



ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN
THE POST- ICU PRESENTATION SCREEN (PICUPS) AL ESPAÑOL CHILENO

POR: María Graciela Salazar Vega

Actividad de grado presentada a la Facultad de medicina de la Universidad del
Desarrollo para optar al grado de Magíster en terapia física y rehabilitación

PROFESOR GUÍA:

Sra. Ana Cristina Castro Ávila

Junio 2024

Santiago, Chile

PERSMISO DE REPRODUCCIÓN, USO Y ARCHIVO

El archivo estará disponible para su uso y reproducción en el repositorio de la Universidad del Desarrollo, para el cuál debe ser solicitado el permiso de uso al autor.

Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

Se autoriza la reproducción de fragmentos de esta obra para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

DEDICATORIA

A David y mi hija Isidora, quienes han sido mi sostén constante, gracias por su amor incondicional y por estar a mi lado en cada paso. A mi familia y amigos que me acompañaron en este proceso, quienes me brindaron su apoyo incondicional en los momentos de flaqueza. Para finalizar me dedico este logro, por confiar en mi proceso y el esfuerzo constante para alcanzar mis metas.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi tutora, Ana Cristina Castro, por su apoyo, dedicación y constancia a lo largo de este proceso académico. Su guía y paciencia han sido fundamentales para culminar con éxito este proyecto.

A Felipe González, por su generosidad, experiencia y consejos, que fueron de mucha ayuda para resolver mis dudas durante el desarrollo del trabajo.

Agradezco a los profesionales de la salud que apoyaron y participaron en la ejecución del proyecto, así como a los docentes del Magíster en Terapia Física y Rehabilitación, cuya dedicación, experiencia y pasión en su labor fueron una fuente de inspiración en mis inicios en la investigación.

Por último, a mi querida cohorte del año 2020, por su compañerismo y amistad, fue fundamental durante este viaje académico.

TABLA DE CONTENIDO

PERSMISO DE REPRODUCCIÓN, USO Y ARCHIVO	2
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	3
INTRODUCCIÓN	9
MÉTODOS	10
DISEÑO ESTUDIO	10
INSTRUMENTO	11
TRADUCCIÓN Y ADAPTACION TRANSCULTURAL.....	12
INSTRUCCIONES DEL PICUPS	15
ANÁLISIS DE DATOS.....	16
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIÓN	23
REFERENCIAS	24
ANEXOS	27
TABLA 1.....	27
TABLA 2	28
TABLA 3	29
MATERIAL SUPLEMENTARIO 1	30
MATERIAL SUPLEMENTARIO 2	49
MATERIAL SUPLEMENTARIO 3	50
MATERIAL SUPLEMENTARIO 4.....	59

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN THE POST- ICU PRESENTATION SCREEN (PICUPS) AL ESPAÑOL CHILENO

M. Salazar – Vega¹

Resumen

Antecedentes: La mayoría de los sobrevivientes a la estadía en la unidad de cuidados intensivos (UCI) sufren secuelas físicas, mentales y cognitivas. La herramienta Post-ICU Presentation Screen (PICUPS) se diseñó con el objetivo de evaluar las necesidades de rehabilitación en los sobrevivientes de la UCI, sin embargo, solo está disponible en inglés.

Objetivo: Traducir y adaptar transculturalmente The Post-ICU Presentation Screen (PICUPS) al español de Chile y crear instrucciones asociadas.

Métodos: La adaptación transcultural se realizó mediante las etapas recomendadas por Beaton et al.: I) dos traducciones inglés-español; II) síntesis de las traducciones iniciales; III) dos retro-traducciones español-inglés; IV) comité de expertos; y V) pre-test. En la etapa V, se realizaron 30 entrevistas cognitivas y cada 10 entrevistas se hicieron cambios cuando hubo al menos un 80% de acuerdo. Los cambios a la herramienta se clasificaron en semánticos, conceptuales y estructurales.

Resultados: Luego de completar las etapas I-IV, se obtuvo la versión prefinal del PICUPS en español. En la etapa V, se realizaron 30 entrevistas cognitivas con 6

kinesiólogos, 6 terapeutas ocupacionales, 6 fonoaudiólogos y 6 médicos. Se efectuaron cambios en los 24 ítems del PICUPS: cambios semánticos en 16 ítems, cambios conceptuales en 18 ítems y cambios estructurales en 2 ítems. Basándose en las etapas IV y V, se crearon instrucciones para los 24 ítems.

Conclusiones: La versión chilena del PICUPS representa el primer instrumento en español diseñado para identificar las necesidades de rehabilitación multiprofesional post-cuidados intensivos, permitiendo orientar las estrategias de rehabilitación después del egreso hospitalario.

Palabras claves: síndrome post-cuidados intensivos, cuidados críticos, propiedades psicométricas, estudios transculturales.

TRANSCULTURAL ADAPTATION OF THE POST-ICU PRESENTATION SCREEN (PICUPS) EVALUATION TOOL INTO CHILEAN SPANISH

M. Salazar – Vega¹

Abstract

Background: Majority of survivors of intensive care unit (ICU) stay suffer physical, mental and cognitive sequelae. The Post-ICU Presentation Screen (PICUPS) tool was designed with the objective of assessing rehabilitation needs in ICU survivors, however, it is only available in English.

Objective: To translate and cross-culturally adapt The Post-ICU Presentation Screen (PICUPS) into Chilean Spanish and to create associated instructions.

Methods: Cross-cultural adaptation was carried out through the stages recommended by Beaton et al.: I) two English-Spanish translations; II) synthesis of the initial translations; III) two Spanish-English back-translations; IV) committee of experts; and V) pre-test. In stage V, 30 cognitive interviews were conducted and every 10 interviews changes were made when there was at least 80% agreement. The changes to the tool were classified as semantic, conceptual and structural.

Results: After completing stages I-IV, the prefinal version of PICUPS in Spanish was obtained. In stage V, 30 cognitive interviews were carried out with 6 kinesiologists, 6 occupational therapists, 6 speech pathologists and 6 doctors. Changes were made to the 24 items of the PICUPS: semantic changes in 16

items, conceptual changes in 18 items, and structural changes in 2 items. Based on stages IV and V, instructions were created for the 24 items.

Conclusions: The Chilean version of PICUPS represents the first instrument in Spanish designed to identify post-intensive care multi professional rehabilitation needs, allowing rehabilitation strategies to be guided after hospital discharge.

Key words *Post Intensive care syndrome, Critical Care, Psychometric properties, transcultural studies.*

Introducción

Las secuelas físicas, cognitivas y mentales asociadas a la sobrevivencia a la estadía en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se conoce como Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS, por su sigla en inglés)¹. Su prevalencia exacta se desconoce, pero Marra et al (2018) reportan que seis de cada diez pacientes sin deterioro cognitivo o discapacidad preexistente desarrollaron PICS, estando presente en un 64% y 56% a los 3 y 12 meses después del alta hospitalaria. Además, dos o más dominios estaban afectados en el 25% y 21% a los 3 y 12 meses². En el primer estudio chileno longitudinal multicéntrico realizado en 19 UCIs del país se encontró que el 92% (IC 95 %: 88 a 95) de adultos que recibieron ventilación mecánica invasiva presentaron al menos un deterioro del PICS al egreso de la UCI. Este porcentaje fue 68% a los 3 meses y de 57% a los 6 meses de seguimiento³.

Los pacientes que sobreviven a cuidados críticos enfrentan una variedad de problemas de salud que persisten a largo plazo y tienen un impacto significativo en el pronóstico, tanto en los resultados funcionales como en la sobrevivencia⁴. Las consecuencias de una estadía en la UCI afectan el regreso al trabajo, generando pérdidas de ingresos para el 80% de los sobrevivientes⁵. Cinco años después del egreso de la UCI, un tercio de los pacientes sobrevivientes de síndrome de dificultad respiratoria aguda nunca regresan al trabajo y casi la mitad se encuentran desempleados⁵.

Hasta la fecha no existe un *gold standard* que permita orientar las estrategias de intervención para los sobrevivientes de la UCI una vez que se trasladan a unidades menos complejas y en preparación para el alta a la comunidad⁶. El *Post ICU Presentation Screen* (PICUPS) se creó para respaldar la toma de decisiones clínicas después del egreso de la UCI. Esta herramienta tiene por objetivo identificar las necesidades de rehabilitación de los sobrevivientes de una enfermedad crítica, facilitar la prescripción temprana de rehabilitación y asegurar un seguimiento de los pacientes después de la UCI⁷. Sin embargo, el PICUPS solo se encuentra en el idioma inglés británico; por lo tanto, el objetivo de este estudio fue traducir y adaptar la versión original de PICUPS al español de Chile, así como elaborar instrucciones de aplicación.

Métodos

2.1.- Diseño estudio

Se siguió la metodología de traducción y adaptación transcultural recomendada por Beaton et al⁸. Se contactó vía correo electrónico al Dr. Zudin Puthuchearry (autor correspondiente de PICUPS⁷), quién dio su autorización para la adaptación transcultural al idioma español chileno. El presente estudio respetó las normas éticas de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Clínica Alemana de Santiago

Universidad del Desarrollo (N°2023-43) y el Comité Científico de Clínica INDISA (Acta de Aprobación 21/2023).

2.2 Instrumento

La creación del PICUPS fue liderada por profesionales de diversas disciplinas relacionadas a la rehabilitación post-UCI⁷. El PICUPS (24 ítems en total) tiene dos partes. El PICUPS básico se usa en la evaluación inicial después del traslado del paciente de la UCI a una sala de menor complejidad. Incluye 14 ítems agrupados en cinco dominios: cuidados médicos y esenciales; respiración y nutrición; componente físico y movimiento; comunicación; cognición y comportamiento. Además, el PICUPS-Plus identifica elementos adicionales que pueden requerir atención cuando el paciente regresa a la comunidad. Incluye 10 ítems agrupados en tres dominios: vía aérea superior; componente físico y actividades de la vida diaria; y síntomas que interfieren con las actividades diarias⁷.

Cada uno de los ítems se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos desde 0 (más dependiente) hasta 5 (casi normal), y tiene un umbral que determina la derivación a diversas disciplinas de la rehabilitación, como kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología, entre otras⁷.

En la evaluación inicial con 306 pacientes en Inglaterra, el PICUPS demostró una excelente consistencia interna para la herramienta completa (alfa de Cronbach=0.95), el PICUPS básico (alfa de Cronbach=0.92), y el PICUPS-Plus (alfa de Cronbach=0.91)⁷.

