



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y / O DE DESARROLLO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA CON
MENCIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS

TEMA:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA BASADAS EN EVIDENCIA PARA EL
MANEJO DEL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA EN PACIENTES
CRÍTICOS

Autor:

Cordero Batioja Karla Lizbeth

Nevarez Cortez Jefferson Fabio

Palacios Albarracín Ines De Los Angeles

Pincay Lino Hernny Teofilo

Quishpi Pilamunga Maria Cayetana

Tutor:

MSc. Loor Cedeño Luis Adrián

Milagro, 2025

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Karla Lizbeth Cordero Batioja**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería Con Mención En Cuidados Críticos**. como aporte a la Línea de Investigación **Salud pública y bienestar humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **15 de julio del 2025**

Karla Lizbeth Cordero Batioja

C.I.: 0951257849

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Jefferson Fabio Nevarez Cortez**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería Con Mención En Cuidados Críticos**. como aporte a la Línea de Investigación **Salud pública y bienestar humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **15 de julio del 2025**

Jefferson Fabio Nevarez Cortez

C.I.: 1723147235

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Ines de los Angeles Palacios Albarracín**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería Con Mención En Cuidados Críticos**. como aporte a la Línea de Investigación **Salud pública y bienestar humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **15 de julio del 2025**

Ines de los Angeles Palacios Albarracín

C.I.: 0922269238

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Hernny Teofilo Pincay Lino**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería Con Mención En Cuidados Críticos**. como aporte a la Línea de Investigación **Salud pública y bienestar humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **15 de julio del 2025**

Hernny Teofilo Pincay Lino

C.I.: 0926290123

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Maria Cayetana Quishpi Pilamunga**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería Con Mención En Cuidados Críticos**. como aporte a la Línea de Investigación **Salud pública y bienestar humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **15 de julio del 2025**

Maria Cayetana Quishpi Pilamunga

C.I.: 0940728744

Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación

Yo, **Loor Cedeño Luis Adrián**, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Karla Lizbeth Cordero Batioja, Jefferson Fabio Nevarez Cortez, Ines de los Angeles Palacios Albarracín, Hernny Teofilo Pincay Lino, Maria Cayetana Quishpi Pilamunga**, cuyo tema es **Intervenciones de enfermería basadas en evidencia para el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes críticos**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud pública y bienestar humano Integral**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Enfermería Con Mención En Cuidados Críticos**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 15 de julio del 2025

Luis Adrián Loor Cedeño

C.I.: 1307496164

ACTA DE CALIFICACIÓN



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO FACULTAD DE POSGRADO ACTA DE SUSTENTACIÓN MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los seis días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, CORDERO BATIOJA KARLA LIZBETH, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA BASADAS EN EVIDENCIA PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA EN PACIENTES CRITICOS**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN, Presidente(a), Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES en calidad de Vocal; y, Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.00
DEFENSA ORAL	38.83
PROMEDIO	94.83
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
VOCAL

Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
VOCAL



Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



CORDERO BATIOJA KARLA LIZBETH
MAGISTER

CORDERO BATIOJA KARLA LIZBETH
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los seis días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. NEVAREZ CORTEZ JEFFERSON FABIO, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA BASADAS EN EVIDENCIA PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA EN PACIENTES CRITICOS**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN, Presidente(a), Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES en calidad de Vocal; y, Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.00
DEFENSA ORAL	39.33
PROMEDIO	95.33
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



ERIK STEVEN SUAREZ
GONZALEZ
Validar documento con FIRMAD

Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE
Validar documento con FIRMAD

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



OSWALDO SOCRATES
CASTRO ROMERO
Validar documento con FIRMAD

Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
VOCAL



JEFFERSON FABIO
NEVAREZ CORTEZ
Validar documento con FIRMAD

LIC. NEVAREZ CORTEZ JEFFERSON FABIO
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los seis días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. PALACIOS ALBARRACÍN INES DE LOS ANGELES, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA BASADAS EN EVIDENCIA PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA EN PACIENTES CRITICOS**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN, Presidente(a), Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES en calidad de Vocal; y, Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.00
DEFENSA ORAL	39.17
PROMEDIO	95.17
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



ERIK STEVEN SUAREZ
GONZALEZ
Validar documento con FintecID

Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



OSWALDO SOCRATES
CASTRO ROMERO
Validar documento con FintecID

Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
VOCAL



LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE
Validar documento con FintecID

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



INES DE LOS ANGELES
PALACIOS ALBARRACIN
Validar documento con FintecID

LIC. PALACIOS ALBARRACÍN INES DE LOS ANGELES
MAGÍSTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los seis días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. PINCAY LINO HERNNY TEOFILO, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA BASADAS EN EVIDENCIA PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA EN PACIENTES CRITICOS**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN, Presidente(a), Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES en calidad de Vocal; y, Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.00
DEFENSA ORAL	39.50
PROMEDIO	95.50
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN

Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES

Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
VOCAL



Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



LIC. PINCAY LINO HERNNY TEOFILO

LIC. PINCAY LINO HERNNY TEOFILO
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los seis días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. QUISHPI PILAMUNGA MARIA CAYETANA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA BASADAS EN EVIDENCIA PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA EN PACIENTES CRITICOS**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN, Presidente(a), Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES en calidad de Vocal; y, Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.00
DEFENSA ORAL	39.33
PROMEDIO	95.33
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



ERIK STEVEN SUAREZ
GONZALEZ
Firmado electrónicamente por:
Validado electrónicamente con FirmadE

Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



OSWALDO SOCRATES
CASTRO ROMERO
Firmado electrónicamente por:
Validado electrónicamente con FirmadE

Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
VOCAL



LAURA CAYETELA
FIERRO VALVERDE
Firmado electrónicamente por:
Validado electrónicamente con FirmadE

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



MARIA CAYETANA
QUISHPI PILAMUNGA
Firmado electrónicamente por:
Validado electrónicamente con FirmadE

LIC. QUISHPI PILAMUNGA MARIA CAYETANA
MAGISTER

Dedicatoria

Dedicamos este proyecto, ante todo, a nuestros pacientes: a quienes, desde una cama de cuidados intensivos, nos recordaron la fragilidad de la vida y la grandeza del cuidado humano. A través de su lucha silenciosa, aprendimos que el conocimiento cobra sentido cuando se traduce en acciones que alivian el sufrimiento.

A nuestras familias, cuyo amor incondicional nos sostuvo en los días más exigentes. Gracias por respetar nuestros silencios, por entender nuestras ausencias y por ser el refugio donde encontramos la fuerza necesaria para continuar.

A nuestros docentes y al equipo académico de la Universidad Estatal de Milagro, quienes sembraron en nosotros la pasión por investigar, cuestionar y mejorar la práctica clínica. Su guía nos permitió convertir la inquietud en conocimiento, y la experiencia en propuesta.

A nuestros compañeros de grupo, por el respeto, la paciencia y la voluntad de crecer juntos. En cada discusión, revisión y madrugada compartida, descubrimos que el trabajo colaborativo no solo fortalece la calidad académica, sino también el sentido de hermandad profesional.

Finalmente, dedicamos esta investigación al futuro de la enfermería crítica. Que este documento no sea solo el cierre de un ciclo académico, sino la apertura a una práctica más reflexiva, basada en evidencia y con enfoque humano. Que cada intervención estudiada inspire a otros profesionales a cuidar con más ciencia, más conciencia y más corazón.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por ser mi guía constante y fuente de fortaleza, a mi familia por su amor incondicional, y a mis docentes y compañeros del grupo #14 por su valioso apoyo, que marcó mi crecimiento profesional y humano.

Karla Lizbeth Cordero Batioja

A mis padres, esposa e hijos, por su amor, comprensión y constante apoyo; son mi mayor motivación para crecer como profesional. A mis compañeros de tesis, por su entrega, compañerismo y respaldo incondicional en cada etapa de este camino.

Jefferson Fabio Nevárez Cortez

Agradezco a Dios por guiar cada paso en esta meta alcanzada. A Melva, por su fe inquebrantable en mí; a mis padres, por su respaldo constante; y a mis compañeros de grupo 14, en especial Jeff, Karla, María e Inés: este logro también es suyo.

Hernny Teófilo Pincay Lino

A mis hijos, por ser mi razón de lucha constante; a mi esposo, por su amor sereno y firme a mi lado; a mis hermanos, por creer en mí incluso en mis silencios; y a mis padres, cuya ausencia se transformó en la fuerza que me guía en este camino de cuidar la vida.

Inés de los Ángeles Palacios Albarracín

Agradezco a Dios, guía constante en mi vida, y a mis padres, por su amor incondicional y sus oraciones que han sido luz en mi camino. Su ejemplo y fortaleza me inspiran a alcanzar cada meta con dedicación y gratitud.

María Cayetana Quishpi Pilamunga

Resumen

Las intervenciones de enfermería en unidades de cuidados críticos demanda un dominio sólido de habilidades clínicas, pensamiento analítico y decisiones fundamentadas en la mejor evidencia disponible. El objetivo de este estudio fue analizar las intervenciones de enfermería para el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes críticos. El diseño metodológico que se empleó fue la revisión de alcance, o scoping review. Se siguieron las normativas del protocolo PRISMA para Revisiones de Alcance (PRISMA-ScR). La estrategia de búsqueda se estableció siguiendo un diseño metódico y disciplinado, apoyándose en los operadores booleanos básicos OR, AND y NOT. En los resultados se encontró un total de 3,554 registros relevantes. Se eliminaron 154 registros debido a duplicados, quedando un total 3,400 registros. Se revisaron los títulos y resúmenes lo que llevó a la exclusión de 3,310 debido a incumplimiento de criterios de elegibilidad. Quedando 90 artículos, de los cuales 62 fueron excluidos por datos no congruentes. Obteniendo un total de 28 estudios que mostró como intervenciones el monitoreo hemodinámico avanzado, la movilización temprana, el soporte ventilatorio y el control de infecciones con mayor frecuencia. Como conclusion existen estas áreas poco exploradas, incluyendo el desarrollo y validación de herramientas para evaluar la actitud, las competencias procedimentales y cognitivas del personal de enfermería. También es igualmente importante estudiar las intervenciones no farmacológicas y otras intervenciones relacionadas para la gestión holística del paciente crítico.

Palabras clave: Intervenciones de Enfermería; Unidades de Cuidados Críticos; Síndrome de Disfunción Multiorgánica; Pacientes Críticos

Abstract

Nursing interventions in critical care units demand a solid command of clinical skills, analytical thinking and decisions based on the best available evidence. The aim of this study was to analyze nursing interventions for the management of multiorgan dysfunction syndrome in critically ill patients. The methodological design used was a scoping review. The guidelines of the PRISMA protocol for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) were followed. The search strategy was established following a methodical and disciplined design, relying on the basic Boolean operators OR, AND and NOT. A total of 3,554 relevant records were found in the results. A total of 154 records were eliminated due to duplicates, leaving a total of 3,400 records. Titles and abstracts were reviewed, which led to the exclusion of 3,310 due to non-compliance with eligibility criteria. This left 90 articles, of which 62 were excluded due to non-congruent data. A total of 28 studies were obtained, which showed advanced hemodynamic monitoring, early mobilization, ventilatory support and infection control as the most frequent interventions. In conclusion, there are these underexplored areas, including the development and validation of tools to assess the attitude, procedural and cognitive competencies of nurses. It is also equally important to study non-pharmacological and related interventions for the holistic management of the critically ill patient.

Keywords: Nursing Interventions; Critical Care Units; Multiorgan Dysfunction Syndrome; Critically Ill Patients.

Lista de Figuras

Figura 1 Diagrama Prisma de la selección de estudios	41
---	----

Lista de Tablas

Tabla 1 Operacionalización de Variables	11
Tabla 2 Matriz de selección de estudios	42

Lista de Contenido

<i>Derechos de Autor</i> -----	II
<i>Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación</i> -----	VII
<i>ACTA DE CALIFICACIÓN</i> -----	VIII
<i>Dedicatoria</i> -----	XIII
<i>Agradecimientos</i> -----	XIV
<i>Resumen</i> -----	XV
<i>Abstract</i> -----	XVI
<i>Lista de Figuras</i> -----	XVII
<i>Lista de Tablas</i> -----	XVIII
<i>Lista de Contenido</i> -----	XIX
<i>Introducción</i> -----	1
<i>Capítulo I. El Problema de la Investigación</i> -----	4
1.1. Planteamiento del Problema-----	4
1.2. Delimitación del Problema-----	6
1.3. Formulación del Problema-----	7
1.4. Preguntas de Investigación -----	7
1.5. Objetivos -----	7
1.5.1. <i>Objetivo General</i> -----	7

1.5.2. <i>Objetivos Específicos</i> -----	7
1.6. Justificación del problema -----	8
1.7. Variables -----	10
1.8. Declaración de Variables (Operacionalización) -----	11
<i>Capítulo II: Marco Teórico Referencial</i> -----	12
2.1. Antecedentes Referenciales -----	12
2.2. Marco conceptual -----	16
2.3. Marco Teórico -----	29
<i>Capítulo III: Diseño Metodológico</i> -----	34
3.1. Tipo y diseño de investigación -----	34
3.2. Los métodos y las técnicas -----	34
3.3. Procesamiento estadístico de la información -----	35
3.3.1. <i>Pregunta de investigación (PICO)</i> -----	35
3.3.2. <i>Criterios de Inclusión</i> -----	35
3.3.3. <i>Criterios de Exclusión</i> -----	35
3.3.4. <i>Fuentes de información</i> -----	36
3.3.5. <i>Estrategias de búsqueda</i> -----	36
3.3.6. <i>Selección de estudios</i> -----	37
3.3.7. Extracción de datos -----	38
3.3.8. <i>Síntesis de datos</i> -----	38
<i>Capítulo IV: Análisis e interpretación de Resultados</i> -----	39

4.1. Selección y depuración de estudios bajo metodología PRISMA -----	39
4.2. Características de los estudios y resultados individuales -----	41
4.3. Describir lo que se ha Estudiado -----	45
4.4. Mapeo o Agrupación Temática -----	46
4.5. Que no se ha Estudiado sobre el Tema-----	47
<i>Capítulo V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones -----</i>	<i>49</i>
5.1. Discusión-----	49
5.2. Conclusiones-----	52
5.3. Recomendaciones-----	53
Referencias -----	55

Introducción

El síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) constituye una de las complicaciones más graves que pueden presentar un paciente en estado crítico. Se caracteriza por la falla gradual de dos o más sistemas orgánicos, generalmente como respuesta a un daño sistémico severo (Donoso & Arriagada, 2021). Por su naturaleza, este cuadro clínico plantea un desafío notable para todo el equipo de salud y, en particular, para quienes laboran en las unidades de cuidados intensivos, donde el SDMO sigue vinculado a elevadas tasas de morbilidad y mortalidad (Hernández et al., 2023). En ese escenario, la intervención de enfermería adquiere un rol estratégico, pues implica no sólo el monitoreo constante del paciente sino también la aplicación ágil de medidas que pueden frenar o atenuar el avance del deterioro orgánico (Martínez et al., 2020).

