inestable de pelvis, huesos largos de EEII o columna.				
Herida de cirugía abierta grande				
Paciente Febril				
Debilidad muscular adquirida en UTI				
Otro tipo de drenajes o catéteres (drenaje torácica, sonda naso enteral o gástrica y sonda vesical) cuidado para evitar tracciones o desplazamientos accidentales.				

Consideraciones Cardiovasculares

CONSIDERACIONES CARDIOVASCULARES	Movilización precoz	Entrenamiento en AVD	Estimulación Cognitiva	Comunicación Alternativa
FC > 40 bpm ** e < 130 bpm.				
FC entre 120 bpm y 150 bpm.				
FC > 150 bpm.				
Presión arterial alta causando síntomas.				
Presión arterial baja con DVA***.				
Presión arterial alta con bajas dosis de drogas.				
Presión arterial alta con altas dosis de drogas.				
Bradicardia aguardando colocación de marcapasos (MP)****.				
Bradicardia sin requerir (MP).				

Consideraciones Neurológicas

CONSIDERACIONES NEUROLÓGICAS	Movilización precoz	Entrenamiento en AVD	Estimulación Cognitiva	Comunicación Alternativa
Paciente somnoliento, calmo y en reposo.				
Paciente muy sedado (RASS \leq -4)				
Paciente agitado Combativo.				
Paciente con Glasgow entre 14 y 15.				
Paciente con monitorización con presión intracraneana.				
Lesión de columna sin fijación adecuada.				
Mareos y sincopes no controlados				

Intervención de T.O. en paciente TQT

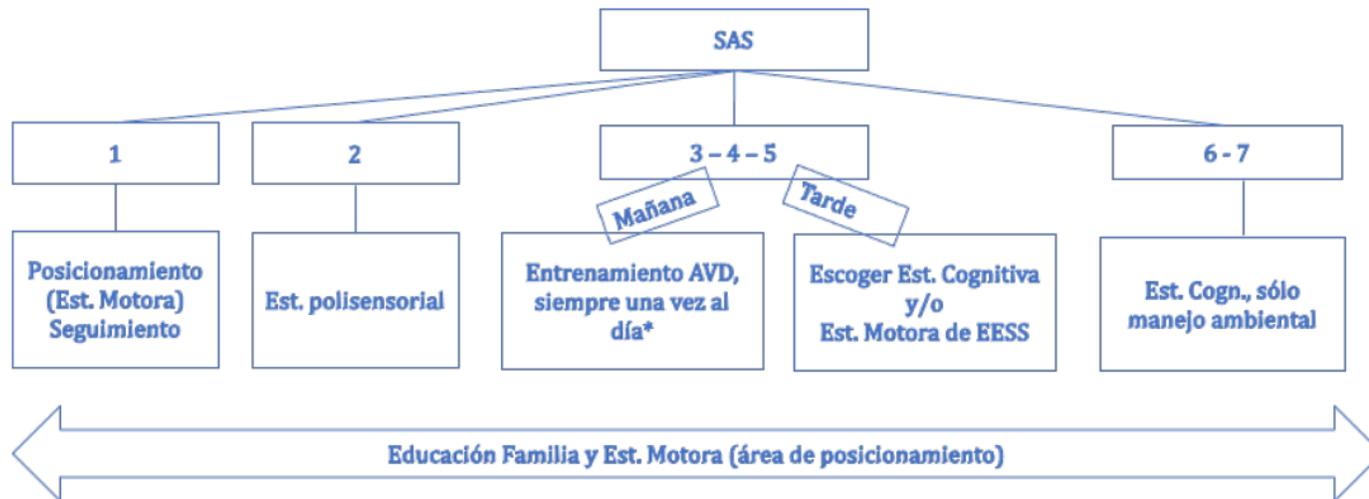
CONSIDERACIONES RESPIRATORIAS	Movilización precoz	Entrenamiento en AVD	Estimulación Cognitiva	Comunicación Alternativa
TUBO OROTRAQUIAL				
TRAQUEOSTOMIA				
SPo2 > 90%				
SPo2 < 90%				
Fr < 30 lpm				
Fr > 30 lpm				
Posición Prono				

Protocolo de Terapia Ocupacional en paciente con VM en UCI ...



Implementación Protocolo de Terapia Ocupacional

Proyecto FONIS SA19I0138
“Terapia Ocupacional Precoz e intensiva mejora el estado funcional al alta de pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica :Ensayo clínico Randomizado”



*Es una propuesta de las áreas de intervención a implementar, las que se ajustarán también a las motivaciones y posibilidades del paciente y del contexto.

Posicionamiento

- **Objetivo:**

Prevención de retracciones, lesiones por presión LPP, manejo de edema y conservar ROM funcionales.

- **Posición supino:**

Tronco debe estar alineado con las caderas.

Rodillas y tobillos en posición neutra, y los primeros orfejos de ambos pies apuntando hacia el techo.

Los hombros deben estar en 30° flexión y 45° abducción, las muñecas en 20°- 30° de extensión y las manos en posición funcional.

- **Aditamentos: KIT SUPINO (2 Tae, 2 Cae, 1cefálico)**

Uso de almohadas, rollos, cojines y férulas de reposo a medida .

Uso de colchón antiescaras, sistemas antiequino y alzaropas.

- Frecuencia: Uso 2 horas supino y sedente.