2.3 Traducción y adaptación transcultural

La versión de PICUPS 10.31.8.2020 disponible en <https://ics.ac.uk/guidance/rehabilitation.html>, se utilizó como punto de partida para este estudio. Las etapas de adaptación transcultural fueron las siguientes:

2.3.1 Etapa I: Traducción directa.

Dos traductores bilingües nativos chilenos generaron dos traducciones independientes (T1 y T2) al inglés: Solo uno tenía conocimientos en salud.

2.3.2 Etapa II: Síntesis de traducción.

En una reunión se revisaron las traducciones de la etapa anterior (T1 y T2), para obtener una versión única en español (T-12). En esta etapa participó un moderador imparcial y los dos traductores (Material suplementario 1).

2.3.3 Etapa III: Traducción inversa.

Se realizaron dos traducciones al inglés desde la versión T-12 por dos traductores bilingües nativos de inglés. Solo uno tenía conocimientos en salud.

2.3.4 Etapa IV: Comité de expertos

En dos reuniones con un comité de expertos se revisaron todas traducciones del instrumento con el fin de resolver cualquier ambigüedad de la síntesis en adelante, generando el PICUPS pre-final. El comité de expertos estuvo compuesto por un metodólogo, un lingüista, un moderador (investigador principal), un kinesiólogo, una enfermera clínica y un traductor.

2.3.5 Etapa V: Pre- test

Se incluyeron pacientes hospitalizados en las UCIs médica, quirúrgica, quemados y neuro-crítica del centro de salud seleccionado con cualquier diagnóstico de ingreso y/o comorbilidades que hubiesen estado más de 48 horas conectados a ventilación mecánica. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con adecuación al esfuerzo terapéutico (AET). Un investigador (MGS) recopiló información sociodemográfica de las fichas clínicas de los pacientes, incluyendo nombre, edad, sexo, diagnóstico de ingreso, duración de la estadía en la UCI y tiempo con ventilación mecánica.

Debido a la naturaleza multiprofesional de la herramienta, entre octubre 2023 a marzo 2024 se entrevistaron profesionales de kinesiología, enfermería, fonoaudiología, terapia ocupacional y medicina de clínica INDISA Providencia

con al menos un año de experiencia laboral en la UCI. Se realizaron dos entrevistas piloto para estimar el tiempo de duración de las entrevistas. Cada profesional participante recibió una capacitación individual en la que se le entregó la versión pre-final de PICUPS y las instrucciones. Dentro de la semana posterior, cada profesional aplicó el instrumento a dos pacientes que cumplieran los criterios de selección y respondió una entrevista cognitiva⁹ con el objetivo de comprobar la comprensión e interpretación del instrumento. El guión de la entrevista se enfocó en la revisión de conceptos y la descripción de las diferencias entre los puntajes adyacentes mediante el uso de la técnica pensar en voz alta¹⁰. Además, se solicitaron ejemplos de pacientes clasificados en algunos puntajes específicos.

Dado que el PICUPS consta de 24 ítems, se propuso limitar la duración de la entrevista a una hora⁹. Por lo tanto, a cada profesional se le asignaron diez ítems obligatorios en cada una de las tres rondas de entrevistas. Cinco ítems opcionales fueron asignados exclusivamente cuando la entrevista tuvo una duración inferior al tiempo estimado (Tabla 1). Se estableció un mínimo de respuestas de dos profesionales por ítem y un máximo de cinco profesionales en las rondas en las que existiera mayor discrepancia en las entrevistas cognitivas. Cada diez entrevistas se realizó un consenso entre los autores (ACC y MGS) y un metodólogo (JL) donde se realizaron cambios en el PICUPS cuando el 80%

de las respuestas de las entrevistas señalaban aspectos mejorables en la herramienta.

Estos cambios fueron probados en las siguientes diez entrevistas. Este proceso se realizó tres veces hasta completar las 30 entrevistas cognitivas. Al concluir las entrevistas, se generó la versión final de las instrucciones y del PICUPS en español chileno (Material suplementario 1 y 4).

2.4 Instrucciones del PICUPS

La versión en inglés del PICUPS carece de instrucciones para su uso. Luego de consultar informalmente con diversos profesionales, se determinó que era necesario crear instrucciones que proporcionaran una guía general de uso. Se consultó con el autor correspondiente para obtener autorización y para discutir vía correo electrónico aspectos que requerían clarificación, con el fin de servir como base para la creación de las instrucciones durante la adaptación transcultural del PICUPS.

Se convocó a un comité de expertos adicional al recomendado en la adaptación transcultural, compuesto por profesionales con al menos cinco años de experiencia en la UCI, tanto en el sector público como en el privado, para desarrollar un borrador de instrucciones. Este borrador fue evaluado junto con la versión pre-final de la herramienta en las entrevistas cognitivas.

2.5 Análisis de datos:

Las variables categóricas de los pacientes y de los clínicos son presentadas en frecuencia absoluta y relativa, mientras que las variables numéricas que no distribuyen normal se presentan en mediana y rango intercuartílico (RIC). Para el análisis de datos se utilizó Microsoft Excel Versión 16.78.

Las entrevistas cognitivas fueron grabadas y transcritas para el posterior análisis en las tres reuniones de consenso del *pre-test*. Los cambios realizados a los ítems fueron categorizados en:

- Cambios semánticos^{11,12}: se refieren a cambios menores para mejorar la fluidez del texto.
- Cambios conceptuales¹³: se refieren a cambios para proporcionar un contexto local más claro, teniendo en cuenta las diferencias en el sistema de salud y las leyes entre el país de origen y el país donde se lleva a cabo la adaptación cultural. Además de estos ajustes, se realizaron cambios en palabras por sinónimos y se eliminaron conceptos irrelevantes para mejorar la comprensión del ítem dentro de un contexto específico.
- Cambios estructurales¹⁴: se refieren a modificaciones mayores en la organización o en la forma en que se presenta la información.

Resultados

Las etapas I a la IV se llevaron a cabo entre octubre de 2022 a mayo de 2023, mientras que la etapa V se realizó entre octubre de 2023 a marzo de 2024. En total, 51 profesionales de diferentes disciplinas participaron en el estudio. Específicamente, 2 profesionales participaron en la etapa I, 5 en la etapa II, 2 en la etapa III, 8 en la etapa IV, 33 en la etapa V, y 10 en las instrucciones (Material suplementario 2). Los profesionales tenían una mediana (RIC) de 8 (5-10) años de experiencia laboral, y una mediana de 4 (3-10) años de experiencia en la UCI. La duración de las entrevistas tuvo una mediana (RIC) de 58 (48-61) minutos (Tabla 2). En cuanto a los pacientes, se reclutaron 15, con una mediana (RIC) de edad de 57 (26-69) años. El motivo de ingreso a la UCI fue predominantemente por quemaduras (47%), seguido por pacientes con diagnósticos neurológicos (20%) (Tabla 3).

La mediana (RIC) de entrevistas por ítem fue 13 (12-15). En las tres rondas de entrevistas cognitivas, se consultaron por los ítems obligatorios previamente asignados. Durante la primera ronda, se incluyeron entrevistas de cinco ítems opcionales; en la segunda ronda, se incluyeron dos ítems opcionales; y en la tercera ronda no se incluyeron ítems opcionales (Tabla 1). Sin embargo, a partir de la segunda ronda se incluyeron viñetas de casos clínicos para los ítems 1 y 13, ya que la información recolectada hasta ese momento no clarificaba si la diferencia entre puntajes adyacentes era adecuadamente comprensible. En la

última ronda no se preguntó por los ítems 9 y 21, ya que las rondas anteriores de entrevistas sugerían buena comprensión.

De acuerdo a los cambios realizados desde la versión T12 del PICUPS, siete títulos fueron modificados y los 24 ítems experimentaron al menos un tipo de cambio: 16 ítems tuvieron cambios semánticos, 18 ítems presentaron cambios conceptuales y 2 ítems sufrieron cambios estructurales (Ejemplo: ítems 15 de disnea y 17 de deglución) (Material suplementario 3). El ítem 15 se basa en la escala Medical Research Council modificada (mMRC)¹⁵, empleada para evaluar a pacientes con dificultad respiratoria crónica en atención primaria. La escala tiene cinco descriptores en vez de los seis que usa el PICUPS, por tanto, en la versión en inglés del PICUPS se agregó un descriptor “sin disnea” como el puntaje más alto. Durante las entrevistas se identificaron dos problemas: 1) que no es posible que alguien no tenga disnea en ninguna circunstancia; y 2) que los descriptores para los puntajes más bajos se percibían como inapropiados para pacientes post UCI. Por ello, se decidió desplazar la herramienta para agregar un descriptor donde el paciente tuviera disnea con una actividad de menor intensidad a las ya descritas. El ítem 17 evalúa deglución haciendo uso de la escala IDDSI (*Internacional Dysphagia Diet Standardisation Initiative*)¹⁶, la cual es conocida sólo por los fonoaudiólogos. Por lo tanto, se decidió homologar las restricciones de consistencia según la IDDSI en lugar de hacer referencia directa a ella. De esta manera, no es necesario estar familiarizado con este estándar

internacional de texturas de alimentos, sino que basta con conocer las restricciones de ingesta reales del paciente.

Finalmente, se elaboraron instrucciones generales y específicas para los 24 ítems del PICUPS, basadas en el artículo original y en la evaluación de un comité de expertos adicional al de pre-test. Estas instrucciones fueron sometidas a evaluación durante las entrevistas cognitivas de la etapa V. No se elaboraron instrucciones para todos los descriptores, sino que se enfocaron en clarificar principalmente los puntajes de corte para la derivación profesional (Material Suplementario 4).

Discusión

Este trabajo representa la primera traducción y adaptación cultural del PICUPS a otro idioma, proveyendo un invaluable instrumento en español para la evaluación de las necesidades de rehabilitación de sobrevivientes de la UCI desde una perspectiva multiprofesional. Siguiendo las recomendaciones internacionales de Beaton et al.⁸, se realizaron modificaciones en los 24 ítems del PICUPS; 16 cambios fueron de carácter semántico, 18 fueron conceptuales y 2 fueron estructurales.

La elección de la metodología no cuenta con una evidencia que la respalde sobre otras, ya que no existe un *Gold Standard*¹⁷. Los investigadores tomaron la

decisión de utilizar esta metodología, debido a que previamente se ha empleado en Chile para adaptar herramientas del inglés al español tanto para instrumentos autoporte¹⁸ como para herramientas administradas por clínicos¹⁹, como es el caso del PICUPS.