La atención de enfermería en unidades de pacientes críticos demanda un dominio sólido de habilidades clínicas, pensamiento analítico y decisiones fundamentadas en la mejor evidencia disponible. Por ello, revisar de manera sistemática las intervenciones dirigidas al SDMO, lo que resulta fundamental para elevar la calidad del cuidado y mejorar los resultados clínicos. En un contexto en que cada segundo es decisivo, las maniobras del enfermero pueden ser la frontera entre la vida y la muerte; de ahí que su examen riguroso y basado en datos no sea solo útil, sino esencial (Mrayyan et al., 2023).

Este síndrome puede surgir tras condiciones severas como sepsis, politraumatismos, quemaduras extensas, pancreatitis aguda o cirugía mayor. Su mecanismo implica una reacción inflamatoria descontrolada, insuficiente riego sanguíneo, daño en el endotelio y pérdida de funciones de defensa celular. Entre los

signos clínicos figuran hipotensión persistente, hipoxemia que no cede, falla renal, alteraciones neurológicas, coagulopatía y otros, lo que exige un equipo multidisciplinario que actúe de modo coordinado e integral (Poutriel et al., 2019).

Entre las causas más comunes de este cuadro se señalan retraso en la atención, falta de monitoreo continuado, infecciones adquiridas en el hospital y cuidados de enfermería poco personalizados. Tal situación subraya la urgencia de reforzar los protocolos del personal de enfermería, orientándolos a detectar tempranamente el deterioro, manejar con destreza los dispositivos invasivos, prevenir infecciones y asegurar la administración segura de cada medicamento (Aranda, 2020).

A pesar del notable progreso tecnológico y de los recursos disponibles en las unidades de cuidados críticos, la identificación temprana y el tratamiento oportuno del SDMO siguen siendo difíciles. Muchas veces, las prácticas de enfermería que deberían abordarlo carecen de estandarización o se apoyan en evidencia limitada, lo que, a su vez, puede restringir la eficacia del cuidado y elevar el riesgo de complicaciones (Castillo et al., 2023). Por ello, resulta indispensable llevar a cabo una revisión bibliográfica que reúna, analice y sistematice las principales intervenciones de enfermería para pacientes críticos con SDMO, de modo que se evalúe de manera clara su incidencia en la evolución clínica.

Esto no solo ofrecerá a los profesionales una fuente actualizada de información, sino que también facilitará el desarrollo de guías de actuación más coherentes y funcionales dentro de la práctica diaria. El presente estudio adopta un enfoque cualitativo, clasificándose como investigación documental de carácter descriptivo. Se realizará una revisión bibliográfica sistematizada, basada en fuentes científicas de los últimos cinco a

diez años, obtenidas de bases de datos acreditadas como Scielo, PubMed, LILACS y ScienceDirect.

Se consideran criterios estrictos de inclusión y exclusión, seleccionando solo aquellos trabajos que analicen intervenciones de enfermería en pacientes con SDMO en unidades de cuidados intensivos. La recogida de artículos seguirá la secuencia propuesta por el método PRISMA, lo que asegurará la transparencia y trazabilidad de la revisión. Posteriormente, la información obtenida será examinada a través de una síntesis narrativa, organizándola según las áreas de aplicación: soporte hemodinámico, respiratorio, neurológico, renal y metabólico.

Esta revisión bibliográfica se organiza en cinco capítulos. El capítulo I plantea el problema de la investigación; en él se incluye la delimitación y formulación del problema, las preguntas que guían el estudio y la justificación de por qué es necesario, así como la definición precisa de las variables involucradas. El capítulo II ofrece el marco teórico referencial, donde se presentan antecedentes relevantes, un glosario de términos clave y un cuerpo teórico que explica, desde la evidencia existente, el fenómeno que se examina. El capítulo III describe el diseño metodológico, especificando si el estudio es cuantitativo o cualitativo, de qué fuentes se obtiene la información, cuáles fueron los criterios de búsqueda y el procedimiento detallado de análisis. El capítulo IV expone el análisis e interpretación de resultados, estructurando los hallazgos de acuerdo con las intervenciones identificadas y evaluando su efecto sobre la evolución del SDMO. En el capítulo V se sintetizan las conclusiones y recomendaciones

Capítulo I. El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

Las intervenciones de enfermería desempeñan un papel central en el abordaje del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos (Llompart et al., 2022). Intervenciones como el monitoreo hemodinámico, la optimización del soporte ventilatorio, la administración protocolizada de fluidos y medicamentos, la implementación de medidas de prevención de infecciones y otras formas de soporte han demostrado mejorar significativamente los resultados de estos pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI) (Poutriel et al., 2019).

Los estudios europeos han evaluado diversas escalas pronósticas destinadas a predecir la mortalidad en pacientes con SDMO, como el puntaje SOFA (Evaluación Secuencial de Fallo Orgánico). Este puntaje ayuda a los profesionales de la salud a evaluar la gravedad del fallo orgánico, teniendo en cuenta la disfunción del sistema orgánico y las decisiones clínicas a considerar (Lázaro et al., 2024). En América Latina, el personal de enfermería enfrenta numerosas dificultades al atender pacientes con SDMO. La escasez de enfermeras capacitadas en cuidados críticos, el agotamiento laboral y la falta de suministros médicos en ciertos hospitales dificultan la aplicación de las guías basadas en evidencia (Martínez et al., 2020).

No obstante, la función que desempeñan las enfermeras continúa siendo de vital importancia en la vigilancia de los pacientes, en el control de fármacos vasoactivos, el cuidado de la ventilación mecánica, y la medicina preventiva en infecciones nosocomiales (Valenzuela 2023). En varios países de Latinoamérica, se han desarrollado estrategias para mejorar la atención de los pacientes con SDMO. Por ejemplo, Argentina y Brasil

tienen programas de formación especializada en manejo de cuidados intensivos para enfermeras que se centran en el SDMO y sepsis. En México y Colombia, se han desarrollado directrices para la detección temprana y el tratamiento del SDMO en UCI (Marth, 2024). En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha puesto en efecto ciertas políticas destinadas a mejorar la atención en UCI, como la implementación de protocolos de manejo de sepsis y el uso de escalas de evaluación basadas en unidades que proporcionan mediciones objetivas del grado de disfunción orgánica (Suasto et al., 2018).

Sin embargo, la inequidad para acceder a servicios de alta calidad sigue siendo una limitación, especialmente en áreas rurales y hospitales periféricos. De igual manera un gran número de centros de salud carece de los recursos necesarios para proporcionar un tratamiento adecuado a los pacientes con SDMO, lo que aumenta el riesgo de complicaciones y mortalidad (Martínez, 2014). Debido a la relevancia social, los avances en el pronóstico del SDMO lo han llevado a considerarse una patología con causas, mecanismos de desarrollo y tratamientos muy inespecíficos. Ante la falta de un tratamiento apropiado para SDMO, el caso más efectivo para cambiar su evolución y mejorar los resultados es hacer un diagnóstico precoz, la hospitalización inmediata en cuidados críticos, y comenzar soporte orgánico invasivo.

A nivel profesional, la comprensión actual del SDMO es un fenómeno progresivo y dinámico que requiere sistemas de puntuación pronóstica para la detección temprana y la estratificación del riesgo. Además, de intervenciones de enfermería son esenciales para sostener la vida del paciente, así como para prevenir el deterioro progresivo de los sistemas vitales, dado que juega un papel importante en el cuidado humanizado y la

coordinación del equipo multidisciplinario que mejore notablemente el pronóstico del paciente crítico.

La evidencia actual considera que la atención en cuidados críticos es una especialidad que se centra en sostener la vida. Este es un gran desafío dado los complejos procesos bioquímicos que ocurren en cada paciente, así como los roles esenciales que los factores externos juegan en su patogénesis, las comorbilidades preexistentes y las complicaciones del cuidado que pueden atribuirse no solo a la mecánica de los dispositivos, sino también a la gran variabilidad en la capacidad general para proporcionar un cuidado adecuado.

Es importante resaltar que la falta de protocolos estandarizados adaptados al rol del personal de enfermería en SDOM constituye una brecha de conocimiento que impacta en la atención y que puede generar variabilidad y omisiones. También, se ha identificado la falta de conocimiento en herramientas clínicas e intervenciones de enfermería disminuye la respuesta a cambios críticos en un paciente. Por último, la incorporación de otros especialistas y la baja formación en tecnológica y terapias especializadas impactan negativamente la calidad de cuidado de enfermería.

1.2. Delimitación del Problema

- **Espacio:** Revisión bibliográfica sobre el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica, con enfoque en las intervenciones de enfermería.
- **Tiempo:** Publicaciones científicas de los últimos 10 años.
- **Población:** Pacientes con síndrome de disfunción multiorgánica que reciben atención por parte los profesionales de enfermería.

- **Aspectos Clave:** Intervenciones de enfermería; Factores que influyen y Estrategias de formación y actualización.

1.3. Formulación del Problema

- ¿Cuál es la evidencia científica sobre las intervenciones de enfermería en el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes críticos?

1.4. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería más efectivas para el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes críticos?
- ¿Qué factores influyen en la implementación de las intervenciones de enfermería para el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica?
- ¿Qué estrategias de formación y actualización profesional han demostrado ser más efectivas para mejorar el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en unidades de cuidados intensivos?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

- Analizar las intervenciones de enfermería para el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes críticos

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar las intervenciones de enfermería en el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes críticos.

- Determinar los factores que influyen en la implementación de las intervenciones de enfermería para el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica.
- Examinar las estrategias de formación y actualización profesional aplicadas por el personal de enfermería en el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes críticos.

1.6. Justificación del problema

El síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) constituye una alteración crítica que plantea un reto significativo para el personal sanitario y por su alta mortalidad que se observa con frecuencia en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos (Asim et al., 2020). Este síndrome exige un enfoque clínico altamente especializado y perfectamente coordinado. Aunque la literatura ya contiene estudios sobre su fisiopatología y manejo terapéutico, todavía hay escasa información sobre cómo las intervenciones de enfermería inciden directamente en la mejora de los resultados clínicos en estos pacientes.

Según Castillo et al.,(2023) tales intervenciones resultan clave para mejorar la atención de los pacientes críticos y mitigar complicaciones habituales del SDMO, como la sepsis y la insuficiencia renal. Esta revisión bibliográfica propone llenar un evidente vacío de conocimiento aportando bases científicas de los últimos 10 años sobre el efecto de las intervenciones de enfermería en la evolución clínica de estos pacientes críticos. Dávila (2015) sostiene que estas intervenciones son fundamentales para mejorar la calidad del cuidado en las unidades de cuidados intensivos, y la evidencia generada aportada reforzar estas prácticas dentro de este contexto.

Como impacto social de esta investigación resulta evidente, porque el SDMO afecta a muchos pacientes en estado crítico, sobre todo aquellos que permanecen largos días en la UCI. Korach et al., (2022) enfatizó que un manejo adecuado de estos pacientes puede reducir las tasas de mortalidad y las complicaciones, mejorando la calidad de vida y disminuyendo los costos de los sistemas sanitarios.

Este estudio es viable porque se han identificado brechas de conocimiento existentes sobre la atención a pacientes con SDMO a quienes hasta ahora no reciben de forma sistemática los cuidados de enfermería necesarios para mejorar su manejo integral. Además, es factible porque se cuenta con bases de evidencias científicas relacionadas con las intervenciones de enfermería en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de los últimos 10 años. El trabajo también se diferencia por su enfoque innovador porque propone integrar bases sólidas en el manejo de pacientes críticos a través de acciones de enfermería respaldadas por evidencia científica que analizan de manera específica la eficacia de las intervenciones de enfermería para SDMO.

Los principales beneficiarios de este estudio serán los pacientes críticos con SDMO, ya que recibirán un enfoque terapéutico más organizado y efectivo. De manera indirecta, el personal de enfermería se verá favorecido al contar con recomendaciones respaldadas por evidencia disponible, y las unidades de cuidados intensivos podrán adoptar procedimientos que eleven sus indicadores de calidad. La investigación es factible porque existe una extensa bibliografía reciente sobre intervenciones de enfermería en este síndrome, lo que simplifica la recolección de datos pertinentes. Asimismo, al tratarse de una revisión documental, no es necesario acceder directamente

a pacientes ni poner en marcha nuevas medidas en la práctica clínica, lo que atenúa los problemas logísticos habituales.