Cojín Cefálico



Posicionamiento



- **Posición Prono:**

Tronco debe estar alineado con las caderas.

Rodillas en semiflexión con protecciones .

Pies sobre cojín elevador para mantener extensión plantar

Los hombros alineados y la EESS en posiciones contralaterales de nadador.

Cuello puede ser ubicado en lineal con tronco o lateral al mismo lado de la ES flexionada.

Cadera en semiflexión con apoyo de mulo y pierna y tronco con elevación de tronco superior y brazo.

Colchón Corto y 10° inclinación.

- **Aditamentos: KIT PRONO 6 cojines (mano, cara, tronco, pelvis, rodilla, pies)**

Uso de almohadas, rollos, cojines faciales para TQT y férulas de reposo a medida .

Uso de colchón anti-escaras, sistemas anti-equino y alzaropas.

- **Frecuencia:** Uso 2 horas un lateral, 2 hrs lateral contrario.



Cojín facial
TOT



Cojín facial
TQT



Estimulación polisensorial

Objetivo: Mantener la relación de alerta de la persona con el ambiente.

Estimular al paciente para organizar sensaciones y responder de forma apropiada al estímulo.

Promover la participación y activación Voluntaria

Evitar sobre estimulación



Mobilización Precoz

Mobilización pasiva, activo y progresiva.

Contrarrestar los efectos de la sedación e inmovilidad

Prevenir y disminuir déficit neurocognitivo y debilidad física.

Estimular y mantener fuerza y patrones de ejecución por debilidad muscular significativa.

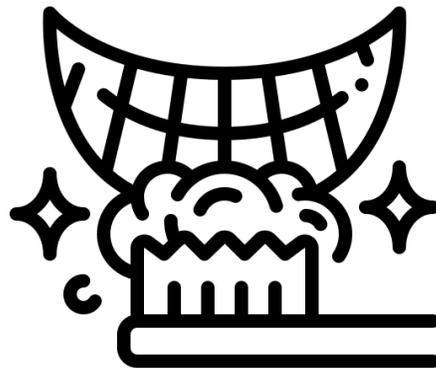
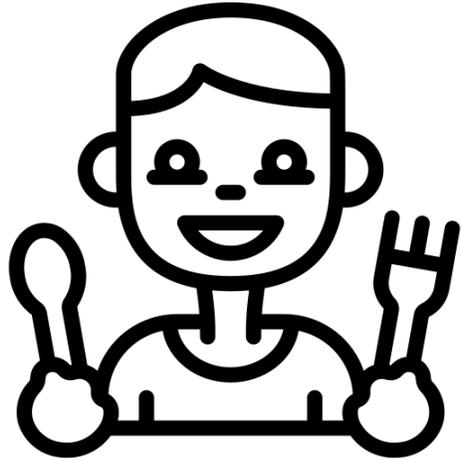
Educación de mecánica corporal, estiramientos y progresión de ejercicios.

Prevención del delirium /Manejo de trastornos cognitivos.

Prevenir presencia y/o prolongación del dolor



Entrenamiento en las AVD-B



Higiene en cama (equipo), rutinas y patrones de movimiento.

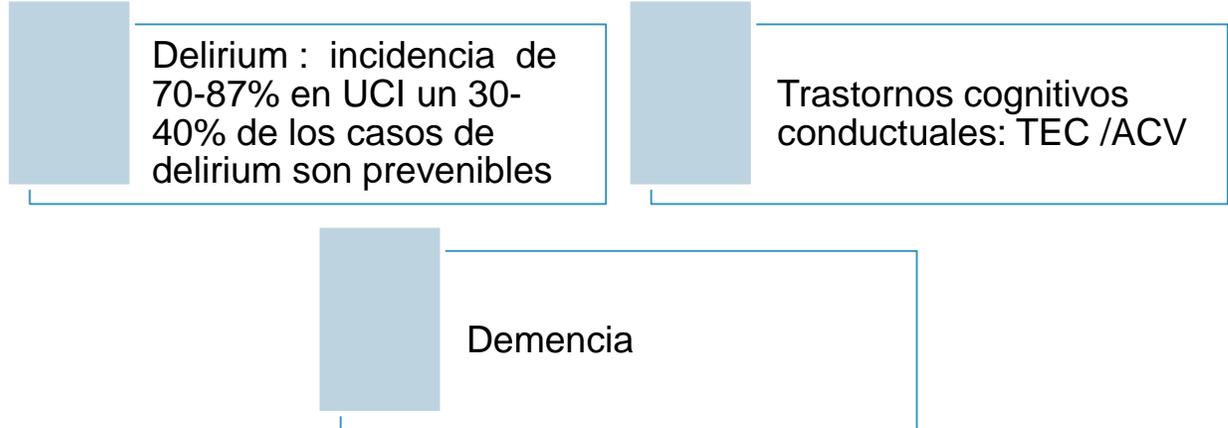
Participación progresiva en AVD-B (higiene, ascicalado, alimentación)

Técnicas de ahorro y conservación de de energía.

Equipos de adaptación, equipos médicos accesibilidad.