Las etapas I a III de la adaptación transcultural se llevaron a cabo según lo planificado, culminando en la obtención de la versión inicial de PICUPS en español que fue sometida a la evaluación del comité de expertos (etapa IV). Este comité desempeña un papel crucial para garantizar la equivalencia intercultural²⁰, revisando las traducciones y resolviendo cualquier discrepancia que se detecte. Para la etapa V, se sugiere realizar una fase de pre-testeo con 30 pacientes; sin embargo, esta recomendación es para herramientas de autoreporte; no existe claridad sobre el número de pacientes o profesionales que deben usarse para instrumentos que no sean de autoreporte. Para este estudio, se realizaron entrevistas cognitivas con 30 profesionales diferentes quienes evaluaron a 15 pacientes, una práctica similar a otros estudios de adaptación transcultural de instrumentos de evaluación de UCI en Chile¹⁹.

Dado que el PICUPS consta de 24 ítems, se determinó que investigar exhaustivamente el entendimiento de toda la herramienta y las instrucciones durante las entrevistas cognitivas sería poco factible. Como resultado, ninguno de los 24 ítems alcanzó las 30 entrevistas cognitivas, y la mediana (RIC) de

entrevistas por ítem fue de 13 (12-15). Willis et al. (1999) sugiere que la duración óptima de una entrevista es de una hora, ya que períodos más prolongados pueden resultar en una carga excesiva para el entrevistado^{21,22}. Basándonos en esta recomendación, se tomó la decisión de reducir el número de ítems y adaptar las entrevistas según la disciplina del entrevistado, con el objetivo de priorizar la calidad sobre la cantidad de tiempo de cada entrevista.

Los autores del PICUPS enfatizan que el objetivo del instrumento es identificar las interconsultas o derivaciones profesionales que el paciente requiere y, por tanto, no es práctico evaluar un ítem utilizando otras herramientas. Por este motivo, se decidió agregar ejemplos de actividades o preguntas que pueden utilizar durante la aplicación del instrumento para discriminar entre dos puntajes adyacentes. Esto busca mejorar la aplicabilidad de PICUPS y la confiabilidad inter-evaluador, lo cual se está realizando en un estudio en curso.

Existen sólo cinco herramientas que evalúan las secuelas físicas, cognitivas y mentales de los sobrevivientes de UCI y sólo dos para la evaluación de la familia⁶. Estas tienen una forma de aplicación distinta, ya que son de autoreporte, a diferencia del PICUPS. Además, se aplican al egreso de UCI, sin permitir una evaluación en los distintos hitos desde el egreso de la UCI hasta la rehabilitación ambulatoria²³⁻²⁷. El PICUPS se destaca como la primera herramienta que permite dar seguimiento a los pacientes, permitiendo ser aplicada a nivel poblacional y

analizar las brechas entre la capacidad y la demanda de servicios, tanto en el ámbito hospitalario como en la comunidad²⁸.

Este estudio tiene múltiples fortalezas. Se siguió una metodología rigurosa que ha sido utilizada en la adaptación transcultural de otros instrumentos al español de Chile^{18,19}. Las entrevistas cognitivas incluyeron profesionales de diversas disciplinas, brindándole riqueza y amplitud a las perspectivas analizadas, ya que cada disciplina trae consigo un conjunto único de conocimientos, enfoques y técnicas que pueden enriquecer el proceso. Este estudio es el primer paso para la evaluación de las propiedades clinimétricas del PICUPS, por lo tanto, genera la oportunidad de generar nuevas investigaciones explorando la validez predictiva y concurrente de este instrumento.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Las entrevistas cognitivas se llevaron a cabo únicamente en un centro de salud privado y la mayoría de los pacientes ingresaron debido a quemaduras severas, por tanto la generalización de los resultados podría estar limitada debido a la falta de representatividad de la población incluida. Por otro lado, la exclusión de pacientes de hospitales públicos podría sesgar la percepción y la comprensión de ciertos aspectos relacionados con la atención médica y la experiencia del paciente. Los autores destacan que, aunque se recomienda que el tiempo de aplicación de PICUPS sea de 3 minutos, en la práctica esto no fue posible debido a la cantidad de información necesaria

para completar el instrumento y, por tanto, no está claro cuánto tiempo tomaría aplicar el instrumento en la práctica clínica en Chile.

Conclusiones

El proceso de adaptación transcultural ha permitido obtener la versión chilena del PICUPS, el primer instrumento multiprofesional disponible en Chile para detectar secuelas y realizar el seguimiento de los sobrevivientes de la UCI hasta su reincorporación a la comunidad. Además, se elaboraron instrucciones generales y específicas para los 24 ítems del PICUPS. Este trabajo facilita el uso del PICUPS tanto en el ámbito clínico como en investigaciones futuras. No obstante, es necesario que futuros estudios evalúen las propiedades clinimétricas de esta versión del PICUPS.

Referencias

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012;40(2):502-509. doi:10.1097/CCM.0b013e318232da75
2. Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, et al. Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems among 406 Survivors of Critical Illness. *Crit Care Med.* 2018;46(9):1393-1401. doi:10.1097/CCM.0000000000003218
3. Castro-Avila A, Merino-Osorio C, González-Seguel F, Camus-Molina A, Muñoz-Muñoz F, Leppe J. Six-month post-intensive care outcomes during high and low bed occupancy due to the COVID-19 pandemic: A multicenter prospective cohort study. *PLoS One.* 2023;18(11 November). doi:10.1371/journal.pone.0294631
4. Voiriot G, Oualha M, Pierre A, et al. Chronic critical illness and post-intensive care syndrome: from pathophysiology to clinical challenges. *Ann Intensive Care.* 2022;12(1). doi:10.1186/s13613-022-01038-0
5. Kamdar BB, Sepulveda KA, Chong A, et al. Return to work and lost earnings after acute respiratory distress syndrome: A 5-year prospective, longitudinal study of long-term survivors. *Thorax.* 2018;73(2):125-133. doi:10.1136/thoraxjnl-2017-210217
6. Pant U, Vyas K, Meghani S, Park T, Norris CM, Papathanassoglou E. Screening tools for post-intensive care syndrome and post-traumatic symptoms in intensive care unit survivors: A scoping review. *Australian Critical Care.* 2023;36(5):863-871. doi:10.1016/j.aucc.2022.09.007
7. Turner-Stokes L, Corner EJ, Siegert RJ, et al. The post-ICU presentation screen (PICUPS) and rehabilitation prescription (RP) for intensive care survivors part I: Development and preliminary clinimetric evaluation. *J Intensive Care Soc.* 2022;23(3):253-263. doi:10.1177/1751143720988715
8. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures.* Vol 25.
9. Cavagnis EC, Zalazar-Jaime MF. Cognitive interviews: Review, guidelines for use and application in psychological research. *Avaliacao Psicologica.* 2018;17(3):362-370. doi:10.15689/ap.2018.1703.14883.09
10. Willis GB, Miller K. Cross-cultural cognitive interviewing: Seeking comparability and enhancing understanding. *Field methods.* 2011;23(4):331-341. doi:10.1177/1525822X11416092
11. Real Academia Española. Semántico, ca. Published 2023. Accessed April 25, 2024. <https://dle.rae.es/sem%C3%A1ntico>
12. Real Academia Española. Lingüístico, ca. Published 2023. Accessed April 25, 2024. <https://dle.rae.es/ling%C3%BC%C3%ADstico>

13. Real Academia Española. Conceptual. Published 2023. Accessed April 25, 2024. <https://dle.rae.es/conceptual?m=form>
14. Real Academia Española. Estructural. Published 2023. Accessed April 25, 2024. <https://dle.rae.es/estructural?m=form>
15. Mahler DA, Wells CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest*. 1988;93(3):580-586. doi:10.1378/chest.93.3.580
16. The IDDSI Framework and Descriptors are licensed under the Creative Commons Attribution-Sharealike 4.0 International License <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/> IDDSI 2.0| Complete IDDSI Framework Detailed definitions 2.0 | 2019. Published online 2019. doi:10.1007/s00455
17. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(4):435-441. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.11.021
18. Bunster J, Martínez MJ, Mauri-Stecca M V., et al. Cross-cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the University of Wisconsin Running Injury and Recovery Index questionnaire in Spanish (UWRI-S). *Physical Therapy in Sport*. 2022;55:289-295. doi:10.1016/j.ptsp.2022.05.007
19. González-Seguel F, Camus-Molina A, Leppe J, et al. Versión chilena de la Functional Status Score for the Intensive Care Unit: traducción y adaptación transcultural. *Medwave*. 2019;19(1):e7470. doi:10.5867/medwave.2019.01.7439
20. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186-3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014
21. Willis G. B. *Cognitive Interviewing A "How To" Guide.*; 1999.
22. Cavagnis EC, Zalazar-Jaime MF. Cognitive interviews: Review, guidelines for use and application in psychological research. *Avaliacao Psicologica*. 2018;17(3):362-370. doi:10.15689/ap.2018.1703.14883.09
23. Bergbom I, Karlsson V, Ringdal M. Developing and evaluating an instrument to measure Recovery After INTensive care: The RAIN instrument. *BMC Nurs*. 2018;17(1). doi:10.1186/s12912-018-0275-1
24. Jeong YJ, Kang J. Development and validation of a questionnaire to measure post-intensive care syndrome. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;55. doi:10.1016/j.iccn.2019.102756
25. Spies CD, Krampe H, Paul N, et al. Instruments to measure outcomes of post-intensive care syndrome in outpatient care settings – Results of an expert consensus and feasibility field test. *J Intensive Care Soc*. 2021;22(2):159-174. doi:10.1177/1751143720923597
26. Wang S, Allen D, Perkins A, et al. Validation of a new clinical tool for post-intensive care syndrome. *American Journal of Critical Care*. 2019;28(1):10-18. doi:10.4037/ajcc2019639

27. Malmgren J, Waldenström AC, Rylander C, Johannesson E, Lundin S. Long-term health-related quality of life and burden of disease after intensive care: development of a patient-reported outcome measure. *Crit Care*. 2021;25(1). doi:10.1186/s13054-021-03496-7
28. NHSE. *NHS Standard Contract For Major Trauma Service (All Age)*. D15/S/a. NHS England National Programmes of Care. London.; 2013. Accessed May 5, 2024. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/>

Tablas

Tabla 1: Distribución de ítem para rondas de entrevistas cognitivas por profesional