1.7. Variables

- **Variable independiente:** Intervenciones de enfermería en el manejo del SDMO
- **Variable dependiente:** Eficacia del Manejo de SDMO en pacientes críticos

1.8. Declaración de Variables (Operacionalización)

Tabla 1

Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Fuente de Información
Independiente <i>Intervenciones de enfermería</i>	Son actividades planificadas y puestas en marcha por el enfermero, con el fin de favorecer, conservar o mejorar la salud al paciente.	NIC (<i>Nursing Interventions Classification</i>)	Tipos de intervenciones aplicadas	Cumple No cumple A veces	Historia clínica
Dependiente <i>Eficacia en el Manejo de SDMO</i>	Es la capacidad para combinar de forma coherente su formación científica, destrezas técnicas, principios éticos y juicio crítico al cuidar a pacientes críticos con afectación en varios órganos.	Competencias actitudinales	Guías de prácticas clínicas	Cumple No cumple A veces	Artículos científicos
		Competencias procedimentales			
		Competencias Cognitivas			

Capítulo II: Marco Teórico Referencial

2.1. Antecedentes Referenciales

A nivel internacional el estudio denominado **“Manejo de la insuficiencia multiorgánica: papel de enfermería”**, realizado en Francia, el autor Korach et al., (2022) puso de manifiesto que el SMDO, conocido también como falla multiorgánica (FMO), suele ser la razón por la que un paciente termina en una Unidad de Cuidados Intensivos o, en ocasiones, aparece cuando ya está hospitalizado. Por ese motivo, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de prever cambios en la condición clínica, notificar al médico sin demora y así permitir que se inicien las terapias específicas antes de que los órganos afectados se deterioren. Este enfoque exigente y proactivo en el cuidado del enfermo solo resulta posible mediante la colaboración continua entre el médico, los enfermeros y todo el equipo involucrado.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de que el personal de enfermería debe actuar de forma ágil para impedir el fallo multiorgánico, concentrándose de modo primario en la vigilancia continua y en una comunicación fluida con el resto del equipo médico. A partir de esa premisa, se pretende buscar medidas concretas y respaldadas por la evidencia que los enfermeros pueden poner en marcha para mejorar los resultados clínicos, revisando protocolos existentes y midiendo su efecto en la evolución de pacientes con disfunción múltiple. Sin embargo, estas evidencias son escasas; por ello, se propone adoptar un diseño más sistemático y contextualizado, orientado a explorar cómo las rutinas de enfermería pueden optimizar la atención de estos enfermos en las distintas realidades hospitalarias.

En el estudio **“Desafíos de enfermería en el manejo de pacientes con síndrome de disfunción orgánica múltiple”** realizado en Arabia Saudita por Ali-

Alfraas et al., (2024) subrayan que cada enfermera debe ser capaz de detectar a tiempo cualquier cambio que sugiera un nuevo deterioro de los órganos. Adicionalmente, los autores sostienen que esta habilidad debe combinarse con la coordinación simultánea de acciones como la administración de fármacos, la regulación de líquidos y el apoyo nutricional, pues cada uno de esos frentes influye en el funcionamiento de varios sistemas. Pese a ello, observan que, en la práctica cotidiana, el rol de muchas enfermeras se reduce frecuentemente a trasladar y supervisar las indicaciones que deja el médico, descuidando tareas críticas que asegure el cumplimiento de un plan terapéutico verdaderamente integral.

Al examinar este estudio, resulta evidente que no se exploran a fondo las intervenciones entregadas por el personal de enfermería ni se muestra cómo esas acciones se articulan con otras disciplinas del equipo de salud. Tampoco se considera el efecto de factores organizacionales, como la carga de trabajo, la disponibilidad de insumos y la capacidad real de la enfermera para atender pacientes con SDOM. Adicionalmente, el trabajo omite la elaboración de protocolos que definan esas intervenciones de manera sistemática y se aseguren de que estén apoyadas por la mejor evidencia disponible. Dentro de estas intervenciones como el monitoreo continuo, la administración cuidadosa de líquidos y el respaldo nutricional aparecen claramente como pilares en la recuperación de estos pacientes.

En España el tema denominado **“Enfermería de cuidados críticos para pacientes con insuficiencia orgánica multisistémica”** realizado por Marth (2024) subraya que las enfermeras que trabajan en cuidados intensivos son las que a menudo se encuentran en primera línea para captar de inmediato cualquier cambio en el estado de un paciente con SDMO. Su capacidad para combinar la observación cuidadosa las alteraciones de signos vitales, resultados de laboratorio y otros

marcadores clínicos marca la diferencia entre la estabilidad y el deterioro. Equipos como líneas arteriales, catéteres venosos centrales y de arteria pulmonar no solo se insertan por técnica, sino que actúan como extensiones específicas al ofrecer datos vitales sobre la hemodinámica, el equilibrio hídrico y la oxigenación. Por ello, las valoraciones repetidas no son un básico protocolo, sino que son una herramienta clave para observar esos cambios que, si se ignoran, pueden conducir a un daño irreversible.

Este estudio examina la función crucial del equipo de enfermería en la detección precoz del síndrome de disfunción orgánica multisistémica, subrayando que su abordaje debe integrar tanto las guías protocolarias tradicionales como las tecnologías avanzadas empleadas en las unidades de cuidados intensivos. Estas herramientas, al proporcionar medidas precisas del estado hemodinámico y la oxigenación, permiten al personal de enfermería ejecutar intervenciones rápidas y orientadas a prevenir el agravamiento del paciente.

A nivel nacional, el trabajo denominado “**Rol de enfermería en el cuidado del paciente crítico**” realizado en Ecuador, Manabí por Menéndez et al., (2024) señalan que ofrecer cuidados personalizados y evaluar de forma continua el estado del paciente durante toda la estancia hospitalaria hasta el alta puede disminuir las reacciones adversas y acelerar la recuperación. Su revisión bibliográfica también subraya que la comunicación clara y el acompañamiento psicosocial que brindan las enfermeras son factores clave; cuando se ejecutan bien, estas acciones repercuten positivamente en la mejora del paciente. No obstante, en entornos de unidad de cuidados intensivos, la avanzada tecnología disponible y la gravedad de la enfermedad a menudo limitan la capacidad del propio paciente para hacer visibles sus verdaderas necesidades.

En el estudio de **“Cuidados de enfermería a pacientes adultos con fallo multiorgánico ingresado en terapia intensiva”** realizado en Ecuador, Ambato. El autor Valenzuela (2023) sostiene que el abordaje de los adultos con SDMO en UCI debe ser ágil y metódico; por ello, el personal de enfermería en cada turno comienza con una revisión integral que incluye historia clínica, examen físico detallado y pruebas de laboratorio dirigidas a detectar a tiempo alteraciones como acidosis o cambios en la función renal. También debe vigilar de forma continua todos los monitores y dispositivos, para poder ajustar de inmediato parámetros hemodinámicos, respiratorios y metabólicos que suelen oscilar en esta población, y documenta cada hallazgo en la computadora clínica.

Por su parte, el manejo de líquidos, el cálculo de balances diarios y la vigilancia de fármacos vasoactivos son tareas que el enfermero debe coordinar y supervisar, y que guardan estrecha relación con el control de la sepsis, una de las causas más frecuentes del fallo multiorgánico. Por último, cuidar del confort del paciente implica también educar a los familiares, por lo cual promueve encuentros diarios breves en los que se comparten avances y se aclaran dudas con toda la unidad asistencial.

Al examinar estos estudios, las intervenciones de enfermería se analizan poco en cuanto a su coordinación y comunicación con otros profesionales de la salud, y tampoco se abordan las cuestiones éticas que pueden surgir a lo largo de la atención. De igual forma, la literatura no muestra pruebas claras sobre si una mejor comunicación con las familias disminuye la incertidumbre sobre el pronóstico del paciente mientras este permanece en la unidad de cuidados intensivos.

2.2. Marco conceptual

Mediante una exhaustiva revisión bibliográfica se examinan los conceptos y temas fundamentales que orientarán la discusión sobre las intervenciones de enfermería, apoyadas en evidencia, para el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes críticos.

Síndrome de disfunción multiorgánica

El autor Cuenca (2019) describe esta condición como un fenómeno secundario grave que aparece como consecuencia del progreso rápido en la fisiología, diagnóstico y manejo terapéutico en pacientes con enfermedades críticas extremadamente severas. Por su parte, Machado et al., (2021) la considera como una alteración de trastornos fisiológicos, que parte de la disfunción celular y finalmente lleva al fracaso orgánico, resultado de cambios que se producen con el tiempo y afectan a varios sistemas del organismo.

El SDMO aparece con frecuencia en las unidades de cuidados intensivos y sigue siendo la causa más habitual de muerte entre los enfermos en estado crítico. Su origen radica en una reacción inflamatoria descontrolada, que puede ser provocada por múltiples eventos clínicos, desde infecciones graves hasta traumatismos o intervenciones quirúrgicas extensas (Gourd y Nikitas, 2020). Esta situación aparece con frecuencia en personas que padecen sepsis, sufren un shock circulatorio o tienen lesiones traumáticas graves, un escenario que dificulta su tratamiento y exige la colaboración de varios especialistas. Para atender a estos pacientes de manera eficaz, es necesario contar con un equipo diverso en el que la enfermera o el enfermero desempeña un papel crucial. (Karunarathna et al., 2020).

Las intervenciones del personal de enfermería han demostrado mejorar la evolución clínica de los pacientes, reducir complicaciones y utilizar los recursos del hospital de forma más efectiva. Para garantizar que cada acto de cuidado se preste con la misma calidad, sin importar el entorno, es fundamental aplicar de manera sistemática protocolos estandarizados y guías clínicas (Vela et al., 2022). Por tanto, conocer los mecanismos que subyacen al síndrome de disfunción múltiple orgánica y las mejores formas de intervenir es clave para el manejo clínico exitoso. Esta tarea incluye una monitorización continua, el ajuste preciso del equilibrio hemodinámico y la prevención de complicaciones frecuentes, como las infecciones nosocomiales y las alteraciones metabólicas (Maier, 2014). La adopción de tecnologías avanzadas, como inteligencia artificial, telemedicina y dispositivos portátiles, ocupa hoy un lugar crucial en el cuidado de estos pacientes (Menéndez et al., 2024).

Fisiología de SDMO

El SDMO suele surgir de una respuesta inflamatoria exagerada en situaciones críticas, como una sepsis, traumas graves, quemaduras extensas o períodos prolongados de hipoperfusión; este primer evento se conoce como primer golpe fisiopatológico. La agresión inicial desencadena una gran cantidad de mediadores inmunitarios al torrente sanguíneo y, al hacerlo, desestabiliza la homeostasis interna del organismo. Posteriormente, factores como infecciones adquiridas en el hospital o intervenciones quirúrgicas parcialmente invasivas pueden actuar como un segundo golpe que agrava el cuadro y acelera la progresión del SDMO (Asim et al., 2020).

Los expertos sostienen que el surgimiento del SMDO depende de varios factores, entre ellos la gravedad del daño inicial, la condición general del paciente y la urgencia de una cirugía. Desafortunadamente, muchos de quienes desarrollan esta

complicación continúan enfrentando inflamación crónica e inmunosupresión, lo cual los deja atrapados en un estado de estrés oxidativo constante. Dos mecanismos fisiopatológicos sobresalen en el desarrollo del daño mitocondrial en la respuesta inflamatoria sistémica. El primero es el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, que desencadena una cascada inmunitaria abrumadora capaz de generar elevados niveles de radicales libres. El segundo, la hipoperfusión celular, origina estados de hipoxia que, a su vez, liberan especies reactivas de oxígeno y nitrógeno (Asim et al., 2020).

La interacción de ambas vías induce un marcado estrés oxidativo intracelular, el cual, al acumularse, compromete la integridad y función de las mitocondrias. En la etapa avanzada del SDMO, el daño endotelial desencadena respuestas inflamatorias innatas en los órganos afectados, conduciendo luego a una lesión del parénquima. A ese proceso se suman otros factores que alimentan la patogénesis. La disfunción mitocondrial, por ejemplo, se vincula con el deterioro orgánico a través de especies reactivas, al tiempo que promueve el inicio de la apoptosis (Asim et al., 2020).

Atención progresiva de SDMO

La estrategia de atención progresiva de los servicios de medicina interna se organiza para alinear según el área hospitalaria y sus recursos con las necesidades específicas de cada de pacientes. Así, cada demanda se aborda o monitorea mediante un nivel definido de cuidado médico y de enfermería, de manera que la intervención llegue al paciente en el instante y bajo las condiciones más favorables para su estado. Dentro de este esquema, se articula, de modo explícito, la magnitud de la necesidad observada y el grado de atención clínica que resulta indispensable para atenderla o mantenerla bajo control.

Ese conjunto de servicios, que varía de un país a otro, suele organizarse en categorías como cuidados intensivos, cuidados intermedios, atención para pacientes físicamente independientes, atención prolongada para enfermos crónicos, servicios domiciliarios y consultas externas. En el manejo del SDMO el equipo multidisciplinario destaca el papel de enfermería en áreas críticas. Al mencionar además intervenciones basadas en evidencia, se da un peso extra a las prácticas que cuentan con respaldo científico (Lázaro et al., 2024).

Unidad de cuidados intensivos (UCI)

Los autores Aguilar y Martínez (2017) lo describen como una serie de servicios que, dentro de la organización de un hospital, cuentan con un diseño orientado a sostener las funciones vitales de pacientes en peligro inmediato, todo ello con el objetivo de que dichos pacientes logren recuperarse. En la misma línea, Martínez (2014) señala que son habitaciones de hospitalización individualizadas están pensadas para atender a personas en estado crítico cuyas constantes vitales están amenazadas, ya sea de manera evidente o por razones potenciales, y que necesitan tratamientos especializados o apoyo mecánico para seguir viviendo.