Prevención del delirium

Estimulación Cognitiva



- ✓ **Instrumentos Delirium:** CAM, test 4AT, NuDESC y el 3D-CAM. profundizar en <https://deliriumnetwork.org>
- ✓ **Del. UCI:** ICDSC y el CAM-ICU

Delirium– CAM-ICU



La presencia de delirium (síndrome confusional) requiere la presencia de todos los criterios siguientes: DSM-V

- A.** Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B.** La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C.** Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D.** Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E.** En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Criterio 1. Comienzo agudo	Positivo	Negativo
Es positivo si la respuesta es sí para 1A o 1B		
1A. ¿Existe evidencia de un cambio agudo en el estado mental en relación con el estado basal?		
1B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24h? Es decir, ¿tiende a aparecer y a desaparecer o aumenta y disminuye en intensidad evidenciado por la fluctuación en una escala de sedación (SAS [Sedation-Agitation Scale 'Escala de Sedación-Agitación'] o RASS [Richmond Agitation-Sedation Scale 'Escala de Sedación-Agitación de Richmond']), escala de Glasgow o en la evaluación previa de delirium?		
Criterio 2. Inatención	Positivo	Negativo
Es positivo si el puntaje para 2A o 2B es menor a 8 (de un máximo de 10)		
2A. Comience con el componente auditivo del ASE (Attention Screening Examination 'Examen para la Evaluación de la Atención'). Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3		
2B. Si el paciente no es capaz de realizar la prueba auditiva o la puntuación no es clara y existen dudas, proceda a aplicar la prueba visual. Si se aplican las 2 pruebas, use el resultado del ASE visual para la puntuación		
Criterio 3. Pensamiento desorganizado	Positivo	Negativo
Es positivo si el puntaje combinado (3A+3B) es menor a 4 (de un máximo de 5)		
3A. Preguntas de sí o no (usar grupo A o grupo B, alternar los grupos en días consecutivos si lo considera necesario):		
Grupo A	Grupo B	
¿Puede flotar una piedra en el agua?	¿Puede flotar una hoja en el agua?	
¿Existen peces en el mar?	¿Existen jirafas en el mar?	
¿Pesa 1 kg más que 2 kg?	¿Pesan 2 kg más que 1 kg?	
¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo?	¿Se puede usar un martillo para cortar madera?	
Puntaje: el paciente obtiene un punto por cada respuesta correcta.		
3B. Órdenes		
Diga al paciente: "muéstreme cuántos dedos hay aquí". Enseñe 2 dedos al colocarse delante del paciente		
Posteriormente dígame: "haga lo mismo con la otra mano". Si el paciente es incapaz de mover ambos brazos, para la segunda parte de la orden dígame: "agregue un dedo más"		
Puntaje: el paciente obtiene un punto si es capaz de obedecer ambas órdenes		
Criterio 4. Nivel de consciencia alterado	Positivo	Negativo
Es positivo si la SAS es diferente a 4 o la RASS es diferente a 0		
Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos total	Positivo	Negativo
La presencia de los criterios 1 y 2 y la presencia de cualquiera de los criterios 3 o 4 confirman la presencia de delirium		

2019 American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. American Psychiatric Publishing; 2013 [cited 2019 Aug 9]. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425657>.

2010. Tobar E., Romero C., et al., Método para la evaluación de la confusión en las unidades de cuidados intensivos para el diagnóstico del delirium; adaptación cultural y versión en idioma español. 2009 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados. doi:10.1016/j.medint.2009.04.003

Medidas de prevención del Delirium en Paciente Crítico UPC Quemados HUAP

Ciclo sueño vigilia

- Apagar las luz del box desde las **10 pm hasta las 8 am.**
- Realizar baño a pacientes a partir de las 6 am, no antes.
- Cambios de posición en la noche cada 4 horas.
- CSV espaciados según estabilidad del paciente
- Evitar procedimientos nocturnos que no sean de Urgenci

Orientación en tiempo espacio

- Presentarme y explicar el procedimiento a realizar: "Hoy mi nombre es ____ soy ____ y le realizaré ____"
- En su primer acercamiento al paciente, indicar: lugar, día fecha y hora. Use las ayudas visuales.
- Tenga a la vista reloj, calendario y su credencial.
- Tener visibles horarios de alimentación.

Ambiente tranquilo y en silencio

- Recuerde **NO GRITAR**
- Recuerde ingresar al box **SIN** ruidos (música, golpes y/o maquinarias innecesarias).
- Implemente solo un estímulo terapéutico a la vez (música o TV) de forma controlada.

Calidad de los cuidados

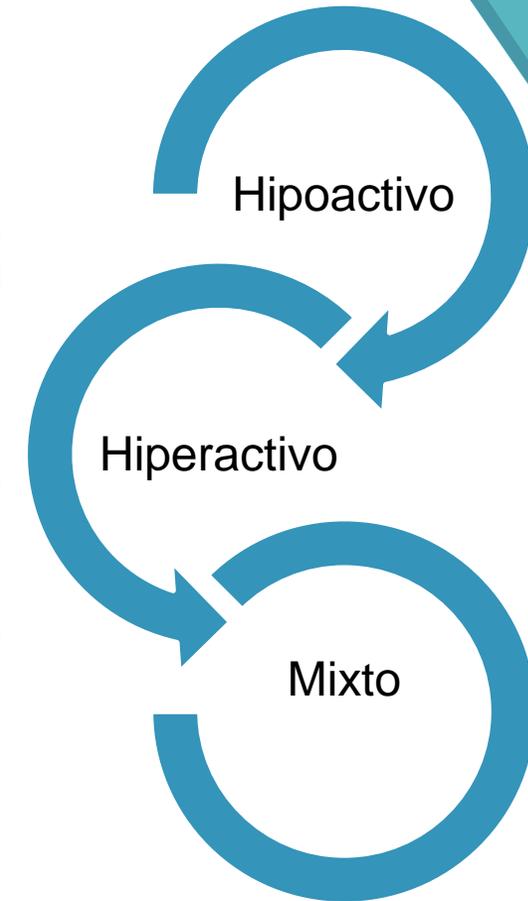
- Implemente el manejo del dolor y su seguimiento.
- Promueva la hidratación adecuada (en lo posible oral).
- Control, tratamiento y seguimiento de eliminación.
- Implementar adecuado posicionamiento y cambios cada 2 horas.
- Uso de contenciones físicas únicamente con prescripción manejo médico.
- Evaluar **retiro precoz** de elementos invasivos
- Reconocer pacientes con antecedentes precusores (abstinencia, conductuales, comorbilidades)
- Proporcione elementos de uso diario como lentes, audifon y prótesis dentales