Ítem	Médico	EU	Kinesiólogo	TO	Fonoaudiólogo	Total entrevistas
1.-Estabilidad médica	1,2,3	1,2,3	2*	⊖	1,2,3	19
2.-Necesidades básicas y seguridad	2*	1,2,3	1,2,3	⊖	⊖	13
3.-Función respiratoria y asistencia ventilatoria	3	⊖	1,2,3	⊖	1,2,3	14
4.-Cuidados de la TQT	⊖	1,2,3	1*	⊖	1,2,3	13
5.-Etapa del destete de TQT	1,2,3	⊖	1,2,3	⊖	⊖	12
6.-Tos	1,2,3	⊖	1,2,3	⊖	3	14
7.-Nutrición/alimentación	1,2,3	⊖	3	⊖	1,2	13
8.-Cambios de posición en cama	⊖	1,2,3	1,2,3	⊖	⊖	12
9.-Transferencias: de la cama a la silla y de vuelta	⊖	1,2	1,2	⊖	⊖	7
10.-Comunicación	⊖	⊖	1*	1,2,3	1,2,3	13
11.-Cognición/ delirium	1,2,3	⊖	⊖	1,2,3	⊖	12
12.-Comportamiento	⊖	1,2,3	⊖	1,2,3	⊖	12
13.-Salud mental	1,2	2,3	⊖	⊖	1,2,3	15
14.-Necesidades de apoyo emocional/red de apoyo	1,2,3	⊖	1*	1,2,3	⊖	13
15.- Disnea	3	1,2,3	1,2,3	3	3	18
16.- Voz	⊖	1,2,3	1*	3	1,2,3	15
17.- Deglución	1,2,3	1,2,3	3	3	1,2,3	22
18.- Manejo postural y sedente	⊖	⊖	⊖	1,2,3	1,2,3	11
19.- Higiene personal	⊖	1,2,3	1*	1,2,3	⊖	13
20.-Necesidades de cuidado	⊖	⊖	1,2,3	1,2,3	⊖	11
21.- Desplazamiento - Recinto cerrado	⊖	⊖	1,2	1,2	⊖	8
22.- Función del brazo y la mano	1,2	⊖	⊖	1,2,3	3	12
23.- Fatiga	3	⊖	1,2,3	1,2,3	⊖	13
24.- Dolor	1,2,3	3	3	⊖	1,2	14

Abreviaciones: EU: Enfermera universitaria, TO: Terapeuta Ocupacional, TQT: Traqueotomía, EC: Entrevista cognitiva.

1 = Primera ronda de EC, 2 = Segunda ronda de EC, 3 = Tercera ronda de EC; * Corresponde a los ítems que fueron opcionales en las entrevistas cognitivas.

Tabla 2: Características de los profesionales entrevistados durante las entrevistas cognitivas del PICUPS Chile (n = 30)

Características	n=30
Años de experiencia laboral	8 (5-10)
Años trabajando en UCI	4 (3-10)
Tiempo en contestar la entrevista (minutos)	58 (48-61)
Desglose por profesión	
Medicina	6 (20%)
Kinesiología	6 (20%)
Enfermería	6 (20%)
Terapia ocupacional	6 (20%)
Fonoaudiología	6 (20%)

Resultados presentados en n (%) o mediana (RIC)
 UCI: unidad de cuidados intensivos

Tabla 3: Características de los pacientes evaluados

Características	n=15
Edad (años)	57 (26 – 69)
Sexo	
Femenino	5 (33%)
Masculino	10 (67%)
Motivo de admisión:	
Quemadura	7 (47%)
Neurológico	3 (20%)
Quirúrgico	2 (13%)
Cardíaco	1 (7%)
Otro	2 (13%)
Días con ventilación mecánica	10 (2 – 29)
Días en UPC	56 (28 – 83)
Días de hospitalización	64 (32 – 82)
Pacientes con traqueostomía	6 (40%)
Traslado del extrasistema	9 (60%)
Mortalidad	1 (7 %)

Resultados presentados en n (%) o mediana (RIC)

Abreviaciones: UPC: unidad de paciente crítico (incluye estadía en la unidad de cuidados intensivos y en la unidad de tratamiento intermedio).

Material suplementario 1: Comparación de los descriptores después de la etapa 2 y etapa 5.

Ítem 1

	Ítem	0	1	2	3	4	5
Cuidados médicos y esenciales							
T12	Estabilidad médica	Criticamente inestable Requiere manejo en un servicio de cuidados críticos o terapia intermedia (nivel 2-3)	Medicamento inestable Necesidades primarias son medicas/quirúrgicas, que requieren un servicio hospitalario agudo.	Necesidades primarias son de rehabilitación, pero está potencialmente inestable Requiere tratamiento en hospital en un servicio agudo con medico presente 24h (por ejemplo, unidad de alta agudez)	Requiere rehabilitación internado, pero está estable - Puede ser manejado- en un servicio no-agudo con cobertura médica diurna solamente.	Puede ser manejado en la comunidad con apoyo extra - Por ejemplo, hospitalización domiciliaria o hogar de enfermos (con cuidado de profesionales de la salud)	Sin necesidades médicas - Puede ser manejado en la comunidad con acceso normal a atención primaria de ser necesario
Cuidados médicos y esenciales							
PICUPS FINAL	Estabilidad médica	Criticamente inestable Requiere soporte vital avanzado y/o hemodinámicamente inestable	Medicamento inestable Necesidades de salud son medicas/quirúrgicas potencialmente en riesgo de deterioro clínico.	Necesidades de salud son de rehabilitación, pero está potencialmente inestable Requiere tratamiento en hospital en un servicio con médico presente 24 horas.	Requiere rehabilitación hospitalaria, pero está estable Puede ser manejado en un servicio solo con cobertura médica diurna.	Puede ser manejado en la comunidad con apoyo adicional. Por ejemplo, hospitalización domiciliaria u otro centro de la salud (con cuidado de profesionales de la salud)	Sin necesidades médicas. Puede ser manejado en la comunidad con acceso usual a la atención primaria de ser necesario.

Ítem 2

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Necesidades básicas y seguridad (Asigne puntaje según el peor escenario de cuidado o inseguridad de la situación)	Supervisión constante 1:1 Por seguridad o manejo conductual (generalmente requiere una "Protección a través de la restricción de la libertad")	Cuidado o riesgo muy alto. Requiere asistencia de ≥3 personas para el cuidado más básico. O: chequeos muy frecuentes (cada 15 minutos)	Cuidado o riesgo alto. Requiere asistencia de dos personas para el cuidado más básico. O: Chequeos frecuentes (Cada 30 minutos)	Cuidado o riesgo moderado. Requiere asistencia de una persona para el cuidado más básico. O: chequeos cada 1-2 horas.	Cuidado o riesgo leve. Requiere asistencia incidental de una persona para cuidado básico. O: Chequeos cada 3 - 4 horas.	Sin necesidad de cuidados - En gran parte independiente en cuidado básico y capaz de mantener la seguridad propia - no hay riesgo
PICUPS FINAL	Necesidades básicas y seguridad	Supervisión constante 1:1 Por riesgo vital, seguridad o manejo conductual.	Cuidado o riesgo muy alto. Requiere asistencia de ≥3 personas para necesidades básicas. O: chequeos de enfermería muy frecuentes (cada 15 minutos)	Cuidado o riesgo alto. Requiere asistencia de dos personas para las necesidades básicas. O: Chequeos de enfermería frecuentes (Cada 30 minutos)	Cuidado o riesgo moderado. Requiere asistencia de una persona para las necesidades básicas. O: chequeos de enfermería cada 1-2 horas	Cuidado o riesgo leve. Requiere asistencia ocasional de una persona para necesidades básicas O: Chequeos de enfermería cada 3 - 4 horas.	Sin necesidad de cuidados. Sin riesgo, independiente en necesidades básicas y capaz de mantener su seguridad propia.

Ítem 3

		0	1	2	3	4	5
Respiración y nutrición							
T12	Función respiratoria/ asistencia ventilatoria	Dependencia ventilatoria invasiva completa- Soporte ventilatorio continuo (por ejemplo, en un ventilador domiciliario.	Dependencia ventilatoria invasiva parcial - Logra periodos cortos sin el ventilador.	Ventilación no invasiva a través de una máscara (por ejemplo, CPAP) Soporte continuo o casi continuo.	Solamente soporte no invasivo intermitente (por ejemplo, CPAP solo en la noche) O Oxígeno continuo de alto flujo (>15 litros)	Ventilación independiente con oxígeno terapia estándar (<15 litros)	Ventilación independiente sin oxigenoterapia
Respiración y nutrición							
PICUPS FINAL	Función respiratoria/ asistencia ventilatoria	Dependencia ventilatoria invasiva completa- Soporte ventilatorio continuo.	Dependencia ventilatoria invasiva parcial - Logra periodos cortos sin el ventila	Ventilación no invasiva (incluido CPAP)- Soporte continuo o casi continuo.	Soporte no invasivo intermitente (por ejemplo, VNI solo en la noche incluido CPAP) O oxígeno continuo de alto flujo (> 15 litros por minuto)	Ventilación independiente con oxigenoterapia convencional (<15 litros por minuto)	Ventilación independiente sin oxigenoterapia

Ítem 4

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Cuidados de la traqueostomía	Máximo cuidado- Incluyendo cuidados del final de la vida planificados Cuidados de la traqueotomía limitados a brindar confort.	Vía aérea inestable Cuidado de la traqueotomía muy frecuente (por ejemplo, cada 30 minutos o una hora) +/- desaturación o tapones mucosos.	Traqueostomía compleja Cuidado frecuente de la traqueotomía (por ejemplo, cada 1 o 2 veces por hora) incluyendo succión profunda regular. Necesidades de cuidado de la traqueotomía pueden ser impredecible.	Cuidado de la traqueotomía estándar que requiere cuidado usualmente cada 2 a 4 horas.	Cuidado de la traqueo estable y simple que solamente requiere cuidado ocasional.	Sin traqueotomía
PICUPS FINAL	Cuidados de la traqueostomía	Máximo nivel de atención Cuidados de la traqueotomía limitados a brindar confort. Incluidos pacientes recibiendo atención al final de la vida.	Alto nivel de atención Cuidado de la traqueotomía muy frecuente referente a la permeabilización de la vía aérea (por ejemplo, cada 30 minutos o una hora) +/- desaturación o tapones mucosos.	Moderado nivel de atención Cuidado frecuente de la traqueotomía (por ejemplo, cada 1 o 2 horas) incluyendo succión endotraqueal. Necesidades de atención de la traqueotomía.	Regular nivel de atención que requiere cuidado usualmente cada 2 a 4 horas	Leve nivel de atención que solamente requiere cuidado ocasional	Sin traqueotomía