Criterios clínicos de admisión y egreso a UCI

Evaluar la gravedad de un paciente y decidir si merece ingreso en la unidad de cuidados intensivos es siempre complicado. Cada facultativo debe apoyarse en un conjunto de pautas clínicas que otras especialidades han comparado y consensuado con anterioridad. Esas pautas, además, tienen que quedar escritas y ser accesibles a todo el personal que esté a cargo del enfermo. Aun así, no resulta viable crear una única norma que sirva a todos los hospitales, porque cada centro enfrenta diferentes niveles de enfermedad y cuenta con recursos y servicios diversos (Dávila, 2015).

El ingreso y el alta en una unidad de cuidados intensivos (UCI) se guían comúnmente por tres categorías clínicas amplias que ayudan al personal a decidir cuándo un paciente necesita, o ya no necesita, ese entorno tan especializado, según Benites et al., (2021) son los siguientes:

- a) Los primeros pacientes admitidos son los que muestran inestabilidad clara en uno o más sistemas vitales: corazón, pulmones, riñones o tracto gastrointestinal. Aquí entran cuadros extremos como paro cardíaco, paro respiratorio, coma profundo, o deshidratación severa, todos estados que ponen en riesgo inmediato la vida y exigen intervención rápida.
- b) Un segundo grupo está aparentemente estable en estos mismos sistemas, pero su historia clínica revela un peligro latente que puede disparar complicaciones graves en cuestión de minutos. Ejemplos típicos son afecciones coronarias, arritmia fulminante, o el paciente recién operado de cirugía mayor cuyo procedimiento acarrea un riesgo quirúrgico elevado. Para ambos, una monitorización continua proporciona la serenidad de detectar cualquier crisis a tiempo.
- c) Finalmente, hay quienes requieren vigilancia médica y de enfermería permanente, junto con máquinas específicas que no pueden trasladarse a un área normal. Se trata sobre todo de enfermos en hemodiálisis, aquellos conectados a ventiladores de presión positiva o negativa, y muchos tratamientos avanzados que, por su complejidad, exigen atención intensiva minuto a minuto.

Manejo integral

Los autores Manso et al., (2018) plantean que el cuidado de una persona solo resulta efectivo cuando incluye a la familia, a la comunidad y a los recursos del

entorno. Por su parte, los autores Naranjo et al., (2014) integran esa idea al Modelo de Atención Integral de Salud, propuesto con un claro énfasis familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), que se apoya en un conjunto extenso de normas y leyes diseñadas para proteger el derecho a la salud y orientar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, cuidando especialmente a los grupos más vulnerables.

Esta visión se respaldan documentos clave como la Constitución, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que invocan una aproximación integral cuando se trata de promover y recuperar la salud en sus dimensiones biológica, mental, espiritual, psicológica y social.

La Organización Mundial de la Salud (2023) lo define como un grupo de medidas pensadas para mejorar el funcionamiento y limitar la discapacidad de quienes, debido a problemas de salud, no logran relacionarse plenamente con su entorno. Mientras que Wade (2020) complementa esa visión al presentar la rehabilitación como un proceso centrado en la persona que adapta cada intervención a sus necesidades y, sobre todo, supervisa constantemente los cambios que surgen. De ser necesario, se modifican los objetivos y las acciones para que el paciente avance de la mejor manera posible.

Manejo de enfermería

Suasto et al., (2018) describen la gestión de enfermería como el uso del juicio profesional durante las etapas de planificación, organización, coordinación, dirección y supervisión, con el objetivo de implementar una estrategia asistencial que garantice cuidados oportunos, seguros e integrales. Esta forma de liderazgo promueve la continuidad en la atención y, por ende, favorece el bienestar y la salud de las personas atendidas. Por su parte, Castillo et al., (2023) lo consideran como el conjunto de

acciones y cuidados que se ofrecen a personas, ya sean sanas o enfermas, para facilitar su recuperación y preservar su salud. En ese enfoque, el personal de enfermería brinda apoyo no solo al paciente, sino también a sus familiares, siempre desde una perspectiva integral y humanizada.

Intervenciones de enfermería en el SDMO

Según Butcher et al., (2018) en el libro sobre la Clasificación de Intervenciones de Enfermera NIC, ofrecen una definición clásica, como cualquier acción que un profesional de enfermería, guiado por su criterio y conocimiento, implementa para mejorar los resultados del paciente. De forma complementaria, Martínez et al., (2020) subrayan que ese mismo saber profesional justifica cada acción en el ejercicio diario de la enfermera, otorgándole, al mismo tiempo, la autonomía necesaria para cuidar a las personas a lo largo del proceso de salud. Cuando los cuidadores se enfrentan a síntomas en pacientes críticos, pueden recurrir a diversas teorías de enfermería para organizar estrategias efectivas, lo que no solo agudiza su toma de decisiones basada en evidencia, sino que además garantiza un enfoque integral en cada paciente.

Martínez (2014) señala que un paciente crítico es aquél cuya supervivencia corre peligro inmediato, o podría hacerlo en cuestión de horas, por cualquier alteración severa en su estado de salud, y cuya reparación requiere -por sí misma- un tipo de asistencia que un servicio de hospitalización general no puede ofrecer. Vera (2022) amplía esa visión al describir a este mismo grupo como personas que, dado el riesgo vital que enfrentan, precisan no sólo terapias avanzadas, sino también un seguimiento ininterrumpido de signos, laboratorio y parámetros como el balance de líquidos, para poder actuar de forma rápida y evitar mayores complicaciones.

Este concepto, reflejado también en la Guía de Competencias Enfermeras para Cuidados Intensivos en Europa (2017), orienta a los profesionales a distinguir entre enfermos muy graves y aquellos que, aun estando mal, pueden ser atendidos de forma segura en áreas menos especializadas.

Monitorización continua del paciente:

- Evaluar periódicamente signos vitales y parámetros hemodinámicos, incluyendo presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y volumen urinario.
- Revisar en tiempo real resultados de laboratorio relevantes, tales como gasometría arterial, pruebas de función renal, perfil hepático y niveles de lactato.
- Detectar de forma temprana cualquier indicio de deterioro clínico o disfunción orgánica en etapas iniciales.

Gestión del cuidado directo

- Administrar los fármacos prescritos, incluyendo vasopresores, sedantes y antibióticos.
- Seguir los protocolos de reposición de líquidos y vigilar el equilibrio hídrico al detalle.
- Supervisar y mantener dispositivos invasivos: catéteres centrales, líneas arteriales, ventiladores y sondas.

Prevención de complicaciones

- Asegurar la higiene de manos, cambiar apósitos con regularidad y mantener esterilidad en todos los procedimientos para evitar infecciones relacionadas con dispositivos invasivos.
- Promover la movilización temprana del paciente con el fin de reducir las complicaciones musculoesqueléticas y los episodios de tromboembolismo venoso.
- Minimizar el riesgo de lesiones por presión mediante reposicionamientos periódicos y la colocación de superficies de apoyo diseñadas específicamente para tal objetivo.

Educación y comunicación

- Brindar al paciente, si está consciente, y a su familia datos claros y precisos sobre su estado clínico y los pasos que se seguirán en el manejo
- Servir de puente entre el equipo interdisciplinario y los familiares, de forma que todos comprendan los objetivos de la terapia.

Toma de decisiones clínicas en colaboración

- Formar parte de equipos multidisciplinarios que revisan regularmente la evolución del paciente.
- Sugerir cambios en el tratamiento a partir de las observaciones recogidas cada día.
- Contribuir a ordenar las intervenciones según la gravedad y las necesidades actuales del paciente.

Apoyo emocional y psicológico

- Ofrecer atención compasiva y respaldo emocional tanto al paciente como a sus familiares.
- Minimizar el estrés en individuos conscientes al establecer un entorno seguro y sereno.

Documentación y evaluación del cuidado:

- Mantener un registro preciso y oportuno de cada intervención realizada, así como de cualquier cambio observado en la condición del paciente.
- Evaluar continuamente la eficacia de esas intervenciones, ajustando el plan de cuidados en función de la respuesta clínica observada.

Eficacia en el Manejo de SDMO

Las enfermeras ocupan un lugar central en el cuidado de los pacientes, lo que convierte a su preparación continua en una necesidad innegable. Desde el contacto inicial hasta el seguimiento final, ellas realizan tareas técnicas, analíticas y emocionales que requieren conocimientos actualizados y destrezas precisas. Por mandato legal y por la ética que guía la profesión, cada enfermera debe asegurarse de que su saber, su técnica y su actitud se mantengan al mismo nivel que los avances de la ciencia y las normas de calidad. Cuando su competencia se refuerza, los resultados positivos se multiplican: el paciente mejora, la propia enfermera gana confianza, el equipo se siente apoyado y la institución fortalece su reputación. Pese a esa evidencia, la realidad de muchos hospitales y clínicas es que no existen mecanismos sistemáticos que revisen periódicamente las prácticas ni que incentiven la formación continua. De igual manera, las facultades de enfermería hallan difícil

acordar las metodologías precisas para evaluar que un egresado llegue al campo con las competencias necesarias, así como para seguir desarrollándolas en su vida laboral (Mrayyan et al., 2023).

La competencia profesional de la enfermera abarca las capacidades fundamentales que se requieren para desempeñarse con eficacia en el ámbito de la enfermería. Por esta razón, resulta necesario definir este concepto con claridad, de manera que se puedan construir las bases de un plan de estudios formativo coherente y pertinente. A pesar de que las ideas asociadas a la competencia profesional han demostrado ser útiles para elevar la calidad del cuidado enfermero, su desarrollo teórico y práctico permanece incompleto en muchos contextos. En consecuencia, siguen existiendo obstáculos para acordar definiciones, procedimientos específicos, describir los distintos niveles de competencia que deben alcanzar los profesionales y determinar los enfoques pedagógicos más idóneos para la capacitación continua en la disciplina (Fukada, 2018).

Competencias Actitudinales

Durante varias décadas, la literatura ha documentado tratamientos con una sólida base empírica, entre ellos la terapia cognitivo-conductual (TCC). Pese a ello, esa misma terapia sigue presente en demasiadas pocas consultas de salud mental comunitarias. Las iniciativas concebidas para incorporar y mantener la TCC en el quehacer diario del equipo clínico han logrado resultados modestos. Uno de los obstáculos más relevantes es que, aun luego de amplios programas de formación, no todos los profesionales que participan exhiben, al final, una mejora tangible en su pericia. Aunque se han probado talleres, supervisión y otros formatos con el propósito de elevar la competencia, la mayoría de las investigaciones combinan esas

estrategias, dificultando así entender el impacto de cada una por separado (Creed et al., 2021).

Los resultados obtenidos indican que la formación dirigida puede alterar las creencias y percepciones de los clínicos sobre la práctica basada en la evidencia, convirtiendo esta nueva mentalidad en un detonante esencial para el desarrollo de competencias. De hecho, unas actitudes más favorables hacia las EBP están asociadas a una adquisición más rápida de habilidades concretas, y aún sin que esta dimensión se mencione de forma expresa en el curso, las sesiones de formación y la asesoría cambian, por lo regular, la forma en que los profesionales valoran la evidencia y, en consecuencia, cómo la incorporan en sus actividades diarias.

Las competencias actitudinales abarcan la serie de disposiciones internas, principios y rutinas que guían al profesional en su trabajo - elementos como la ética, la responsabilidad o la iniciativa. En un estudio llevado a cabo durante rotaciones de enfermería en el área de radiología, los investigadores identificaron como pilares la ética profesional, el sentido de responsabilidad, un nivel estable de motivación y la capacidad de tomar la iniciativa (Turnes & Rodríguez 2023).

Competencias Procedimentales

Las competencias procedimentales abarcan el saber hacer, y se refieren al dominio de técnicas y protocolos como la inserción de un catéter, la realización de suturas o la toma de muestras. En una investigación reciente que incluyó a estudiantes de cuarto año de medicina se observó que maniobras importantes, tales como la punción arterial o el drenaje pleural, se practican muy pocas veces, lo que alimenta en el futuro médico una sensación de incompetencia al momento de graduarse (Dehmer et al., 2013).

El uso de simuladores y métodos estilo boot-camp ha demostrado mejorar, de forma clara, tanto la rapidez con la que se aprenden las habilidades prácticas como la capacidad para recordarlas después. Herramientas como la observación directa con retroalimentación inmediata, conocidas por su acrónimo DOPS, han resultado especialmente útiles en la formación de estudiantes de enfermería. Si estas pautas se aplican de forma regular en los espacios clínicos, los alumnos ganan confianza, cometen menos errores y pueden trasladar lo aprendido al día a día del trabajo hospitalario. Estas evidencias indican que, además de la práctica repetida, es indispensable un acompañamiento evaluativo constante para que una competencia procedimental sea verdadera y duradera (Osorio et al., 2024).

Competencias Cognitivas

El aprendizaje activo se ha consolidado como una herramienta pedagógica eficaz para fortalecer las habilidades cognitivas; al emplear estrategias como el análisis de casos, los debates o la resolución de problemas, los estudiantes no solo recuerdan contenido, sino que lo ponen en práctica y cultivan un pensamiento crítico más robusto. En los planes de estudio de ciencias de la salud, esta estrategia favorece la integración de la evidencia científica, el razonamiento ético y la acción efectiva en entornos clínicos reales. De este modo, las habilidades cognitivas se vinculan directamente con saber hacer y con las actitudes indispensables para una práctica profesional responsable.