Participación de la familia

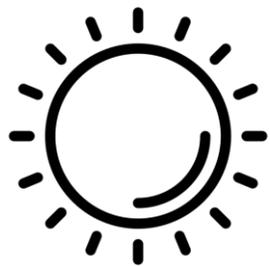
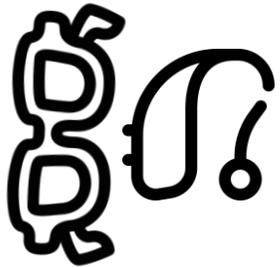
- Educar e informar a la familia con respecto al delirium.
- Orientar a la familia sobre elementos personales de apoyo terapéutico.
- Evaluar e identificar pacientes que requieren mayor vigilancia y/o apoyo familiar.

Rehabilitación precoz

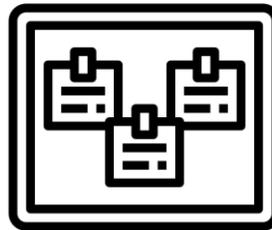
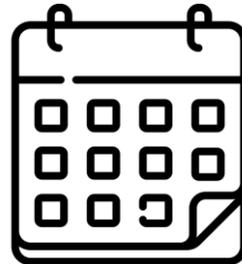
- Definir y estimular condiciones de funcionalidad en la deglución
- Definir e implementar condición motora, respiratoria y funcional.
- Definir y estimular condiciones de conciencia, respuesta cognitiva, polisensorial y funcionalidad.



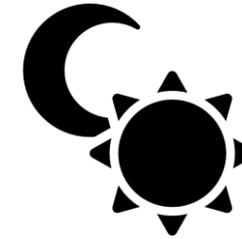
No farmacológico



Sensitivos



Terapia Orientación a la realidad



Motor/ emocional

Comunicación Aumentativa



- ✓ Progresivo.
- ✓ De simple a complejo
- ✓ De no verbal a Verbal
- ✓ De señalización a Grafos



Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Terapia Ocupacional

Adaptador universal



- Su fin es aumentar la funcionalidad en tareas manipulativas que impliquen el uso de objetos finos, tales como lápiz, cubiertos, cepillo de dientes, etc...
- Fijar la órtesis con el velcro disponible para ello.
- Consta de una adaptación para insertar el objeto que se desea utilizar.
- Utilizar solo durante actividades manipulativas.
- En caso de presentar molestias, zonas de presión o heridas, dar aviso a Terapeuta Ocupacional para realizar modificaciones.



Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Terapia Ocupacional

APUNTADOR CEFÁLICO FACILITADOR DE COMUNICACIÓN



Indicaciones de Uso:

- La ayuda técnica es de material rígido NO exponer al calor.
- Su fin es facilitar al paciente con lesión medular alta el proceso de señalización y accesibilidad a tableros de comunicación y/o teclados.
- Debe usarse cuando el paciente requiere la comunicación de ideas complejas que no puede transmitir por la modulación no verbal ya sea entrevistas o proceso cognitivos.
- Esta ayuda se acompaña de un tablero con sujeción que facilite la accesibilidad.
- no retirar de la ubicación donde se dispone para el paciente
- En caso de daño o falla avisar a Terapia Ocupacional.

CÓMO ME ESTOY SINTIENDO



Pranchas de Comunicação Alternativa para o ambiente hospitalar - Terapia Ocupacional da UFRJ

Fonte: http://www.portalassistiva.com.br/pranchas/atividades.php?opcao=4&cod_atividade=2916

Comunicación Aumentativa

Disminución de la sedación y ventilación mecánica

- Verbalizaciones
- Campo visual
- Presentarse
- Frases cortas y simples.
- Común No verbal asertiva.
- Terapia orientación a la realidad TOR.
- Definir síntomas comunes incomodos.



Mejor Nivel de conciencia.

- Evaluación de componente comunicativos.
- Evaluación de respuestas sensoriales.
- Valoración de proceso cognitivos.
- Evaluación de respuesta motoras.
- Interacciones con elementos externos o ayudas tecnológicas .