Ítem 5

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Etapa del destete de la traqueostomía	Traqueostomía con Cuff inflado todo el tiempo.	Cuff parcialmente desinflado o periodos con el cuff desinflado.	Tolera cuff desinflado de manera continua o tienen traqueostomía sin cuff in-situ.	Cuff desinflado/ tubo sin cuff Tolera válvula unidireccional de manera continua.	Cuff desinflado/ tubo sin cuff Tolera pruebas de oclusión.	Decanulado o no aplica - No tiene traqueostomía
PICUPS FINAL	5.-Etapa del destete de la traqueostomía	Traqueostomía con cuff inflado todo el tiempo	Periodos con el cuff desinflado	Tolera cuff desinflado de manera continua	Cuff desinflado Tolera válvula de fonación (válvula unidireccional) de manera continua	Cuff desinflado Tolera pruebas de oclusión completa	Decanulado o no aplica - No tiene traqueostomía

Ítem 6

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Tos	Tos ausente, Podría estar completamente sedado o paralizado.	Tos se estimula solo con succión profunda.	Tos voluntaria, débil e ineficaz, incapaz de movilizar secreciones de forma independiente (por ejemplo, requiere succión profunda)	Tos voluntaria, débil y parcialmente efectiva , a veces es capaz de movilizar secreciones (por ejemplo, requiere succión Yankauer)	Tos efectiva , moviliza secreciones con técnicas de permeabilización de vía aérea.	Tos voluntaria consistentemente efectiva , que moviliza secreciones independientemente.
PICUPS FINAL	Tos	Tos ausente. Podría estar completamente sedado o con bloqueo neuromuscular (BNM)	Tos se estimula solo con succión traqueal	Tos voluntaria, débil e ineficaz , incapaz de movilizar secreciones de forma independiente (por ejemplo, requiere succión traqueal)	Tos voluntaria, débil y parcialmente efectiva , a veces es capaz de movilizar secreciones (por ejemplo, requiere succión orofaríngea)	Tos efectiva , moviliza secreciones con técnicas de permeabilización de vía aérea	Tos voluntaria efectiva , moviliza secreciones independientes.

Ítem 7

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Nutrición/ alimentación	Nada por la boca, requiere nutrición enteral o parenteral completa.	Consumo oral mínimo o sólidos/líquidos que requiere nutrición parenteral o enteral completa.	Parcialmente dependiente de sonda - Come y bebe menos de la mitad de las comidas del hospital y requiere alimentación enteral suplementaria vía sonda.	Come y bebe menos de 3/4 de las comidas del hospital y requiere suplementos nutricionales orales y/o requiere asistencia o supervisión cuando come.	Come y bebe 3/4 de las comidas del hospital pero necesita preparación o recordatorios para asegurar suficiente consumo.	Come y bebe todas las comidas del hospital de forma independiente y no tiene suplementos nutricionales orales prescritos.
PICUPS FINAL	Nutrición/ alimentación	Nada por la boca, requiere nutrición enteral o parenteral completa	Consumo oral mínimo de sólido/ líquidos que requiere nutrición parenteral o enteral completa	Parcialmente dependiente de sonda - Come y bebe menos de la mitad de las comidas y requiere alimentación enteral suplementaria vía sonda.	Come y bebe menos de 3/4 de las comidas y requiere suplementos nutricionales orales y/o requiere asistencia o supervisión cuando come.	Come y bebe 3/4 de las comidas, pero necesita preparación o recordatorios para asegurar el consumo necesario.	Come y bebe todas las comidas de forma independiente y no tiene suplementos nutricionales orales indicados.

Ítem 8

	Ítem	0	1	2	3	4	5
Componente físico/ movimiento							
T12	Reposicionamiento en la cama	Incapaz de ser movido, excepto con cuidado extremo (por ejemplo, rodar con sábanas enrolladas)	Requiere asistencia de tres o más personas para ser reposicionado en la cama.	Requiere asistencia de dos personas para ser reposicionado.	Requiere asistencia manual moderada de una persona para cambiar de posición.	Requiere asistencia mínima de una persona o solamente instrucción/ motivación para cambiar de posición.	Capaz de cambiar de posición completamente independiente.
Componente físico/ movimiento							
PICUPS FINAL	Cambios de posición en cama	No puede ser movilizado o puede ser movilizado con cuidado extremo (por ejemplo, rodar con sábanas enrolladas)	Requiere asistencia de tres o más personas para ser cambiado de posición en cama.	Requiere asistencia de dos personas para cambiar de posición en cama	Requiere asistencia física moderada de una persona para cambiar de posición.	Requiere asistencia física mínima de una persona o solamente instrucción/ motivación verbal para cambiar de posición.	Capaz de cambiar de posición completamente independiente

Ítem 9

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Transferencias: de la cama a la silla y de vuelta	Incapaz/ inestable	Transferencia con tecla	Transferencia con asistencia de dos personas (con o sin ayuda técnica).	Transferencia con asistencia física de una persona (con o sin ayuda técnica).	Transferencia con supervisión en espera de ayudar/ dando instrucciones solamente (con o sin ayuda técnica)	Transferencias completamente independientes sin equipamiento.
PICUPS FINAL	Transferencias: de la cama a la silla y de vuelta	Incapaz/ inestable	Transferencia con tecla u otro equipamiento	Transferencia con asistencia de dos personas (con o sin ayuda técnica)	Transferencia con asistencia física de una persona (con o sin ayuda técnica)	Transferencia con supervisión o dando instrucciones solamente (con o sin ayuda técnica)	Transferencias completamente independientes sin equipamiento ni ayuda técnica.

Ítem 10

	Ítem	0	1	2	3	4	5
Comunicación/ Cognición/ Comportamiento							
T12	Comunicación	No se comunica de manera funcional consistentemente.	Incapaz de llamar la atención, pero responde a preguntas directas sobre sus necesidades básicas de cuidado usando Si/No o gestos.	Capaz de llamar la atención y comunicarse al nivel de expresar necesidades básicas e información.	Se comunica considerando el contexto con personas familiares , pero genera trabajo extra en el que escucha.	Algún trabajo extra para el oyente, pero se comunica con gente poco familiar y fuera del contexto.	Comunicación sin restricciones Capaz de entender y expresar información compleja y de comunicarse con cualquier persona.
Comunicación/ Cognición/ Comportamiento							
PICUPS FINAL	Comunicación	No se comunica de manera funcional consistentemente	Incapaz de solicitar asistencia, pero responde a preguntas directas sobre sus necesidades básicas de cuidado usando Si/No o gestos	Capaz de solicitar asistencia y comunicar sus necesidades básicas e información.	Se comunica de manera funcional con personas conocidas , pero genera trabajo extra en el receptor	Se comunica de manera funcional con personas poco conocidas , pero genera algún trabajo extra para el receptor	Comunicación sin restricciones Capaz de entender y expresar información compleja y de comunicarse con cualquier persona

Ítem 11

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Cognición/ Delirium	Inconsciente - en coma (incluyendo si está completamente sedado)	Despierto pero aún tiene estados de conciencia alterada (es decir, respuestas inconscientes equivalentes a estados de conciencia vegetativo o mínimamente consciente)	Momentos de conciencia, pero posee déficit cognitivo severo o estado confusional agudo.	Problemas cognitivos moderados. No está completamente orientado.	Completamente orientado pero algunos problemas en los niveles más altos como, por ejemplo: la memoria o atención y/o función ejecutiva.	Cognición normal
PICUPS FINAL	Cognición/ Delirium	Inconsciente - en coma (incluyendo si está completamente sedado)	Despierto, pero aún tiene estados de conciencia alterada (es decir, respuestas inconscientes equivalentes a estado vegetativo o de mínima respuesta)	Momentos de conciencia, pero posee déficit cognitivo severo o estado confusional agudo	Problemas cognitivos moderados. No está completamente orientado.	Completamente orientado, pero tiene algunos problemas en los niveles más altos, como, por ejemplo: la memoria o atención y/o función ejecutiva.	Cognición normal

Ítem 12

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Comportamiento	Agitado, agresión física que a veces requiere contención (debería estar en "Protección a través de la restricción de la libertad")	Comportamiento desafiante con agresión verbal (pero no física)	Problemas marcados de comportamiento, pero en gran parte controlado en un ambiente estructurado.	Problemas moderados de comportamiento. Algunos problemas de control de temperamento. Necesita ser persuadido para realizar rehabilitación o recibir cuidados.	Problemas leves de comportamiento. Necesita instrucción/motivación para realizar actividades de la vida diaria. Explota de manera ocasional	Sin problemas de comportamiento Socialmente apropiado, cooperador, capaz de participar activamente en rehabilitación. O No aplica, por ejemplo, en coma estado vegetativo.
PICUPS FINAL	Comportamiento	Agitado, agresión física que a veces requiere contención.	Comportamiento desafiante con agresión verbal (pero no física)	Problemas severos de comportamiento, pero en gran parte manejable en un ambiente controlado.	Problemas moderados de comportamiento. Algunas dificultades de autorregulación de conducta. Necesita ser convencido para realizar rehabilitación o recibir cuidados	Problemas leves de comportamiento. Necesita motivación verbal para realizar actividades de la vida diaria. Ocasionalmente presenta problemas de control de impulso.	Sin problemas de comportamiento Socialmente apropiado, cooperador, capaz de participar activamente en rehabilitación O No aplica, por ejemplo, en coma / estado vegetativo

Ítem 13

	Ítem	0	1	2	3	4	5
Psicosocial							
T12	Salud Mental	Condición de salud mental preexistente conocida activa que requiere atención secundaria de salud mental y psiquiatría, por ejemplo, desorden bipolar, esquizofrenia, otras psicosis.	Problemas nuevos severos de salud mental (por ejemplo, estrés, depresión severa, psicosis) que efectivamente impide la participación en actividades de la vida diaria (requiere atención psiquiátrica).	Problemas marcados de ansiedad/ depresión/ ánimo/ estrés que impactan de manera significativa las actividades de la vida diaria y la habilidad para participar en rehabilitación, requiriendo apoyo frecuente	Problemas moderados de ansiedad/ ánimo con algún impacto en la función/ rehabilitación que requieren intervención activa/ tratamiento.	Problemas leves de ansiedad/ ánimo que no impactan la participación en rehabilitación / función diaria , pero que requiere más testeo/ apoyo	Sin problemas de salud mental. No tiene problemas de ansiedad/ depresión/ estrés O No aplica, por ejemplo, coma/ estado vegetativo
Psicosocial							
PICUPS FINAL	Salud Mental	Condición de salud mental diagnosticada previamente con sintomatología activa y que requiere evaluación por psiquiatría. Por ejemplo, desorden bipolar, esquizofrenia, psicosis, otras	Condición de salud mental nueva severa Que requiere atención psiquiátrica y que impide participación de actividades de la vida diaria. Por ejemplo, depresión severa, psicosis	Problemas significativos de depresión, ansiedad y/o trastornos del ánimo que requiere tratamiento frecuente y que impactan de manera significativa las actividades de la vida diaria y la habilidad para participar en rehabilitación.	Problemas moderados de ansiedad y/o trastornos del ánimo que requieren tratamiento psicológico y tienen algún impacto en las actividades de la vida diaria y/o rehabilitación.	Problemas leves de ansiedad y/o trastornos del ánimo que requieren intervención de un psicólogo, pero que no impactan las actividades de la vida diaria y/o la participación en rehabilitación	Sin problemas de salud mental. O No aplica (por ejemplo, coma/ estado vegetativo).