Las competencias cognitivas abarcan habilidades mentales fundamentales como la memoria de trabajo, la flexibilidad mental, la atención sostenida, el pensamiento crítico y el razonamiento clínico. En entornos académicos, y especialmente en las escuelas de salud, unir el Aprendizaje Basado en Problemas

(ABP) con simulaciones clínicas ha demostrado potenciar esas capacidades, pues sitúa al alumno ante situaciones realistas que le obligan a integrar conocimientos, filtrar información, resolver dificultades y adoptar decisiones respaldadas por evidencia.

Según Bustos (2015) Estas estrategias desarrollan un razonar lógico y analítico más profundo, refinan el juicio clínico y aumentan la capacidad para llevar lo aprendido a situaciones reales. De ese modo, las facultades cognitivas no se forjan solamente memorizando la teoría, sino a través de experiencias prácticas que, en contexto, promueven un aprendizaje significativo y autónomo.

2.3. Marco Teórico

Cuidado Humanizado de Jean Watson

Una de las teorías más influyentes en el campo de la atención sanitaria donde sostiene que la empatía, una comunicación abierta y, en ocasiones, la presencia del profesional pueden enriquecer la experiencia y el pronóstico del paciente (Riegel et al., 2018). Watson sostiene que este enfoque reduce el estrés fisiológico y psicológico, facilita la recuperación dentro de los límites de la condición y también promueve la resiliencia del paciente. Las prácticas que sugiere son coherentes con intervenciones que son bien documentadas, como la estabilización hemodinámica, el uso de ventilación mecánica protectora y el control de la respuesta inflamatoria sistémica (Evangelista et al., 2021).

En el contexto internacional, Perú el autor Guerrero et al., (2017) sostienen que el cuidado humanizado de enfermería debe ser un pilar en la práctica clínica, ya que optimiza la atención que se ofrece al paciente y, por ende, eleva su calidad de vida; estos autores también indican que aplicar modelos de servicio fundamentados en

compasión y respeto favorece la adherencia a los tratamientos y la experiencia general del enfermo. En el contexto nacional, en Ecuador los autores Macias et al., (2023) subrayan en su investigación realizada en Ecuador que un cuidado humanizado constituye un ingrediente clave para fomentar el bienestar en cada etapa de la atención médica, pues el entorno hospitalario tiende a sobrecargarse con emociones desbordadas originadas por el sufrimiento y la ansiedad que vive la persona enferma y sus seres queridos.

Por su parte, Rojas, (2019) sostiene que, cuando se introduce el principio de humanización en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI), el enfoque de la atención pasa a estar plenamente dirigido hacia la persona que se encuentra en ese sistema. En esa dirección, el equipo moviliza sus esfuerzos para proteger la dignidad y los valores del paciente, administrando de manera eficaz los recursos humanos y materiales que tiene a su alcance. Al adoptar esta mirada centrada en la persona, se eleva generalmente el grado de satisfacción del enfermo y, en consecuencia, se puede reducir la aparición de nuevas complicaciones durante la estancia en la unidad.

Esta propuesta teórica nace de la necesidad de mantener una visión integral en el cuidado del SDMO. Es indiscutible que las herramientas biomédicas marcan el rumbo inicial, pero considerar el estado emocional del paciente y ofrecer un trato más humano pueden acelerar su recuperación. Por esa razón, al unir protocolos clínicamente validados con los valores humanistas que guían la enfermería, se espera ganar no solo en tasas de supervivencia, sino también en el bienestar cotidiano del paciente, reforzando así el papel central que tiene dicho personal dentro del equipo crítico.

La propuesta otorga un fundamento claro a la acción de los enfermeros ante el SDMO, orientando cada intervención hacia el alivio del dolor y la mejora del estado

general del paciente. De este modo, su incorporación al día a día de las unidades críticas podría elevar la calidad del cuidado y, además, estrechar el vínculo de confianza entre el enfermo y el equipo de salud. No obstante, aunque la teoría proporciona un marco ético y humanista muy valioso para la práctica de enfermería, llevarlo a la vida en un contexto crítico puede ser mucho más difícil de lo que parece.

Entre sus limitaciones está la tensión que surge cuando hay que actuar rápidamente ante una emergencia, momento en el que, desafortunadamente, la atención suele centrarse en la intervención técnica y no en el trato personal. Por otro lado, para que la aproximación funcione realmente, el equipo necesita un entrenamiento sólido en comunicación y empatía, algo que se hace complicado en unidades donde abundan las bajas y el tiempo escasea.

Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Según la Teoría del Déficit de Autocuidado las personas necesitan apoyo cuando sus habilidades para cuidarse a sí mismas son insuficientes, idea que cobra especial significado en unidades de cuidados intensivos, donde muchos pacientes no pueden satisfacer siquiera las demandas más básicas sin ayuda externa (Naranjo et al., 2017). En este contexto, el personal de enfermería desempeña una función fundamental al ofrecer cuidados sustitutivos, mantener la homeostasis y poner en marcha medidas que optimicen los resultados clínicos.

En Cuba, Prado et al., (2014) subrayan que un monitoreo hemodinámico riguroso, un soporte ventilatorio adecuado y la infusión precisa de soluciones intravenosas o agentes vasoactivos son pilares del cuidado crítico. Referencias más amplias apuntan a que, al aplicar guías de enfermería basadas en la teoría de Orem, la estabilidad hemodinámica mejora y la mortalidad se reduce significativamente en enfermos con síndrome de disfunción multiorgánica.

Es así como González et al (2019) definen la enfermería como el arte que intercede a favor de quienes no pueden actuar por sí mismos, ya sea alentándolos a que lo hagan o brindándoles la ayuda necesaria para aprender. La meta última es que cada persona realice y sostenga prácticas de autocuidado que protejan su salud, le ayuden a recuperarse de una enfermedad o le permitan sobrellevar sus secuelas. En Ecuador, Macías et al., (2020) han demostrado que un programa de formación sobre el manejo del SDMO, fundamentado en la teoría del autocuidado de Orem, mejora la toma de decisiones clínicas y refuerza la seguridad del paciente.

Una de sus principales fortalezas es la habilidad para diseñar intervenciones organizadas y centradas en la persona, lo que simplifica la planificación del cuidado. No obstante, su insistencia en el autocuidado se muestra restringida en escenarios de pacientes críticos, donde la dependencia del equipo de salud resulta ineludible. Por eso, la misma propuesta puede adaptarse para construir estrategias que aborden esa realidad extrema, garantizando no solo la sustitución de capacidades perdidas, sino el respeto a la dignidad y a la humanización del trato asistencial.

Teoría de la adaptación de Callista Roy

La teoría de la adaptación de Callista Roy plantea que los seres humanos funcionan como sistemas abiertos que intercambian continuamente información y energía con el entorno; en consecuencia, la capacidad de adaptarse se considera esencial para la supervivencia (Osorio et al., 2019). En el síndrome de disfunción multiorgánica, los pacientes sufren un deterioro físico profundo que involucra varios órganos y sistemas, por lo que su cuerpo y su entorno deben reaccionar de manera rápida y coordinada a ese estrés. En el contexto colombiano, Álvarez y Bornacelli (2014) sostienen que el ejercicio del cuidado de enfermería debe orientarse a

favorecer la adaptación del paciente, a través de intervenciones que garanticen estabilidad hemodinámica, homeostasis metabólica y bienestar emocional, de modo que se optimicen los resultados clínicos y se disminuya la mortalidad.

En Ecuador, el estudio de García y Torres (2023) subrayan el valor de adoptar un enfoque integral que una la ventilación mecánica protectora con la reposición de líquidos ajustada a parámetros hemodinámicos. Estas medidas persiguen no solo recuperar la función de los órganos lesionados, sino también facilitar una respuesta adaptativa ante alteraciones fisiológicas severas. Esta propuesta teórica resulta pertinente porque articula los componentes biológicos, psicológicos y sociales en el cuidado del paciente crítico; a diferencia de los modelos que se concentran exclusivamente en la fisiopatología, ella explica cómo el organismo, la mente y el entorno colaboran, y cómo el equipo de enfermería puede afinar esas interacciones para mejorar el pronóstico.

Al fundamentar la práctica en esta teoría, el profesional organiza su actuación de modo que potencie la adaptación y aminore el daño que suele acompañar al fallo multiorgánico. Definir el estudio con ese énfasis confirma, por tanto, la necesidad de mirar al enfermo más allá de sus signos vitales y de implantar protocolos que acompañen la estabilización con cuidado emocional y social. Sin embargo, una de ellas sigue siendo la dificultad para llevar algunos de sus conceptos a la rutina clínica, sobre todo en entornos altamente complejos como las unidades de cuidados intensivos.

Capítulo III: Diseño Metodológico

3.1. Tipo y diseño de investigación

El diseño metodológico que se empleó fue la revisión de alcance, o *scoping review*. Este enfoque proporcionó una descripción clara y sistemática de un fenómeno, evitando la manipulación de variables y relaciones causales. Codina, (2020), considera que esta perspectiva es útil para buscar temas generales, detectar patrones, identificar vacíos persistentes y destacar áreas emergentes en la literatura existente. Para este estudio, recopilamos y clasificamos la literatura relevante publicada durante la última década sobre intervenciones de enfermería para el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO). Este enfoque garantizó que el conocimiento recopilado estuviera actualizado y fuera inmediatamente aplicable en las unidades de cuidados críticos.

3.2. Los métodos y las técnicas

Se siguieron las normativas del protocolo PRISMA para Revisiones de Alcance (PRISMA-ScR) elaborado por Tricco et al. (2018). El seguimiento de las directrices permitió al autor estructurar adecuadamente los objetivos, los métodos, los hallazgos y las conclusiones del trabajo para evitar ambigüedades y redundancias. La adopción del PRISMA-ScR ayudó a realizar con claridad la formulación de la pregunta de investigación y los criterios de inclusión y exclusión, diseño de la búsqueda, selección de estudios y síntesis de la evidencia (McGowan et al., 2020).

3.3. Procesamiento estadístico de la información

3.3.1. *Pregunta de investigación (PICO)*

La presente revisión sistemática responde a la pregunta de investigación:
¿Cuál es la evidencia científica sobre las intervenciones de enfermería en el manejo del síndrome de disfunción multiorgánica en pacientes críticos?

3.3.2. *Criterios de Inclusión*

- Artículos publicados en los últimos diez años (2015-2025)
- Artículos en español o inglés.
- Artículos en texto completo publicados en revistas científicas indexadas,
- Artículos con resúmenes completos y bien estructurados
- Informes de instituciones gubernamentales: nacionales e internacionales.
- Artículos de repositorios institucionales

3.3.3. *Criterios de Exclusión*

- Investigaciones que no abordan las preguntas planteadas en la revisión o que no ofrecen datos útiles.
- Publicaciones que no están registradas en bases de datos científicas de prestigio.
- Documentos que no dispongan del texto completo en acceso abierto o institucional.
- Revisiones narrativas, artículos editoriales, cartas al editor y resúmenes de congresos.
- Estudios cuya metodología no se describe o resulta manifiestamente deficiente.

3.3.4. Fuentes de información

Para fundamentar este trabajo se realizó una búsqueda cuidadosa, sistemática y retrospectiva en fuentes académicas formales y en literatura más accesible de reconocido prestigio. La intención fue reunir un conjunto de datos amplio, sólido y fácilmente visible para otros investigadores. Se consultaron bases de datos como PubMed, Scopus, Web of Science, LILACS, SciELO, Dialnet, ProQuest y EBSCO. Además, se exploró la llamada literatura gris mediante Google Scholar, repositorios institucionales de tesis e informes de organismos internacionales pertinentes. Para evitar pasar por alto trabajos relevantes, se revisaron manualmente las referencias de cada artículo seleccionado. Todo el procedimiento quedó documentado en detalle, asegurando que resulte totalmente trazable y repetible en futuras indagaciones.

3.3.5. Estrategias de búsqueda

La estrategia de búsqueda se estableció siguiendo un diseño metódico y disciplinado, apoyándose en los operadores booleanos básicos OR, AND y NOT con el fin de localizar estudios pertinentes sobre el tema. A estos operadores se ató un vocabulario controlado de palabras clave que fue discutido y consensuado antes de iniciar la búsqueda, de manera que el conjunto de términos pudiera recoger la mayor cantidad posible de artículos alineados con los objetivos de la revisión. Hernández y Mendoza (2018) enfatizan que, en esta etapa, esas herramientas booleanas son indispensables porque entrelazan los distintos vocablos y fortalecen la credibilidad de cada fuente identificada. Así, el tiempo dedicado a la recopilación se acorta, puesto que solo los trabajos más relevantes superan ese primer filtro y se trasladan a una lectura más exhaustiva.

Para la actual revisión, los términos de búsqueda que se emplearon son los siguientes:

- En inglés: Multiorgan Dysfunction Syndrome OR Nursing interventions AND Critical care nursing OR Multiorgan Dysfunction Syndrome.
- En español: Síndrome de disfunción multiorgánica AND Intervenciones de enfermería OR Cuidados críticos.

Además, se aplicaron filtros que selectividad:

- Publicaciones entre 2014 y 2024
- Documentos de texto completo.
- Artículos procedentes de revistas científicas indexadas.

Tras identificar los estudios relevantes, se procedió a extraer los datos de forma sistemática, registrando la información esencial de cada trabajo en una matriz de análisis específica. Este abordaje aseguró la transparencia y la capacidad de reproducir la revisión, al documentar claramente cada etapa de la búsqueda, selección y examen de la literatura. Para gestionar las citas y simplificar la organización de las referencias, se utilizó el software Mendeley.