Necesidad de ampliar la comunicación

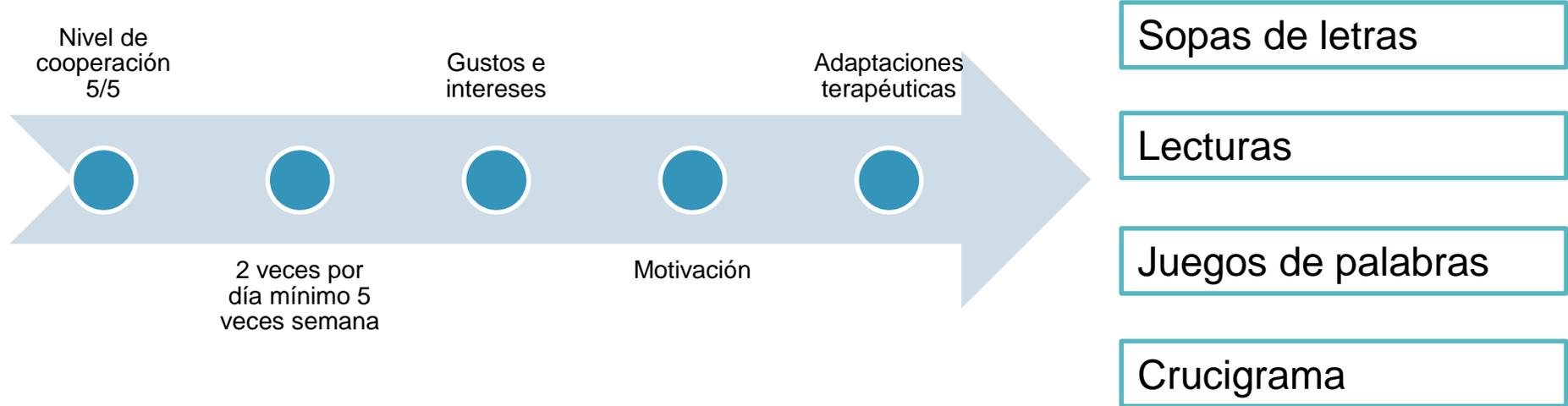
- Fomentar la autonomía del paciente.
- Promover aumento de vocabulario progresivo asociado a las AVD.
- Instar la expresión de ideas y decisiones, relacionadas con su proceso.
- Mantener la comunicación con familia y/o tutor.



Estimulación Cognitiva Progresiva



Estimulación del lenguaje no verbal/ verbal



Bienestar Emocional

Educación en el manejo de la sensación de disnea con el fin de reducir la ansiedad.

- Hacer consciente al paciente de la relación entre mente y cuerpo.

Métodos de relajación

- Facilitación de la comunicación con la familia

Personalizar el entorno

- Ocio como actividad significativa.

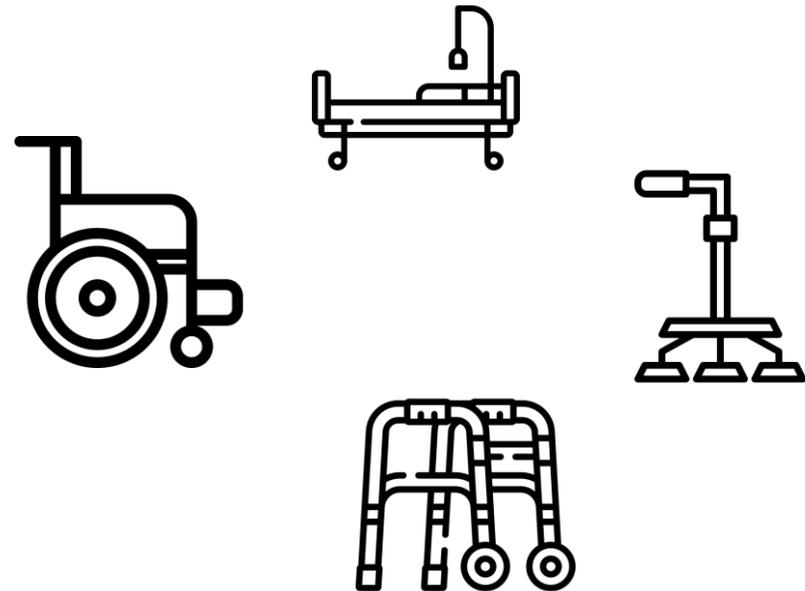
Contención emocional, trabajo autoestima y motivación.

- Trabajo en equipo con las áreas biopsicosociales.

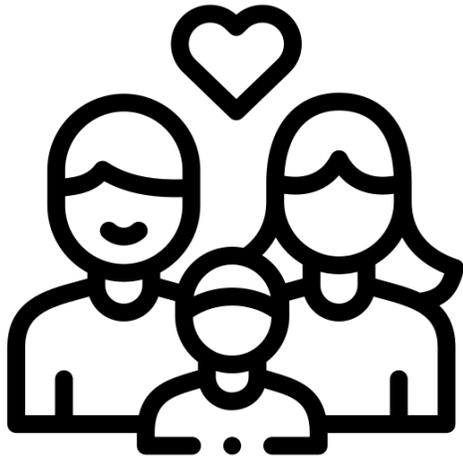
Prescripción de ayudas técnicas precoz

La DAUCI y hospitalización prolongada ha demostrado que al alta los paciente requiere AATT para facilitar la accesibilidad a la comunidad.

- GES (IPD)
- No GES (A.social)
- Activación de RED comunidad



Educación precoz a familia



Estimulación
cognitiva

Técnicas de
relajación

Equilibrio
ocupacional
en el
aislamiento

Tranquilizar
al paciente y
familia sobre
cambios
funcionales.