Ítem 14

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Apoyo/ Aflicción de la familia/amigos	Familia/amigos extremadamente afligido con riesgo inminente de colapso que requiere derivación a servicios de apoyo de emergencia.	Familia/ amigos altamente afligidos requiriendo apoyo y manejo muy activo (como por ejemplo reuniones regulares con el residente)	Familia/ amigos marcadamente afligidos que requieren apoyo psicológico formal de forma individual	Familia/ amigos moderadamente afligidos que requieren algo de apoyo extra/ consejería del equipo	Familia/ amigos levemente ansiosos que requieren información/ tiempo adicional pero están lidiando bien con la situación	Familia/ amigos respondiendo bien. Requieren información usual pero no requieren soporte adicional
PICUPS FINAL	Necesidades de apoyo emocional al grupo familiar/red de apoyo	Familia/amigos extremadamente afectados con riesgo inminente de colapso que requiere derivación a servicios de apoyo de emergencia.	Familia/ amigos altamente afectados requiriendo apoyo y manejo frecuente (como por ejemplo sesiones regulares con el psiquiatra)	Familia/ amigos significativamente afectados que requieren apoyo psicológico formal	Familia/ amigos moderadamente afectados que requieren algo de apoyo extra/ consejería del equipo.	Familia/ amigos levemente afectados que requieren información/ tiempo adicional , pero están lidiando bien con la situación.	Familia/ amigos respondiendo bien. Requieren información usual pero no necesitan apoyo adicional

Ítem 15

	Ítem	0	1	2	3	4	5
Vía aérea superior							
T12	Respiración	Disnea extrema. Le falta demasiado el aire como para dejar la casa o para vestirse.	Disnea severa Se detiene para respirar luego de caminar 100 yardas (91 metros) o luego de un par de minutos	Disnea significativa Camina más lento que la gente de la misma edad por falta de aire, o debe detenerse para respirar cuando camina a su propio paso	Disnea moderada Le falta el aire cuando se apura o camina en pendiente leve	Disnea leve Le falta aire solo cuando realiza ejercicio intenso	Sin disnea
Vía aérea superior							
PICUPS FINAL	Disnea	Disnea extrema. Disnea en reposo	Disnea severa. Debido a la disnea requiere ayuda para vestirse o desvestirse o no puede realizar AVD	Disnea significativa Debido a la disnea se detiene a descansar al caminar en planos unos 100 metros o después de caminar algunos minutos.	Disnea moderada Debido a la disnea, camina más despacio en plano que sujetos de su edad	Disnea leve Disnea cuando camina rápido en plano o cuando sube una pendiente	Sin disnea Disnea solo con ejercicio extenuante

Ítem 16

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Voz	Afonía. Sin voz	Disfonía severa. Sólo puede producir un susurro débil; a veces no tiene voz	Disfonía significativa Voz suena muy anormal o requiere mucho esfuerzo para producirla todo el tiempo; dificultades continuas para ser escuchado en el teléfono o en una conversación.	Disfonía moderada Voz ocasionalmente suena anormal o requiere mucho esfuerzo para producirla; dificultades ocasionales para ser escuchado en una conversación.	Disfonía leve Dificultades para ser escuchado en ambientes ruidosos; sonido de la voz varia a largo del día o empeora hacia el final del día.	Sin disfonía
PICUPS FINAL	Voz	Afonía. Sin voz	Disfonía severa Sólo puede producir un susurro débil; a veces no tiene voz.	Disfonía significativa Voz suena con tono o volumen bajo o requiere mucho esfuerzo para producirla todo el tiempo; dificultades continuas para ser escuchado en el teléfono o en una conversación.	Disfonía moderada Voz ocasionalmente suena con tono o volumen bajo o requiere mucho esfuerzo para producirla; dificultades ocasionales para ser escuchado en una conversación.	Disfonía leve Dificultades para ser escuchado en ambientes ruidosos; sonido de la voz cambia a largo del día o empeora hacia el final del día.	Sin disfonía

Ítem 17

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Deglución	Disfagia extrema Dificultades manejando secreciones o aspira secreciones por lo que no se alimenta por boca	Disfagia severa Está comenzando la ingesta oral. Tolera pequeñas cantidades de ingesta oral para las sesiones de terapia	Disfagia significativa Requiere más de dos niveles de restricciones de la dieta/ fluidos según el IDDSI. Fatiga que limita la ingesta oral	Disfagia moderada Requiere 1-2 niveles de restricciones de la dieta/ fluidos de la IDDSI, y/o uso continuo de estrategias compensatorias para deglución segura/ eficiente	Disfagia leve Capaz de comer (casi) al nivel basal con algunas dificultades o requiere supervisión, por ejemplo, no tiene más de una restricción dietaria del IDDSI; dificultades con comidas específicas; se demora más a la hora de comer; tose cuando bebe líquidos rápido.	Sin disfagia
PICUPS FINAL	Deglución	Disfagia extrema Tiene dificultades manejando secreciones o aspira secreciones por lo que no se alimenta por boca.	Disfagia severa Iniciando la ingesta oral. Tolera pequeñas cantidades por boca con fines terapéuticos.	Disfagia significativa <u>Requiere más de dos niveles de restricciones de las siguientes consistencias/ viscosidades:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Líquidos finos • Líquidos ligeramente espesos • Puré • Comida picada • Comida Suave • De fácil masticación o normal. y/o fatiga que limita la ingesta oral	Disfagia moderada <u>Requiere 1-2 niveles de restricción de las siguientes consistencias viscosidades:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Líquidos finos • Líquidos ligeramente espesos • Puré • Comida picada • Comida suave • De fácil masticación o normal. y/o uso continuo de estrategias compensatorias para la deglución segura y eficiente.	Disfagia leve Capaz de comer al nivel basal con algunas dificultades o requiere supervisión (por ejemplo, no tiene más de una restricción en la dieta; dificultades con comidas específicas; se demora más a la hora de comer; tose cuando bebe líquidos rápido)	Sin disfagia

Ítem 18

	Ítem	0	1	2	3	4	5
Componente físico/actividades de la vida diaria							
T12	Manejo postural y sedente	No sentable - Incapaz de sentarse en cualquier sistema modificado para el sedente (por ejemplo, debido a severos problemas de postura, úlceras por presión severas, etcétera)	Problemas posturales severos que limitan el sedente (es decir, contracturas severas, úlceras por presión) que requieren un sistema de "tilt-in-space"(*) con adaptaciones individuales (que requieren una evaluación/ prestación de servicios del sedente altamente especializada)	Problemas posturales marcados. Control de cabeza y tronco pobre que requiere un sistema de "tilt-in-space" o sedente reclinado +/- algunas modificaciones	Es capaz de sentarse en una silla de ruedas estándar con modificaciones menores (por ejemplo un cojín para aliviar la presión)	Problemas posturales leves pero es capaz de mantener una buena posición sedente en una silla de ruedas estándar sin modificaciones	Sin problemas posturales Capaz de sentarse en un sillón común O No aplica , por ejemplo, sedente no es posible por otras condiciones, como agitación severa, inestabilidad médica, etcétera.
Componente físico/actividades de la vida diaria							
PICUPS FINAL	Manejo postural y sedente	No se puede sentar en cualquier sistema modificado para el sedente (por ejemplo, debido a severos problemas de postura, úlceras por presión severas, espasticidad, etcétera).	Problemas posturales severos que limitan el sedente (es decir, contracturas severas, úlceras por presión) que requieren un dispositivo (silla) con adaptaciones individuales (que necesitan una evaluación/ prestación de servicios del sedente altamente especializada)	Problemas posturales marcados. Control de cabeza y tronco pobre que requiere un dispositivo (silla) o sedente reclinado con algunas modificaciones de ser necesario.	Es capaz de sentarse en una silla de ruedas estándar con modificaciones menores (por ejemplo, un cojín para aliviar la presión)	Problemas posturales leves, pero es capaz de mantener una buena posición sedente en una silla de ruedas estándar sin modificaciones	Sin problemas posturales Capaz de sentarse en un sillón común O No aplica (por ejemplo, sedente no es posible por otras condiciones, como agitación severa, inestabilidad médica, etcétera)

Ítem 19

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Higiene personal Por ejemplo, arreglarse, lavarse, bañarse, vestirse, manejo de la continencia	Incapaz de contribuir de alguna manera Todas las tareas de higiene las hace otra persona	Ayuda máxima Es capaz de contribuir de una forma mínima, pero casi toda la mantención de la higiene la realiza otra persona	Ayuda moderada Es capaz de manejar algunas tareas por si solo, pero necesita ayuda para más de la mitad	Ayuda moderada Es capaz de realizar más de la mitad de las tareas de higiene, pero necesita algo de ayuda activa	Ayuda mínima por ejemplo, solo recordatorios de lavarse o que alguien ordene los implementos antes de la tarea	Completamente independiente
PICUPS FINAL	Higiene personal	Incapaz de contribuir de alguna manera Todas las tareas de higiene las hace otra persona.	Ayuda máxima Es capaz de contribuir de forma mínima, pero casi toda la mantención de la higiene la realiza otra persona	Ayuda moderada Puede realizar algunas tareas solo, pero necesita ayuda para más de la mitad de las tareas de higiene.	Ayuda leve Es capaz de realizar más de la mitad de las tareas de higiene, pero necesita algo de ayuda.	Ayuda mínima Solo recordatorios de lavarse o que alguien ordene los implementos antes de la tarea.	Completamente independiente