3.3.6. Selección de estudios

Los estudios que forman parte de la revisión se seleccionaron mediante un procedimiento sistemático y transparente que los autores realizaron de forma paralela, aunque de manera independiente, para cada referencia que apareció en la búsqueda bibliográfica. En una primera fase examinaron títulos y resúmenes y, tras esa lectura inicial, marcaron los textos que parecían cumplir con los criterios de inclusión previamente definidos. En una segunda fase hicieron una lectura detallada de los

artículos preseleccionados, momento en el que confirmaron su relevancia y decidieron aceptarlos de forma definitiva para la revisión final.

3.3.7. Extracción de datos

La búsqueda de información se realizó de manera metódica y controlada. Primero se exportaron las referencias desde cada una de las bases de datos elegidas y se guardaron en el gestor Mendeley. Después, esta misma herramienta buscó y eliminó automáticamente los duplicados, asegurando que cada artículo fuera revisado una sola vez. Una vez depurado los artículos, se elaboró un diagrama de flujo según las directrices PRISMA que muestra el número de registros identificados, revisados, aceptados y descartados.

3.3.8. Síntesis de datos

Los datos recabados fueron organizados en una matriz de Microsoft Excel, la que sirvió para agrupar de manera ordenada las características esenciales de cada estudio. Entre las variables anotadas se incluyeron autor(es), año de publicación, país donde se realizó la indagación, tipo de intervención de enfermería aplicada y competencias detectadas. Esa síntesis permitió localizar la evidencia disponible, detectar huecos en el conocimiento y marcar tendencias sobre las acciones de enfermería en el manejo de pacientes con SDMO.

Capítulo IV: Análisis e interpretación de Resultados

4.1. Selección y depuración de estudios bajo metodología PRISMA

En la fase de identificación, se encontró un total de 3,554 registros relevantes, de los cuales 1,345 provenían de bases de datos científicas y 2,209 de otros tipos de registros. Antes de pasar a la etapa de selección, se eliminaron 154 registros debido a duplicados, quedando un total 3,400 registros que avanzaron a la etapa de cribado. Durante el cribado, se revisaron los títulos y resúmenes de estos 3,400 registros, lo que llevó a la exclusión de 3,310 debido a incumplimiento de criterios de elegibilidad predefinidos. A continuación, se realizó la evaluación de los 90 artículos restantes, de los cuales 62 fueron excluidos por diversas razones: 20 no proporcionaron evidencia directa relacionada con el rol del enfermero, 20 tenían datos metodológicos incomprensibles y 22 no estaban disponibles en los idiomas requeridos (español o inglés).

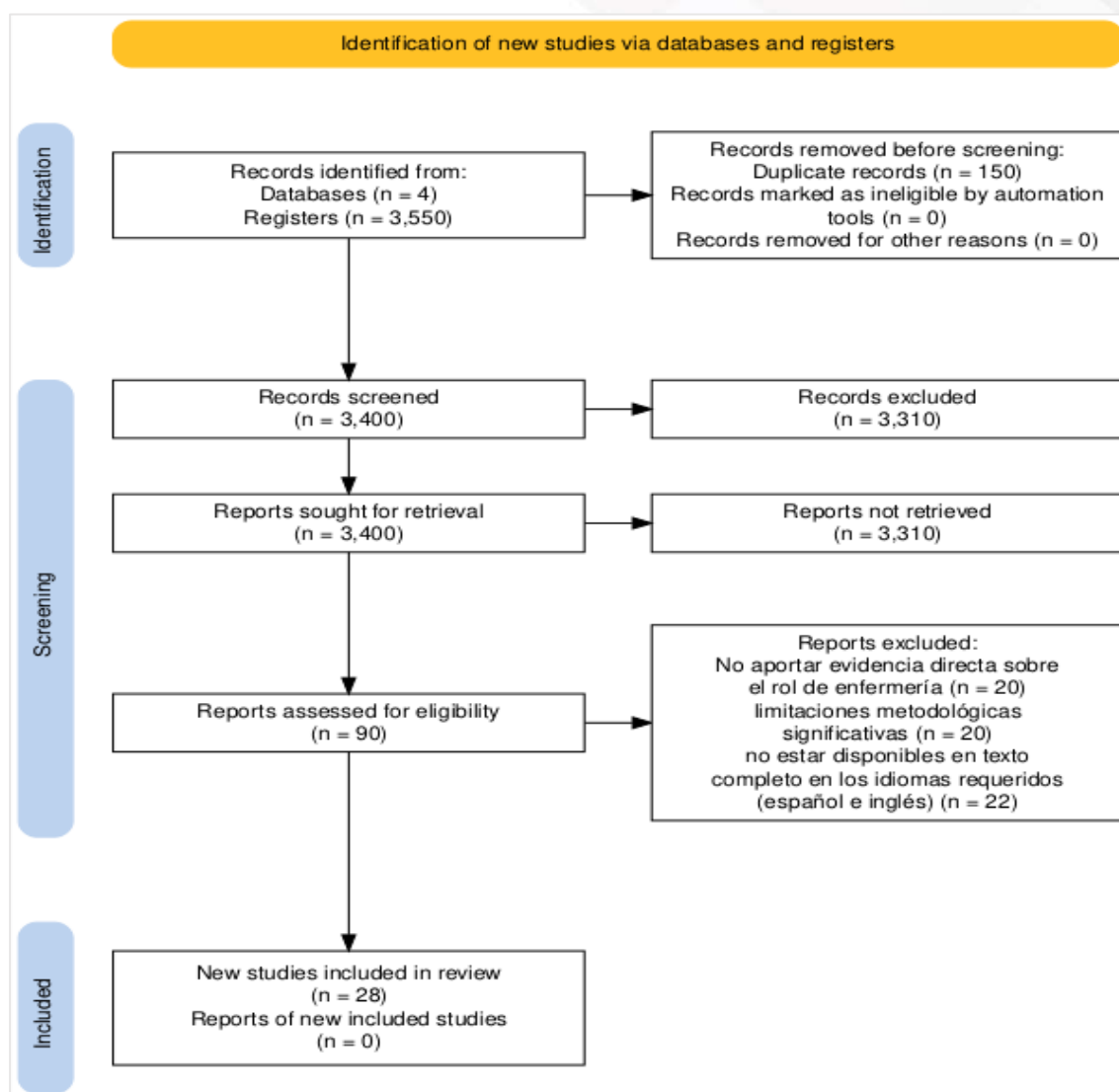
Obteniendo un total de 28 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos por los investigadores. Estos estudios proporcionaron información relevante y suficiente. La distribución geográfica muestra que la mayor proporción de estudios provinieron de los Estados Unidos (7 estudios), lo que refleja su fuerte enfoque en el desarrollo de intervenciones de enfermería para pacientes críticos con SDMO. Le siguen España con 5 estudios, lo que muestra un interés creciente hacia la humanización de la atención en relación con las competencias clínicas a nivel de cuidados intensivos. China y Colombia contribuyeron cada uno con 3 estudios, bien conocidos por sus enfoques tecnológicos y multidisciplinarios, holísticos en la atención del paciente. Mientras que Chile, México, Ecuador e Irán presentaron un artículo cada uno, centrándose en educación, competencias laborales y carga de trabajo en momentos de alta demanda. Por su parte, Italia, Brasil, Perú, Jordania, Egipto e

Indonesia aportaron un estudio cada uno, reflejando diversidad cultural y estrategias adaptadas al contexto local en la gestión del SDMO.

Las intervenciones de enfermería descritas en la bibliografía se han centrado en el seguimiento hemodinámico continuo, mediante técnicas invasivas y no invasivas, lo que ha permitido detectar la disfunción orgánica en fases tempranas. Asimismo, se han ejecutado planes avanzados de cuidado respiratorio, que incluyen ventilación mecánica, aspiración de secreciones y medidas preventivas para las complicaciones pulmonares, priorizando el intercambio gaseoso óptimo y la movilización precoz del paciente. Las acciones para controlar infecciones, como el estricto cumplimiento de la higiene de manos, la pauta correcta de antimicrobianos y la vigilancia epidemiológica, resultaron fundamentales para reducir los riesgos.

Asimismo, se llevaron a cabo iniciativas orientadas a fortalecer el vínculo con la familia y a brindar apoyo emocional al paciente, mediante reuniones familiares, acompañamiento psicosocial y educación en salud de carácter culturalmente pertinente. Varios estudios estudiaron la incidencia del personal de enfermería en equipos interdisciplinarios, facilitando decisiones clínicas conjuntas bajo órdenes permanentes y promoviendo la formación continua y el entrenamiento en resiliencia para sobrellevar el estrés laboral y elevar la calidad del cuidado. La implementación de estas estrategias requirió integrar competencias actitudinales como empatía, liderazgo y responsabilidad, habilidades ejecutivas relacionadas con el manejo técnico de equipos y protocolos, y capacidades cognitivas que incluyen la lectura de datos clínicos, el razonamiento crítico y la decisión fundamentada en prueba.

Figura 1 Diagrama Prisma de la selección de estudios



4.2. Características de los estudios y resultados individuales

Se registraron elementos como autor, año, país, población, intervenciones de enfermería y tipo de competencias. (Tabla 2)

Tabla 2

Matriz de selección de estudios

Nº	Autor (Año)	Población	País	Intervención de enfermería	Competencia Actitudinal	Competencia Procedimental	Competencia Cognitiva
1	Adams et al. (2014)	Familiares de pacientes en UCI	EE.UU.	Reuniones familiares estructuradas, contención emocional, educación sobre cuidados críticos y riesgo de pérdida	Empatía profunda, escucha activa	Comunicación terapéutica, organización de sesiones	Identificación de necesidades psicoemocionales
2	Altafin et al. (2014)	Pacientes en UCI	Brasil	Uso sistemático del NAS para calcular carga de trabajo por paciente	Responsabilidad profesional	Registro preciso en NAS, categorización de actividades	Análisis de tendencias y ajustes operativos
3	Arienti et al. (2021)	Pacientes con SDMO	Italia	Movilización precoz dentro de la UCI, terapia funcional intensiva	Respeto por la dignidad del paciente	Aplicación segura de ejercicios funcionales	Seguimiento de progresión funcional
4	Asim et al. (2020)	Pacientes con SDMO	Qatar	Seguimiento clínico-patológico con monitoreo escalonado de órganos	Juicio clínico ético-	Coordinación con servicios (farmacia, ventilación)	Integración de hallazgos clínicos-patológicos
5	Bernal-Espinoza et al. (2024)	Enfermeras UCI	México	Simulación de casos clínicos para toma de decisiones críticas	Seguridad, autonomía	Aplicación de protocolos en escenarios simulados	Evaluación crítica de riesgos y beneficios
6	Campos Fernández & (2022)	Pacientes con SDMO	España	Gestión colaborativa del cuidado e itinerarios asistenciales	Liderazgo ético	Coordinación interdisciplinaria	Planificación integral del cuidado
7	Caraballo Jaimes (2019)	Pacientes con SDMO	EE.UU.	Alertas anticipadas de degradación orgánica usando escalas	Vigilancia proactiva	Monitoreo de signos vitales, puntuación SOFA	Identificación temprana de disfunción
8	Cilla & Martínez (2018)	Enfermeras UCI	España	Adecuación del esfuerzo terapéutico, considerando calidad de vida	Sensibilidad ética	Desarrollo de planes colaborativos con familia	Evaluación pronóstica y de decisiones de continuidad

9	Cofre-Valiente et al. (2025)	Enfermeras UCI	Chile	Formación en monitorización hemodinámica avanzada con catéteres	Precisión y responsabilidad	Manejo de equipo invasivo/no invasivo	Lectura de parámetros cardiovasculares
10	Darmawulan et al. (2023)	Pacientes con SDMO y familias	Indonesia	Cuidado centrado en el núcleo familiar, con atención cultural	Empatía cultural, respeto	Inclusión familiar en decisiones y cuidados básicos	Evaluación del contexto familiar
11	Efstathiou & Walker (2014)	Enfermeras UCI	Reino Unido	Cuidados paliativos tras discontinuación de soporte vital	Compasión y ética	Manejo del confort, apoyo emocional	Reconocimiento de fases del final de la vida
12	Gabbard et al. (2021)	Equipo UCI	EE.UU.	Rol del CNS (Clinical Nurse Specialist) en coordinación	Liderazgo colaborativo	Supervisión de protocolos y formación al equipo	Diseño y evaluación de protocolos clínicos
13	González-Rincón et al. (2019)	Pacientes con SDMO	España	Estrategias paliativas en UCI para el manejo del dolor	Sensibilidad emocional	Uso de analgesia, confort y sedación	Evaluación continua del nivel de confort
14	Goñi-Viguria (2025)	Enfermera avanzada en UCI	España	Práctica avanzada: juicio autónomo y guías técnicas	Proactividad y confianza	Desarrollo e implementación de planes complejos	Análisis de resultados y ajustes clínicos
15	Liu et al. (2023)	Pacientes UCI con SDMO	China	Algoritmos de IA para predicción temprana de SDMO	Pensamiento analítico	Uso de software predictivo en la práctica	Interpretación de modelos estadísticos
16	Mealer et al. (2014)	Enfermeras UCI	EE.UU.	Taller de resiliencia contra el estrés y trauma laboral	Autocuidado y autoconsciencia	Técnicas de relajación y afrontamiento	Reconocimiento de burnout y fatiga
17	Moradi et al. (2024)	Pacientes con SDMO	Irán	Evaluación comparativa de carga laboral y SDMO	Adaptabilidad ante crisis	Organización de recursos y tiempos	Análisis comparativo entre grupos
18	Noriega Campos (2021)	Enfermeras UCI	Perú	Formación en sepsis y SDMO: fisiopatología, manejo, protocolos	Disposición de aprendizaje	Aplicación de protocolos de sepsis	Comprensión de cascada inflamatoria y fallo orgánico
19	Padilla et al. (2024)	Pacientes con SDMO	Colombia	Intervenciones de enfermería enfocadas en recuperación integral	Compromiso humanizado	Implementación de cuidados complejos integrales	Evaluación de evolución y resultados
20	Parra & Martínez (2025)	Enfermeras UCI	Ecuador	Desarrollo de competencias para situaciones críticas y urgentes	Resolución rápida de conflictos	Ejecución ágil de procedimientos urgentes	Toma de decisiones bajo presión