Orientación
en las
adaptaciones
del entorno

Conceptos básicos de la
condición del paciente y claridad
en el rol como familia

Frecuencia de las atenciones en Terapia Ocupacional UCI

Intervención Directa: 30 a 40 min 2 veces al día 5 veces semana mínimo (delirium) idealmente.

Duración y frecuencia según las necesidades y realidad tanto de paciente como establecimiento de salud.

FONIS – protocoliza la intensidad y la frecuencia de acuerdo al estudio en curso.

CATEGORIZACION SEMANAL			
PUNTAJE	CANTIDAD DE SESIONES	DELIRIUM O TCC COOPERA	DELIRIUM O TCC NO COOPERA
0-2	2	2+4=6	2+1=3
3-4	3	3+3=6	3+0=3
5-6	4	4+2=6	NO EXISTE

Educación precoz al Equipo

PICS en COVID

- Importancia del equipo multidisciplinario y la rh precoz
 - Motor : protocolos de movilización precoz y seguimiento
 - Fono : evaluación a través de triage de riesgo de disfagia
 - TO : posicionamiento pronoy supino de manera transversal
 - Fisiatra : pesquisa de pacientes de riesgo
- Educación: trípticos
- Hospitalización domiciliaria
- Estudio de seguimiento

Activar Windows
Vea la configuración de Windows.



Caso Clínico

NN

36 años

Masculino

Dx: Trauma toracoabdominal x arma blanca complicado operado. Hemoneumotorax d° drenado, Fx 8va y 9na costilla, lesión diafragmática d° reparada. Condensación + derrame derecho. Laceración hepática-> paking-aseo-cierre. Colecciones residuales-subcapsular hepático-periesplénico-interasas-> drenaje Colección subcapsulra hepática. Delirium hiperactivo. Trombosis de rama de la porta. TEP

SAS 2-3 inquieto, sin apertura ocular ni conexión con el medio VMI x TQT percutanea modo espontáneo ventanas en terapia de alto flujo TAF. Medicado con fenta 4.0. actualmente se implementan movilizaciones pasivas S (P), estimulación polisensorial con retirada de EEII a estímulo nociceptivo.

Análisis de Caso

- 36 años
- Fx 8va y 9na costilla
- Condensación + derrame derecho
- TEP
- SAS 2-3 inquieto
- No apertura ocular ni conexión con el medio
- Delirium hiperactivo
- Medicado con fenta 4.0
- VMI x TQT percutanea modo espontáneo ventanas en TAF
- Estimulación movilizaciones pasivas S (P), estimulación polisensorial.

	No TO
Presión arterial media PAM	< 65 ó >110,
PA sistólica	> 180 mmHg hipotensión ortostática
Frecuencia Cardíaca FC	< 40 ó > 130 lat/min
Frecuencia Respiratoria FR	<5 ó >40 resp/min
Oximetría de pulso	<88% disminución de >4%
Alto nivel de sedación	RASS ≤ 3 ó RASS ≥ 4

- ❖ Presión intracraneal elevada.
- ❖ Pérdida de sangre gastro- intestinal activa.
- ❖ Isquemia miocárdica activa.
- ❖ Asincronía paciente –ventilador.
 - ❖ Vía aérea insegura.
 - ❖ Rechazo del paciente.

Escala de sedación-agitación SAS

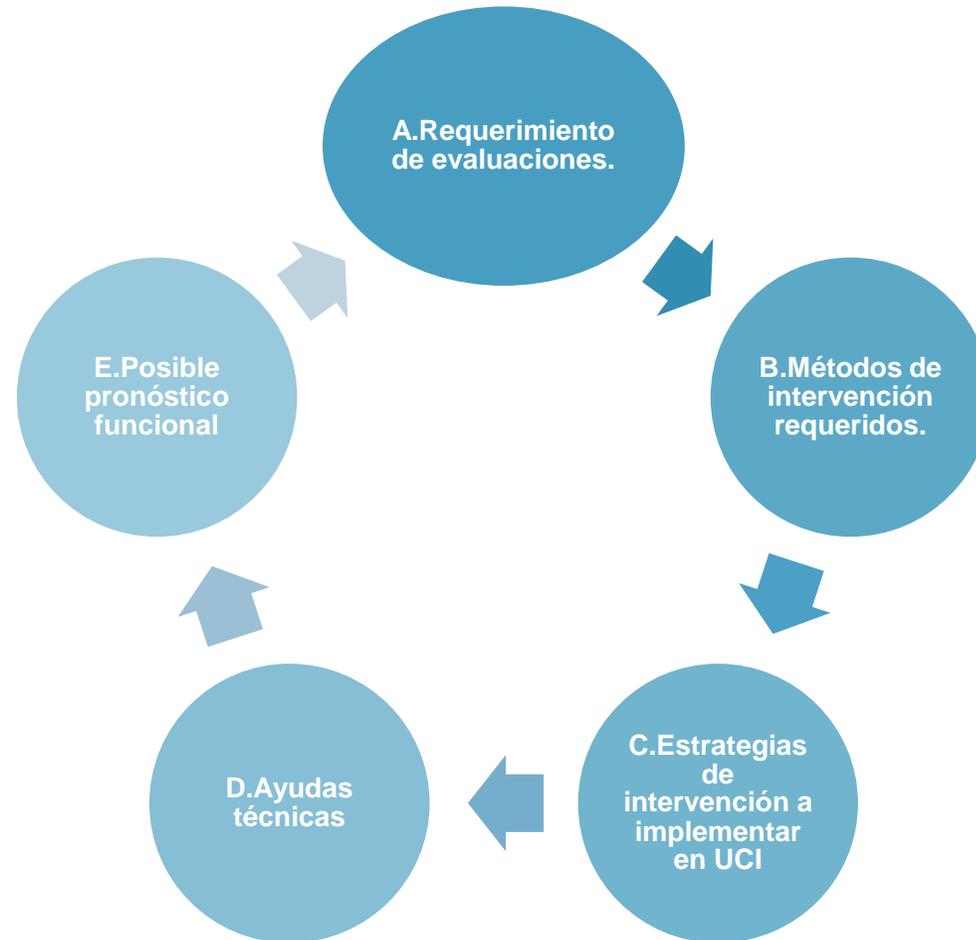
1	No despierta	Mínima o nula respuesta al dolor. No obedece órdenes
2	Muy sedado	Despierta al estímulo táctil. No se comunica o mueve espontáneamente
3	Sedado	Despierta al estímulo táctil o verbal suave. Obedece órdenes simples
4	Calmo	Tranquilo, despierta fácil, obedece órdenes
5	Agitado	Ansioso, leve agitación. Intenta sentarse. Calma con instrucciones
6	Muy agitado	No se calma a la orden verbal frecuente. Muerde el tubo
7	Agitación peligrosa	Tira TOT, trata de removerlo. Agrede al staff. Se mueve de lado a lado