Ítem 20

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Necesidades de cuidados (para las actividades de la vida diaria básicas, mantenerse a salvo, etc.)	Completamente dependiente de 2 o más cuidadores que deben estar presentes las 24 horas.	Dependencia severa de un cuidador que debe estar presente las 24 horas del día con un segundo cuidador para algunas tareas (por ejemplo, bañarse)	Dependencia marcada de un cuidador que debe estar presente las 24 horas (puede que duerma en la misma casa en la noche, pero no puede vivir solo)	Dependencia moderada de uno o dos cuidadores que visitan - es capaz de pedir ayuda y por lo tanto puede dejarse solo entre visitas.	Dependencia leve Ayuda incidental, chequeos de seguridad o ayuda solo para actividades extensas (*). Por ejemplo, visitas solo una vez al día o menos frecuente.	Independencia completa
PICUPS FINAL	Necesidades de cuidados	Completamente dependiente de 2 o más cuidadores que deben estar presentes las 24 horas.	Dependencia severa de un cuidador que debe estar presente las 24 horas del día con un segundo cuidador para algunas tareas (por ejemplo, bañarse)	Dependencia significativa de un cuidador que debe estar presente las 24 horas (puede que duerma en la misma casa en la noche, pero no puede vivir solo)	Dependencia moderada de uno o dos cuidadores que lo visitan, puede pedir ayuda y puede dejarse solo.	Dependencia leve Ayuda ocasional, chequeos de seguridad o ayuda solo para actividades complejas.- Requiere visitas solo una vez al día o menos frecuente.	Independencia completa

Ítem 21

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Desplazamiento (recinto cerrado)	Postrado	En silla de ruedas - empujada por otra persona	Se mueve de forma independiente en silla de ruedas.	Camina con asistencia de otra persona (sin o con ayuda técnica).	Camina independientemente (con o sin ayuda técnica) pero existe preocupación por su seguridad (por ejemplo, riesgo de caídas)	Movilidad normal en recinto cerrado - No hay preocupación por su seguridad
PICUPS FINAL	Desplazamiento - Recinto cerrado (por ejemplo, casa, hospital, consultorio)	Postrado	En silla de ruedas - empujada por otra persona	Se mueve de forma independiente en silla de ruedas	Camina con asistencia de otra persona (sin o con ayuda técnica)	Camina independientemente (con o sin ayuda técnica) pero existe preocupación por su seguridad (por ejemplo, riesgo de caídas)	Movilidad normal en recinto cerrado - No hay preocupación por su seguridad

Ítem 22

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Función del brazo y la mano	No hace uso funcional de ninguno de sus brazos/manos	Pobre uso funcional de ambas manos - destreza muy limitado que afecta todas las actividades	Hay algo de uso funcional de una mano - pero la destreza es pobre incluso en la mano buena.	Buen uso de una mano pero las actividades de la extremidad superior están limitadas (por ejemplo, por la falta de función bimanual)	Buen uso funcional de una o ambas manos pero hay problemas con destreza fina que afecta funciones de mayor nivel. (*)	Función y destreza normal de la mano.
PICUPS FINAL	Función del brazo y la mano	No hace uso funcional de ambos brazos y/o manos	Pobre uso funcional de ambas manos - destreza muy limitada que afecta todas las actividades	Hay algo de uso funcional de una mano, pero la destreza es pobre incluso en la mano dominante.	Buen uso de una mano, pero las actividades de la extremidad superior están limitadas (por ejemplo, por la falta de función bimanual)	Buen uso funcional de una o ambas manos, pero hay problemas con la motricidad fina que afecta funciones más complejas. Ej. amarrar cordones	Función y destreza normal de la mano

Ítem 23

	Ítem	0	1	2	3	4	5
Síntomas que interfieren con las actividades diarias							
T12	Fatiga	Fatiga extrema Sólo es capaz de levantarse por muy pequeños períodos de tiempo - pasa la mayor parte del día en cama o una silla debido a la fatiga	Fatiga severa La fatiga impacta severamente las actividades diarias - requiere varios períodos de descanso durante el día.	Fatiga marcada Fatiga impacta significativamente las actividades diarias - requiere un periodo de descanso durante el día	Fatiga moderada Fatiga que requiere modificación de algunas actividades - por ejemplo, trabajo de media jornada, ejercicio limitado - pero capaz de realizar actividades diarias básicas	Fatiga leve Es capaz de realizar actividades normales (incluyendo trabajo) pero cansado al final del día	Sin fatiga - nivel de energía normal
Síntomas que interfieren con las actividades diarias							
PICUPS FINAL	Fatiga	Fatiga extrema Solo puede levantarse por muy poco tiempo - pasa casi todo el día en cama o silla por la fatiga.	Fatiga severa La fatiga impacta severamente las actividades de la vida diarias - requiere varios periodos de descanso durante el día.	Fatiga intensa Fatiga impacta significativamente las actividades diarias - requiere un periodo de descanso durante el día.	Fatiga moderada Fatiga que requiere modificación de algunas actividades (por ejemplo, trabajo de media jornada, ejercicio limitado) pero capaz de realizar actividades de la vida diarias básicas.	Fatiga leve Es capaz de realizar actividades normales (incluyendo trabajo) pero termina cansado al final del día.	Sin fatiga - nivel de energía normal

Ítem 24

	Ítem	0	1	2	3	4	5
T12	Dolor	Dolor extremo Interfiere con el sueño y casi todas las actividades. Intervenciones del dolor/ medicamentos tiene poco o no efecto.	Dolor severo Dolor severo, no controlado por intervenciones del dolor/ medicamentos. Interfiere con las actividades diarias todos los días.	Dolor marcado Reporta dolor marcado. Intervenciones del dolor/ medicamentos parcialmente efectivos. Interfiere con algunas actividades la mayoría de los días.	Dolor moderado Reporta dolor moderado. Aliviado con intervenciones del dolor/ medicamentos y solo ocasionalmente interfiere con las actividades.	Dolor leve. Reporta síntomas leves de dolor pero están bien controlados y no interfieren con actividades.	Sin dolor
PICUPS FINAL	Dolor	Dolor extremo Interfiere con el sueño y casi todas las actividades. Tratamientos para el dolor tienen poco o nulo efecto.	Dolor severo Dolor no controlado por tratamientos para el dolor. Interfiere con las actividades diarias todos los días.	Dolor significativo Tratamientos para el dolor parcialmente efectivos. Interfiere con algunas actividades la mayoría de los días.	Dolor moderado Aliviado con tratamientos para el dolor y solo ocasionalmente interfiere con las actividades.	Dolor leve Reporta síntomas leves de dolor, pero están bien controlados y no interfieren con actividades.	Sin dolor







Material suplementario 2: Profesionales participantes por etapas













Profesional participante	Rol
Etapas I	
Ana Cristina Castro	Traducción 1 (T1)
Isabel Alarcón Contardo	Traducción 2 (T2)
Etapas II	
Viviana Hidalgo	Moderadora T12
Ana Cristina Castro	Traductor 1- Investigador
Isabel Alarcón	Traductor 2
Felipe González	Investigador
María Graciela Salazar	Investigador
Etapas III	
Edwin Abbet	Traductor
Amos Tegetmeier	Traductor
Etapas IV	
Jaime Leppe	Metodólogo - Kinesiólogo
Rodrigo Trujillo	Lingüista- Fonoaudiólogo
Ana Cristina Castro	Kinesióloga
Felipe González	Kinesiólogo
Ignacio Flores	Kinesiólogo
Rocío Villamán	Enfermera
Diana Vergara	Enfermera
María Graciela Salazar	Kinesiólogo
Etapas V	
Ana Cristina Castro	Kinesióloga
Jaime Leppe	Kinesiólogo
María Graciela Salazar	kinesiólogo
Instrucciones	
Viviane Hidalgo	Kinesióloga
Axel Páez	Fonoaudiólogo
Javiera Páez	Fonoaudiólogo
Carolina Rivera	Fisiatra
Patricia González	Psicóloga
Elizabeth Parraguez	Terapeuta Ocupacional
Evelyn Álvarez	Terapeuta ocupacional
Jorge Molina	Kinesiólogo
Pedro Rubilar	Enfermero
María Graciela Salazar	Kinesióloga

**Etapas V (entrevistas cognitivas) se reserva el nombre de participantes n=30.*










**Total de participantes en la adaptación transcultural y creación de instrucciones; n=51 (Ajustado al número real de participantes, ya que algunos estuvieron presentes en más de una etapa).*










Material suplementario 3: Tipo de Cambios







Ítem	Cambios Semánticos	Cambios Conceptuales	Cambios Estructurales	Ejemplos de cambios
Ítem 1-Estabilidad médica				<p>Cambios semánticos: <u>T12:</u> Puede ser manejado en la comunidad con apoyo extra - Por ejemplo, hospitalización domiciliar o hogar de enfermos (con cuidado de profesionales de la salud). <u>Final:</u> Puede ser manejado en la comunidad con apoyo adicional. Por ejemplo, hospitalización domiciliar u otro centro de la salud (con cuidado de profesionales de la salud).</p> <p>Cambios conceptuales: <u>T12:</u> Críticamente inestable. Requiere manejo en un servicio de cuidados críticos o terapia intermedia (nivel 2-3). <u>Final:</u> Críticamente inestable. Requiere soporte vital avanzado y/o hemodinámicamente inestable.</p>
Ítem 2- Necesidades básicas y seguridad				<p>Cambios semánticos: <u>T12:</u> Cuidado o riesgo muy alto. Requiere asistencia de ≥ 3 personas para el cuidado más básico. O: chequeos muy frecuentes (cada 15 minutos). <u>Final:</u> Cuidado o riesgo muy alto. Requiere asistencia de ≥ 3 personas para necesidades básicas. O: chequeos de enfermería muy frecuentes (cada 15 minutos).</p> <p>Cambios conceptuales: <u>T12:</u> Supervisión constante 1:1. Por seguridad o manejo conductual (generalmente requiere una "Protección a través de la restricción de la libertad"). <u>Final:</u> Supervisión constante 1:1. Por riesgo vital, seguridad o manejo conductual.</p> <p>Cambios al título: <u>T12:</u> Necesidades básicas y seguridad (Asigne puntaje según el peor escenario de cuidado o inseguridad de la situación) <u>Final:</u> Necesidades básicas y seguridad</p>