21	Rababa et al. (2022)	Adultos con SDMO	Jordania	Revisión sistemática sobre valoración y manejo de sepsis	Compromiso por mejorar calidad	Uso de escalas: SOFA, qSOFA	Interpretación de escalas pronósticas
22	Sesma-Mendaza et al. (2022)	Enfermeros	España	Educación en cuidados paliativos	Respeto a la dignidad y escucha	Aplicación de cuidados de confort emocional	Conocimiento de principios éticos del final de vida
23	Shaban et al. (2025)	Adultos con SDMO	Egipto	Intervenciones geriátricas adaptadas en UCI	Trato digno y personalizado	Técnicas y cuidados según edad avanzada	Evaluación de fragilidad y polifarmacia
24	Simko & Culleiton (2019)	Pacientes con SDMO	EE.UU.	Protocolo de soporte hemodinámico avanzado	Calma y control emocional	Manejo de drogas vasoactivas, ECMO	Conocimiento fisiológico y ajustes
25	Typpo et al. (2017)	Pacientes con SDMO	EE.UU.	Monitoreo tecnológico de SDMO (marcadores biomoleculares)	Curiosidad científica	Manejo de sistemas avanzados de monitoreo	Interpretación en tiempo real
26	Wu et al. (2022)	Pacientes con SDMO	China	Procedimientos avanzados en ventilación y fisioterapia respiratoria	Responsabilidad clínica	Oxigenoterapia y limpieza de secreciones	Evaluación de intercambio gaseoso
27	Xu et al. (2024)	Adultos con SDMO	China	Intervenciones multidisciplinarias para prevenir debilidad muscular	Proactividad y colaboración	Mobilización precoz, nutrición y ejercicio	Identificación temprana de riesgo de inmovilidad
28	Yáñez-Dabdoub & Vargas-Celis (2018)	Pacientes con SDMO	Colombia	Enfoque humanizado en decisiones de no progresión de soporte vital	Sensibilidad, respeto a la autonomía	Acompañamiento en retirada de soportes	Integración ética y valores del paciente

Nota. Elaboración propia

4.3. Describir lo que se ha Estudiado

De los 28 estudios incluidos, el 43% (12 estudios) se centró en intervenciones de enfermería directas dirigidas a la atención clínica de pacientes con síndrome de disfunción multiorgánica (SMOD) como el monitoreo hemodinámico avanzado, la movilización temprana, el soporte ventilatorio y el control de infecciones (Altafin et al., 2014; Arienti et al., 2021; Cofre et al., 2025; Wu et al., 2022).

Realizar estos procedimientos exige un conjunto concreto de habilidades, que abarcan desde el manejo seguro de técnicas invasivas y no invasivas hasta la operación de dispositivos médicos complejos y la aplicación rigurosa de protocolos establecidos. Por otra parte, el 32% de los estudios revisados, puso el foco en competencias actitudinales importantes para la atención integral, tales como la empatía, la sensibilidad ética, el liderazgo, la responsabilidad profesional y una comunicación efectiva con los pacientes y sus familias (Adams et al., 2014; Campos y Fernández, 2022; González-Rincón et al., 2019; Yáñez y Vargas, 2018). Estas actitudes son esenciales para ofrecer apoyo emocional, gestionar el estrés y tomar decisiones en situaciones críticas sin perder el enfoque humanizado.

El 25% restante de la muestra se centró su atención a las habilidades cognitivas, tales como interpretar datos clínicos, razonar críticamente, valorar riesgos y decidir en medio de la medicina basada en evidencia en escenarios complejos o críticos (Bernal et al., 2024; Liu et al., 2023; Noriega, 2021; Parra y Martínez, 2025). Asimismo, resaltaron la necesidad de integrar tecnologías recientes como inteligencia artificial y plataformas de monitoreo avanzado, recursos que fortalecen la predicción y el manejo del SDMO.

Las investigaciones revisadas indican un enfoque multidimensional en las Unidades de Cuidados Intensivos, en el que el personal clínico combina sistemáticamente habilidades actitudinales, procedimentales y cognitivas para ofrecer una atención eficiente y humanizada. La formación continua, junto con la integración activa en equipos interdisciplinarios, aparece constantemente como un recurso central para reforzar esas competencias y, en última instancia, optimizar los resultados de los pacientes críticos.

4.4. Mapeo o Agrupación Temática

a) Intervenciones clínicas y tecnológicas para el manejo del SDMO (n=12)

Esta categoría agrupa investigaciones que abordan acciones directas en pacientes críticos, tales como monitoreo hemodinámico avanzado, movilización precoz, soporte mecánico a la ventilación, medidas de control de infecciones y algoritmos de inteligencia artificial que predicen tempranamente el SDMO. Ejemplos representativos son Altafin et al. (2014), Arienti et al. (2021), Cofre et al. (2025) y Liu et al. (2023). Cada una de estas estrategias exige tanto habilidades prácticas específicas como un sólido dominio técnico por parte del personal clínico.

b) Competencias actitudinales y soporte psicosocial en enfermería (n=9)

Esta sección agrupa investigaciones que subrayan la necesidad de que las enfermeras sean empáticas, se comuniquen con claridad, brinden apoyo emocional al paciente y su familia, y asuman un liderazgo ético dentro del equipo de la unidad de cuidados intensivos. También se considera la práctica de autocuidado y la resiliencia del propio personal, tal como documentan Adams et al. (2014), Campos y Fernández (2022), Mealer et al. (2014); Yáñez y Vargas (2018). En conjunto, estos trabajos ponen

de relieve que dichas competencias actitudinales son la clave para ofrecer un cuidado verdaderamente humanizado y centrado en la persona.

c) Desarrollo y evaluación de competencias cognitivas en enfermería (n=5)

En este conjunto de trabajos se examina la docencia y medición de habilidades mentales que permiten a los enfermeros decidir, leer signos, interpretar datos y calcular riesgos, a la par que aprenden protocolos y se familiarizan con tecnologías recientes. Entre las referencias más citadas figuran Bernal et al. (2024), Noriega (2021) y Parra y Martínez (2025).

d) Cuidado paliativo y manejo ético en la UCI (n=2)

Esta categoría abarca investigaciones que exploran el cuidado en la etapa final de la vida, el auxilio paliativo y las decisiones éticas relativas a limitar intervenciones en pacientes críticos, subrayando la sensatez moral y el apoyo a familiares. Ahí destacan los estudios de Efstathiou y Walker (2014) y González et al. (2019).

4.5. Que no se ha Estudiado sobre el Tema

Al examinar la literatura actual sobre el cuidado crítico de pacientes en UCI diagnosticados con SDMO, queda claro que algunos temas clave han recibido escasa atención. Primero, la documentación sobre grupos específicos como pacientes pediátricos, mujeres embarazadas o comunidades étnicas minoritarias es muy escasa, lo que dificulta que los hallazgos se apliquen con confianza a estas poblaciones vulnerables. En segundo lugar, faltan estudios que analicen intervenciones no farmacológicas para el control del dolor y el estrés, como la musicoterapia, la relajación guiada o el mindfulness, aunque tales técnicas son cada vez más aceptadas en otras áreas de la medicina.

Todavía hay un vacío importante en la validación y estandarización de herramientas que midan las actitudes, capacidades cognitivas y habilidades prácticas del personal de enfermería, lo cual complica obtener una evaluación objetiva del impacto que tienen los programas de formación en la calidad del cuidado. Además, la mayoría de los estudios existentes se centran en la fase aguda dentro de la unidad de cuidados intensivos, y todavía faltan investigaciones que sigan a los pacientes a mediano y largo plazo para ver cómo evolucionan su recuperación funcional, su calidad de vida y las secuelas psicosociales que pueden aparecer una vez que han sido dados de alta.

Capítulo V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones

5.1. Discusión

Los resultados mapeados en esta revisión indican que los temas más comunes están enmarcados en intervenciones clínicas directas para pacientes de cuidados críticos con síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM), incluyendo monitoreo hemodinámico avanzado, movilización temprana y manejo ventilatorio. También existen amplias brechas en relación con las competencias actitudinales del personal de enfermería, particularmente en lo que respecta a la empatía, la comunicación efectiva y el apoyo emocional al paciente y la familia. En menor medida, se exploraron competencias cognitivas relacionadas con la toma de decisiones clínicas y la aplicación de tecnologías emergentes como la inteligencia artificial.

Las poblaciones predominantes fueron pacientes adultos en unidades de cuidados intensivos, en su mayoría masculinos, mientras que el personal de enfermería constituyó otra población relevante para el estudio de competencias. Estos hallazgos están en línea con revisiones realizadas anteriormente que enfatizan un constructo de atención integrada holística en la UCI, combinando componentes técnicos y humanísticos para mejorar los resultados clínicos y psicosociales (Caraballo & Jaimes, 2019; Rababa et al., 2022).

Aunque hay una variedad de temas, todavía hay algunas áreas que no se estudian lo suficiente. El enfoque en pacientes pediátricos, mujeres embarazadas y grupos étnicos minoritarios es casi inexistente, lo que obstaculiza la generalización de los hallazgos. Además, las intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor y el estrés, categorizadas como terapias complementarias y alternativas, siguen siendo poco exploradas. Otra brecha notable es la ausencia de instrumentos

validados para evaluar las habilidades actitudinales, procedimentales y cognitivas de los enfermeros en contextos críticos de manera objetiva. Por último, hay una falta de visitas de seguimiento post-UCI para evaluar la recuperación funcional del paciente y la calidad de vida a mediano y largo plazo.

Al comparar los resultados de esta revisión con investigaciones previas, se evidencia una coincidencia en que las intervenciones de enfermería para el manejo del SDOM continúan centradas en los aspectos clínicos y tecnológicos, tales como el monitoreo hemodinámico avanzado, la movilización temprana y el soporte ventilatorio. Estas acciones coinciden con los hallazgos de Caraballo y Jaimes (2019) y Rababa et al. (2022), quienes destacan que la enfermería crítica mantiene un enfoque predominantemente técnico. Sin embargo, el presente análisis revela una brecha constante en el componente humanístico del cuidado, particularmente en las competencias actitudinales y comunicativas.

La evolución del cuidado enfermero en contextos críticos ha transitado de un modelo biomédico centrado exclusivamente en la estabilidad fisiológica del paciente hacia una visión más integral, aunque este cambio aún se encuentra en desarrollo. En décadas anteriores, la prioridad estaba en la aplicación de técnicas avanzadas para la sustitución o soporte de funciones vitales. Hoy, sin embargo, se reconoce la importancia de incluir aspectos psicosociales, éticos y relacionales en la atención del paciente crítico. No obstante, los resultados evidencian que dicha evolución es parcial, ya que persiste un desequilibrio entre la tecnología y la humanización del cuidado.

Actualmente en la literatura apunta hacia la integración de la tecnología y la inteligencia artificial como apoyo al juicio clínico del profesional de enfermería, optimizando la detección temprana del deterioro orgánico y mejorando la precisión en la toma de decisiones. Sin embargo, la incorporación de estas herramientas plantea el reto de mantener el componente humano en la práctica asistencial. Otra tendencia relevante es el reconocimiento de la formación continua como elemento clave para el desarrollo de competencias integrales, lo que evidencia un cambio hacia una enfermería más reflexiva, basada en la evidencia y orientada al bienestar global del paciente.

En el futuro, las perspectivas de la enfermería en el manejo del SDOM apuntan a la consolidación de un modelo de atención híbrido que combine excelencia técnica con sensibilidad humana. Es necesario fomentar programas de capacitación que integren competencias tecnológicas, cognitivas y actitudinales de manera equilibrada. Asimismo, se plantea la urgencia de desarrollar instrumentos validados que midan de forma objetiva las competencias del personal de enfermería, permitiendo monitorear su impacto en los resultados clínicos y psicosociales del paciente. En este sentido, el desafío de la enfermería contemporánea es evolucionar hacia un cuidado crítico que sea, a la vez, tecnológicamente avanzado y profundamente humano.

Una de las fortalezas de esta revisión destaca la incorporación de múltiples estudios de diferentes facetas del cuidado crítico, lo que también proporcionó una visión integral sobre las intervenciones y competencias de enfermería. Sin embargo, existen algunos límites metodológicos reconocidos, como la exclusión en la tesis de literatura en otros idiomas aparte del español y el inglés, lo que podría haber ampliado el alcance de la literatura. Además, la heterogeneidad en el diseño metodológico

(cuantitativo, cualitativo, revisiones sistemáticas), así como la calidad variable de los estudios, hace que la comparación directa y la síntesis cuantitativa sean sumamente difíciles. El enfoque en bases de datos específicas también limitó otras fuentes de investigación relevante.

5.2. Conclusiones

Las principales estrategias de enfermería para abordar el síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM) en pacientes críticos están bien documentadas en la literatura contemporánea. La investigación más reciente señala que el monitoreo hemodinámico avanzado, la movilización temprana, el soporte ventilatorio preciso y el control riguroso de infecciones son las intervenciones que se aplican con mayor frecuencia en estas unidades. Sin embargo, esa carga técnica debe ir acompañada de actitudes profesionales, empatía, comunicación clara y respaldo emocional y de una aplicación reflexiva de protocolos y tecnología. Juntas, esa dualidad técnica y humanizada configuran un cuidado integral que busca estabilizar la fisiología del paciente sin descuidar su bienestar psicológico.