Análisis de Caso

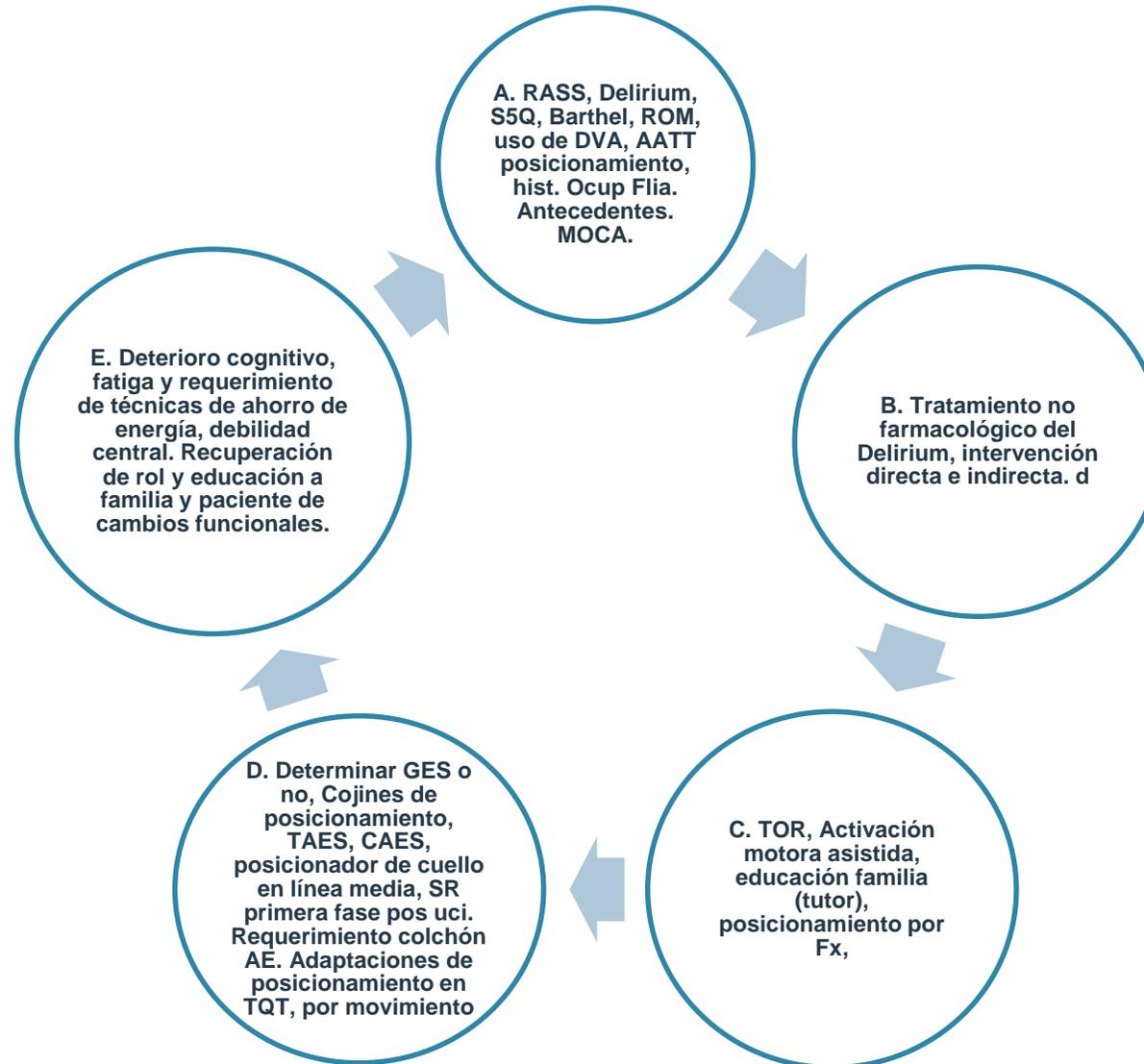
CONSIDERACIONES GENERALES	Movilización precoz	Entrenamiento en AVD	Estimulación Cognitiva	Comunicación Alternativa
TRAQUEOSTOMIA SPo2 > 90%				
Paciente sedado- muy sedado .				
FC entre 120 bpm y 150 bpm.				
Herida de cirugía abierta grande				
Paciente Febril				
Debilidad muscular adquirida en UTI				
Otro tipo de drenajes o catéteres (drenaje torácica, sonda naso enteral o gástrica y sonda vesical) cuidado para evitar tracciones o desplazamientos accidentales.				

CONSIDERACIONES GENERALES	Movilización precoz	Entrenamiento en AVD	Estimulación Cognitiva	Comunicación Alternativa
TRAQUEOSTOMIA SPO2 > 90%	Pasivo /activo Asistida	Patrones de movimiento mano-cara	TOR, Flia.,	Segun nivel de respuesta y farmacología
Paciente sedado-muy sedado.			TOR, Flia,	Expresiones simples y mensajes concretos
FC entre 120 bpm y 150 bpm.	A tolerancia y monitoreado		OTE o TOR	
Herida de cirugía abierta grande			OTE o TOR	
Paciente Febril	A tolerancia y monitoreado		OTE o TOR	Expresión de emociones
Debilidad muscular adquirida en UTI	Progresiva y con consentimiento de paciente	Asistencia en patrones, adaptaciones y uso de AATT	OTE o TOR	
Otro tipo de drenajes o catéteres (drenaje torácica, sonda naso enteral o gástrica y sonda vesical) cuidado para evitar tracciones o desplazamientos accidentales.	Cuidados de posiciones, cambios o movimiento que interfieran con las conexiones		OTE o TOR	

Identifique ...



Plan de intervención y estrategias ...



Conclusiones

- Las intervenciones de Terapia Ocupacional con objetivos planteados de manera conjunta con el equipo interdisciplinario, permite ser certeros y realizar acciones preventivas ante las nuevas necesidades de una patología.
- La implementación de la prevención y las acciones tempranas reducen los tiempos de estadía y aumentan de manera proporcional la calidad de vida de las oportunidades de mejorar a los pacientes de la UCI.
- La intervención de Terapia Ocupacional en la recuperación de la funcionalidad en personas con secuelas post UCI, resignifica la importancia de la rehabilitación, y nuestro rol como habilitadores del entorno al implementar ayudas técnicas o modificar espacios a beneficio del paciente.
- La actualización del profesional, establecer protocolos y el fortalecer el conocimiento en la rehabilitación del paciente ventilados, permite a la vez el crecimiento de las acciones terapéuticas y el aumento de la mirada integral de la funcionalidad.

Referencia Bibliográfica



- 2021, Bolivar ,et all. Creación de comité de vía Aérea Quirúrgica para la decisión de traqueostomía electiva en pacientes críticos COVID-19. Re. Otorrino.81/1.
- 2021 **Reporte COVID-19**. Unidad de Investigación, Innovación y Ensayos Clínicos Departamento de Planificación, Desarrollo Estratégico y Estudio. HUAP.
- 2021 Protocolo de Terapia ocupacional de Paciente Ventilados mecánicamente en UCI. FONIS SA 19I0138 “T .O.precoz e intensiva, mejora el estado funcional al alta de pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica:Ensayo Clínico Randomizado. ISBN 978-956-404-980-9
- 2020,.Subsecretaria de redes asistenciales, División de Gestión de redes Asistenciales y Unidad de Rehabilitación.. Orientaciones técnicas para la rehabilitación en tiempos de pandemia covi-19. Ministerio de salud. <https://diprece.minsal.cl/documentos-de-apoyo-covid-19/>
- Susecretaria de redes asistenciales. División de Gestion de Redes asistenciales y unidad de Rehabilitación.2020. Orientaciones tecnicas de la rehabilitación en tiempos de pandemia covid -19. Ministerio de Salud. Htt://diprece.minsal.cl/documentos-de-apoyo-covid-19/
- 2019, Tobar E., Alvarez E., Delirium en el adulto Mayor Hospitalizado. Rev medica Clinica las Condes.DOI: 10.1016/j.rmclc.2019.11.00
2017. Bonvento, B. Wallace S., et all. Papel del equipo multidisciplinario en la atencion del apciente traquotomizado.. Revista de atencion medica multidisciplinaria. Universisda Hospital del sur de Manchester.
- 2009 Manzano F., Corral C. Ulceras por presion en unidades de cuidados intensivos: ¿incitables o preveniles? Medicina intensiva, 33(6). 267-268. recuperado de 14 de Nov. 2020 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021-56912009000600002&Ing=es&ting=es.
- Programa de cuidados criticos: AHP and HCS Advisory Group, The Role of Healthcare professionals within Critical Care services, junio de 2002 (<http://www.ukcpa.org.uk/ukcpadocuments/5.pdf>)
- Colegio de terapeutas ocupacionales de chilea.G.(2020) incorporacion de TO en unidades de hospitalización COLTO Chile. <http://www.coltochile.cl/academico/documentos/covid19>



GRACIAS

Nasbir@GMAIL.COM