No obstante, la revisión también dejó al descubierto varias lagunas en el conocimiento actual. En primer lugar, escasean los estudios que incluyan poblaciones más específicas, como niños internados en unidades de cuidados intensivos y otros colectivos vulnerables, y que analicen cómo estas personas experimentan el dolor y el estrés. Igualmente, hay poca evaluación rigurosa de las intervenciones no farmacológicas que podrían aliviar esas sensaciones desagradables. Otro hallazgo relevante es la carencia de instrumentos de medición válidos y objetivos para determinar el nivel de competencia del personal de enfermería en entornos críticos; sin esa información, es difícil verificar si la formación continua realmente mejora la

práctica diaria. Por último, faltan investigaciones que sigan a los pacientes durante meses o años para ver cómo se recuperan funcionalmente y qué calidad de vida alcanzan una vez egresan de la UCI, un vacío que debe ser abordado en futuros trabajos.

5.3. Recomendaciones

Es fundamental fortalecer la formación continua del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos, integrando el componente técnico con el humanístico. No basta con dominar procedimientos como el monitoreo hemodinámico, la movilización temprana o el soporte ventilatorio; es necesario también promover la empatía, la comunicación efectiva y el apoyo emocional hacia el paciente y su familia. De esta manera, se consolida un modelo de atención que equilibra la precisión científica con la sensibilidad del cuidado.

Implementar programas de capacitación basados en simulación clínica y aprendizaje experiencial. Este enfoque permite que el personal de enfermería desarrolle habilidades críticas y reflexivas frente al manejo del síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM), favoreciendo una práctica segura y fundamentada en la evidencia. Además, el uso de la simulación posibilita evaluar la toma de decisiones en tiempo real y fortalecer el trabajo en equipo dentro de las unidades críticas.

Es necesario impulsar investigaciones que consideren a poblaciones vulnerables, como niños y adultos mayores ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Estos grupos presentan particularidades fisiológicas y emocionales que requieren estrategias de atención diferenciadas. Incluir sus experiencias de dolor, ansiedad y afrontamiento permitirá diseñar intervenciones más sensibles y adaptadas a sus necesidades específicas, enriqueciendo así el conocimiento enfermero.

Finalmente, se sugiere desarrollar y validar instrumentos objetivos que evalúen la competencia del personal de enfermería en entornos críticos. Contar con herramientas fiables permitirá medir de manera precisa el impacto de la formación profesional continua, identificar áreas de mejora y asegurar la calidad del cuidado brindado. Estos instrumentos deben contemplar tanto las habilidades técnicas como las actitudes éticas y comunicacionales que caracterizan un desempeño integral.

Referencias

- Aguilar, C., & Martínez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(3), 171-173.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-89092017000300171&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ali-Alfraas, N. H., Allafi, A. S. S., Alruwaili, H. H. A., Alenezi, R. S. H., Alshammry, I. M., R.Al-Ruwaili, M. A., Alshammari, M. S. H., Alanazi, N. R. y, Jaafari, J. H., & Alrawili, S. J. (2024). Nursing Challenges in Managing Patients with Multiple Organ Dysfunction Syndrome. *Letters in High Energy Physics*.
<https://lettersinhighenergyphysics.com/index.php/LHEP/article/view/980>
- Álvarez, J., & Bornacelli, L. P. (2011). *Evaluación de la aplicación del modelo de Callista Roy utilizado por el personal de enfermería en la valoración al paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos cardiovascular de la fundación Cardioinfantil IC*. [bachelorThesis, Universidad de La Sabana].
<https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/1682>
- Aranda, S. (2020). Designing nursing interventions. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 15(1), 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>
- Asim, M., Amin, F., & El-Menyar, A. (2020). Multiple organ dysfunction syndrome: Contemporary insights on the clinicopathological spectrum. *Qatar Medical Journal*, 2020(1), 22. <https://doi.org/10.5339/qmj.2020.22>
- Benites, Y., Chacha, D., Carchi, E., Hurtado, H., Castro, M., Cruz, D., Paredes, A., Castillo, P., Rodriguez, E., & Lopez, A. (2021). *MANUAL PRÁCTICO DE ENFERMERÍA INTENSIVA*. <https://mawil.us/wp-content/uploads/2021/10/manual-practico-de-enfermeria-intensiva.pdf>

- Bustos-Álvarez, J. (2015). Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud.
Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud. <https://www.uhsalud.com>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Wagner, C. M., & Dochterman, J. M. (2018).
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (7ma ed.). Elsevier.
- Castillo, L., Delgado, G., Briones, B., & Santana, M. (2023). La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(13), 40-49.
<https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2417>
- Codina, L. (2020). Cómo hacer revisiones bibliográficas tradicionales o sistemáticas utilizando bases de datos académicas. *Revista ORL*, 11(2), 139-153.
<https://doi.org/10.14201/orl.22977>
- Creed, T. A., Crane, M. E., Calloway, A., Olino, T. M., Kendall, P. C., & Wiltsey Stirman, S. (2021). Changes in community clinicians' attitudes and competence following a transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy training. *Implementation Research and Practice*, 2, 26334895211030220.
<https://doi.org/10.1177/26334895211030220>
- Cuenca Solanas, M. (2019). Síndrome de disfunción multiorgánica. *Enfermería intensiva*, 10(2), 71-80.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1456354>
- Dávila, C. (2015). *UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO EN AMERICA LATINA*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11615/v69n1p50.pdf?sequen>
- Dehmer, J. J., Amos, K. D., Farrell, T. M., Meyer, A. A., Newton, W. P., & Meyers, M. O. (2013). Competence and confidence with basic procedural skills: The experience and opinions of fourth-year medical students at a single institution.

- Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(5), 682-687. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828b0007>
- Donoso-Fuentes, A., & Arriagada-Santis, D. (2021). Síndrome de disfunción de órganos y adaptación mitocondrial en el paciente séptico. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 78(6), 597-611. <https://doi.org/10.24875/bmhim.20000323>
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Costa, S. F. G. da, Batista, P. S. de S., Duarte, M. C. S., Morais, G. S. da N., França, J. R. F. de S., & Gomes, B. da M. R. (2021). Nurses' performance in palliative care: Spiritual care in the light of Theory of Human Caring. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(1), e20210029. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0029>
- Fukada, M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1-7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- García, E. X. G., & Torres, N. A. C. (2023). Aplicación del modelo de callista roy como herramienta de adaptación al estrés. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1832-1854. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-145>
- Gourd, N. M., & Nikitas, N. (2020). Multiple Organ Dysfunction Syndrome. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(12), 1564-1575. <https://doi.org/10.1177/0885066619871452>
- Guerrero, R., Meneses, M. E., & De La Cruz, M. (2017). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Revista Enfermeria Herediana*, 9(2), 133. <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>

- Hernández, J., Fuentes, D., Burguillos, S., Domenech, P., Sansano, T. V., & Acosta, F. (2023). Análisis de la insuficiencia de órganos y mortalidad en la sepsis por peritonitis secundaria. *Medicina Intensiva*, 37(7), 461-467.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.07.010>
- Holguín, M., Bueno, P. F. E., & Farez, F. C. B. (2023). Percepción del Cuidado Humanizado del Personal de Enfermería en Cuidados Intermedios. Hospital General de Macas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 1552-1570. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8792
- Karunarathna, I., Jayawardana, A., & Bandara, S. (2020). *Principles of Intensive Care Medicine: A Multidisciplinary Approach*.
https://www.researchgate.net/publication/381296631_Principles_of_Intensive_Care_Medicine_A_Multidisciplinary_Approach
- Korach Jm, Pionnier C, & Clauss M. (2022). Management of Multi-Organ Failure: Nursing Role. *International Journal of Nursing and Health Care Research*.
<https://www.gavinpublishers.com/article/view/management-of-multi-organ-failure:-nursing-role>
- Lázaro, F. de L. B., Pinargote, J. A. P., & Dalgo, C. M. de L. Á. A. (2024). Rol de la Enfermera en Cuidados Intensivos desde un Enfoque Humanizado. *Reincisol.*, 3(6), 2015-2037. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)2015-2037](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)2015-2037)
- Llompart, J., Talayero, M., Homar, J., & Royo, C. (2022). Fallo multiorgánico en el paciente con trauma grave. *Medicina Intensiva*, 38(7), 455-462.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.05.004>
- Machado, O., Rego, H., Delgado, A., & Vitón, A. A. (2021). Factores asociados a la mortalidad en pacientes con síndrome de disfunción multiorgánica. *Revista*

Información Científica, 100(6), 3595.

<https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3595>

Macías, A., Rincón, T., Ubillus, S. P., & Pincay, L. D. (2020). Percepción sobre autocuidado en atención primaria en salud de estudiantes de la carrera de Enfermería. *Sinapsis: La revista científica del ITSUP*, 1(16), 25.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8474695>

Maier, R. V. (2014). Pathogenesis of multiple organ dysfunction syndrome--endotoxin, inflammatory cells, and their mediators: Cytokines and reactive oxygen species. *Surgical Infections*, 1(3), 197-204; discussion 204-205.

<https://doi.org/10.1089/109629600750018123>

Manso López, A. I., Jaime Valdés, L. M., & García Ferreiro, Á. L. (2018). Medicina General Integral: Una disciplina trascendental en la educación médica superior. *EDUMECENTRO*, 10(4), 211-214.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742018000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Marth, P. (2024). Critical Care Nursing for Patients with Multi-System Organ Failure. *Journal of Nursing & Patient Care*, 2024. https://www.scitechnol.com/peer-review/critical-care-nursing-for-patients-with-multisystem-organ-failure-opSf.php?article_id=26189

Martínez Esquivel, D., Muñoz Jiménez, M. P., Quesada Carballo, P., & Quesada Rodríguez, Y. (2020). Análisis de la intervención de Enfermería con una población adulta trabajadora. *Ene*, 14(3).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2020000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Martínez Estalella, G. (2014). Cuidados intensivos: Necesidad de cuidados intermedios. *Enfermería Intensiva*, 13(3), 113-124.
[https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(02\)78072-3](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(02)78072-3)
- McGowan, J., Straus, S., Moher, D., Langlois, E. V., O'Brien, K. K., Horsley, T., Aldcroft, A., Zarin, W., Garitty, C. M., Hempel, S., Lillie, E., Tunçalp, Özge, & Tricco, A. C. (2020). Reporting scoping reviews—PRISMA ScR extension. *Journal of Clinical Epidemiology*, 123, 177-179.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.03.016>
- Menéndez, T. del R., Calderon, N. G., Cevallos, J., & Leyane Monserrate Mendoza-Carranza. (2024). Rol de enfermería en el cuidado del paciente crítico. *RECIAMUC*, 8(1), 357-367.
[https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.357-367](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.357-367)
- Mrayyan, M. T., Abunab, H. Y., Abu Khait, A., Rababa, M. J., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A., & Abu Saraya, A. (2023). Competency in nursing practice: A concept analysis. *BMJ Open*, 13(6), e067352.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352>
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Naranjo, J. A., Delgado, A., Rodríguez, R., & Sánchez, Y. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 0-0.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252014000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Rehabilitation*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Osorio, B., Sepúlveda, R. A., Espinoza, M. E., Delfino, A., Osorio, B., Sepúlveda, R. A., Espinoza, M. E., & Delfino, A. (2024). Pauta DOPS como instrumento evaluativo para la obtención de habilidades procedimentales en enfermería: Revisión por alcance. *Revista médica de Chile*, 152(11), 1162-1175. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872024001101162>

Osorio-Duran, E., Lapeira-Panneflex, P., & Acosta-Salazar, D. (2019). Cuidado al familiar del paciente críticamente enfermo desde la teoría de Callista Roy. *Duazary*, 16(2), 50-62. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2941>

Poutriel, K. T., Rodríguez, M. A., Pestana, E. N., & Martínez, F. G. (2019). Comportamiento del fallo múltiple de órgano en la unidad de cuidados intensivos. *Archivo Médico de Camagüey*. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116129009>

Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Riegel, F., Crossetti, M. da G. O., & Siqueira, D. S. (2018). Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2072-2076. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>

- Rojas, V. (2019). HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
- Suasto, W., Balseiro, L., Jiménez, I., Hernández, A., Chaparro, A., & Jessica Adán. (2018). Modelo de gestión del cuidado: Innovación de enfermería para garantizar el bienestar de los pacientes, en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en la Cd. de México. *Revista de Enfermería Neurológica*, 17(3), 39-49. <https://doi.org/10.51422/ren.v17i3.270>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Turnes Cordeiro, M. I., & Rodríguez Abad, C. (2023). Competencias actitudinales y procedimentales del alumnado de Enfermería en el servicio de Radiología. *Cuidarxe: revista enfermera en el diagnóstico por la imagen y el tratamiento*, 4(1), 16-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9045453>
- Valenzuela Cáceres, J. N. (2023). *Cuidados de enfermería a pacientes adultos con fallo multiorgánico ingresado en terapia intensiva* [masterThesis]. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17273>
- Vela-Cano, F., Ruiz-Sánchez, D., Granado-Solano, J., García-Sanz, A., Ortega-Botías, M., & Marín-Corral, J. (2022). En respuesta a «Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas

en una UCI». *Enfermería Intensiva*, 33(1), 51-52.

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.12.003>

Vera, O. (2022). LA IMPORTANCIA Y REALIDAD ACTUAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PANDEMIA DEL COVID-19. *Revista Médica La Paz*, 28(1), 64-74.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582022000100064&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Wade, D. T. (2020). What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical Rehabilitation*, 34(5), 571-583.

<https://doi.org/10.1177/0269215520905112>