Ítem	Cambios Semánticos	Cambios Conceptuales	Cambios Estructurales	Ejemplos de cambios
Ítem 3- Función respiratoria/ asistencia ventilatoria				<p><u>Cambios semánticos:</u> <u>T12:</u> Solamente soporte no invasivo intermitente (por ejemplo, CPAP solo en la noche) O Oxígeno continuo de alto flujo (>15 litros). <u>Final:</u> Soporte no invasivo intermitente (por ejemplo, VNI solo en la noche incluido CPAP) O oxígeno continuo de alto flujo (> 15 litros por minuto).</p> <p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:</u> Dependencia ventilatoria invasiva completa- Soporte ventilatorio continuo (por ejemplo, en un ventilador domiciliario). <u>Final:</u> Dependencia ventilatoria invasiva completa- Soporte ventilatorio continuo.</p>
Ítem 4- Cuidados de la traqueostomía				<p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:</u> Cuidado de la traqueotomía estándar que requiere cuidado usualmente cada 2 a 4 horas. <u>Final:</u> Regular nivel de atención que requiere cuidado usualmente cada 2 a 4 horas.</p>
Ítem 5- Etapa del destete de la traqueostomía				<p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:</u> Cuff parcialmente desinflado o periodos con el cuff desinflado. <u>Final:</u> Periodos con el cuff desinflado.</p>
Ítem 6- Tos				<p><u>Cambios semánticos:</u> <u>T12:</u> Tos se estimula solo con succión profunda. <u>Final:</u> Tos se estimula solo con succión traqueal.</p> <p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:</u> Tos voluntaria, débil y parcialmente efectiva, a veces es capaz de movilizar secreciones (por ejemplo, requiere succión Yankauer).</p>










Ítem	Cambios Semánticos	Cambios Conceptuales	Cambios Estructurales	Ejemplos de cambios
				<u>Final:</u> Tos voluntaria, débil y parcialmente efectiva, a veces es capaz de movilizar secreciones (por ejemplo, requiere succión orofaríngea).
Ítem 7- Nutrición/ alimentación	✔	⊖	⊖	<u>Cambios semánticos:</u> <u>T12.</u> Come y bebe 3/4 de las comidas del hospital pero necesita preparación o recordatorios para asegurar suficiente consumo. <u>Final:</u> Come y bebe ¾ de las comidas, pero necesita preparación o recordatorios para asegurar el consumo necesario.
Ítem 8- Cambios de posición en cama	✔	⊖	⊖	<u>Cambios semánticos:</u> <u>T12.</u> Reposicionamiento en la cama. <u>Final:</u> Cambios de posición en cama. <u>Cambios al título:</u> <u>T12:</u> Reposicionamiento en la cama <u>Final:</u> Cambios de posición en cama
Ítem 9- Transferencias: de la cama a la silla y de vuelta	✔	✔	⊖	<u>Cambios semánticos:</u> <u>T12.</u> Transferencia con supervisión en espera de ayudar/ dando instrucciones solamente (con o sin ayuda técnica). <u>Final:</u> Transferencia con supervisión o dando instrucciones solamente (con o sin ayuda técnica). <u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12.</u> Transferencia con tecla. <u>Final:</u> Transferencia con tecla u otro equipamiento.
Ítem 10- Comunicación	✔	⊖	⊖	<u>Cambios semánticos:</u> <u>T12.</u> Capaz de llamar la atención y comunicarse al nivel de expresar necesidades básicas e información. <u>Final:</u> Capaz de solicitar asistencia y comunicar sus necesidades básicas e información.




Item	Cambios Semánticos	Cambios Conceptuales	Cambios Estructurales	Ejemplos de cambios
Ítem 11- Cognición/ Delirium				<p><u>Cambios semánticos:</u> <u>T12.</u> Despierto pero aún tiene estados de conciencia alterada (es decir, respuestas inconscientes equivalentes a estados de conciencia vegetativo o mínimamente consciente). <u>Final:</u> Despierto, pero aún tiene estados de conciencia alterada (es decir, respuestas inconscientes equivalentes a estado vegetativo o de mínima respuesta).</p>
Ítem 12- Comportamiento				<p><u>Cambios semánticos:</u> <u>T12.</u> Problemas marcados de comportamiento, pero en gran parte controlado en un ambiente estructurado. <u>Final:</u> Problemas severos de comportamiento, pero en gran parte manejable en un ambiente controlado.</p> <p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12.</u> Agitado, agresión física que a veces requiere contención (debería estar en "Protección a través de la restricción de la libertad"). <u>Final:</u> Agitado, agresión física que a veces requiere contención.</p>
Ítem 13- Salud Mental				<p><u>Cambios semánticos:</u> <u>T12.</u> Sin problemas de salud mental. No tiene problemas de ansiedad/ depresión/ estrés. O No aplica, por ejemplo, coma/ estado vegetativo. <u>Final:</u> Sin problemas de salud mental. O No aplica (por ejemplo, coma/ estado vegetativo).</p> <p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:</u> Problemas nuevos severos de salud mental (por ejemplo, estrés, depresión severa, psicosis) que efectivamente impide la participación en actividades de la vida diaria (requiere atención psiquiátrica).</p>

Ítem	Cambios Semánticos	Cambios Conceptuales	Cambios Estructurales	Ejemplos de cambios
				<p><u>Final:</u> Condición de salud mental nueva severa Que requiere atención psiquiátrica y que impide participación de actividades de la vida diaria. Por ejemplo, depresión severa, psicosis.</p>
<p>Ítem 14- Necesidades de apoyo emocional al grupo familiar/red de apoyo</p>				<p><u>Cambios semánticos:</u> <u>T12:</u> Familia/amigos extremadamente afligido con riesgo inminente de colapso que requiere derivación a servicios de apoyo de emergencia. <u>Final:</u> Familia/amigos extremadamente afectados con riesgo inminente de colapso que requiere derivación a servicios de apoyo de emergencia.</p> <p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:</u> Familia/ amigos marcadamente afligidos que requieren apoyo psicológico formal de forma individual. <u>Final:</u> Familia/ amigos significativamente afectados que requieren apoyo psicológico formal.</p> <p><u>Cambios al título:</u> <u>T12:</u> Apoyo/ Aflicción de la familia/amigos <u>Final:</u> Necesidades de apoyo emocional al grupo familiar/red de apoyo.</p>
<p>Ítem 15- Disnea</p>				<p><u>Cambios estructurales:</u> <u>T12:</u> Disnea severa: Se detiene para respirar luego de caminar 100 yardas (91 metros) o luego de un par de minutos. <u>Final:</u> Disnea severa: Debido a la disnea requiere ayuda para vestirse o desvestirse o no puede realizar AVD.</p> <p><u>Cambios al título:</u> <u>T12:</u> Respiración <u>Final:</u> Disnea</p>
<p>Ítem 16- Voz</p>				<p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:</u> Disfonía significativa. Voz ocasionalmente suena anormal o requiere mucho esfuerzo para producirla; dificultades ocasionales para ser escuchado en una conversación.</p>

Ítem	Cambios Semánticos	Cambios Conceptuales	Cambios Estructurales	Ejemplos de cambios
				<p><u>Final:</u> Disfonía significativa: Voz suena con tono o volumen bajo o requiere mucho esfuerzo para producirla todo el tiempo; dificultades continuas para ser escuchado en el teléfono o en una conversación.</p>
<p>Ítem 17- Deglución</p>				<p><u>Cambios conceptuales:</u> T12: Disfagia severa: Está comenzando la ingesta oral. Tolera pequeñas cantidades de ingesta oral para las sesiones de terapia. <u>Final:</u> Disfagia severa: Iniciando la ingesta oral. Tolera pequeñas cantidades por boca con fines terapéuticos.</p> <p><u>Cambios estructurales:</u> T12: Disfagia significativa. Requiere más de dos niveles de restricciones de la dieta/ fluidos según el IDDSI. Fatiga que limita la ingesta oral. <u>Final:</u> Disfagia significativa. Requiere más de dos niveles de restricciones de las siguientes consistencias/ viscosidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líquidos finos • Líquidos ligeramente espesos • Puré • Comida picada • Comida Suave • De fácil masticación o normal. y/o fatiga que limita la ingesta oral.
<p>Ítem 18- Manejo postural y sedente</p>				<p><u>Cambios conceptuales:</u> T12: No sentable - Incapaz de sentarse en cualquier sistema modificado para el sedente (por ejemplo, debido a severos problemas de postura, úlceras por presión severas, etcétera). <u>Final:</u> No se puede sentar en cualquier sistema modificado para el sedente (por ejemplo, debido a severos problemas de postura, úlceras por presión severas, espasticidad, etcétera).</p>

Item	Cambios Semánticos	Cambios Conceptuales	Cambios Estructurales	Ejemplos de cambios
Ítem 19- Higiene personal				<p><u>Cambios semánticos:</u> <u>T12:</u> Ayuda mínima por ejemplo, solo recordatorios de lavarse o que alguien ordene los implementos antes de la tarea. <u>Final:</u> Ayuda mínima Solo recordatorios de lavarse o que alguien ordene los implementos antes de la tarea.</p> <p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:</u> Ayuda moderada Es capaz de realizar más de la mitad de las tareas de higiene, pero necesita algo de ayuda activa. <u>Final:</u> Ayuda leve Es capaz de realizar más de la mitad de las tareas de higiene, pero necesita algo de ayuda.</p> <p><u>Cambios al título:</u> <u>T12:</u> Higiene personal: Por ejemplo, arreglarse, lavarse, bañarse, vestirse, manejo de la continencia. <u>Final:</u> Higiene personal.</p>
Ítem 20- Necesidades de cuidados				<p><u>Cambios semánticos:</u> <u>T12:</u> Dependencia leve: Ayuda incidental, chequeos de seguridad o ayuda solo para actividades extensas. Por ejemplo, visitas solo una vez al día o menos frecuente. <u>Final:</u> Dependencia leve: Cambios conceptual Ayuda ocasional, chequeos de seguridad o ayuda solo para actividades complejas. Requiere visitas solo una vez al día o menos frecuente.</p> <p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:.</u> Dependencia marcada de un cuidador que debe estar presente las 24 horas (puede que duerma en la misma casa en la noche, pero no puede vivir solo). <u>Final:</u> Dependencia significativa de un cuidador que debe estar presente las 24 horas (puede que duerma en la misma casa en la noche, pero no puede vivir solo).</p>

Item	Cambios Semánticos	Cambios Conceptuales	Cambios Estructurales	Ejemplos de cambios
				<p><u>Cambios al título:</u> T12: Necesidades de cuidados (para las actividades de la vida diaria básicas, mantenerse a salvo, etc.) Final: Necesidades de cuidados</p>
<p>Ítem 21- Desplazamiento - Recinto cerrado (por ejemplo, casa, hospital, consultorio)</p>				<p><u>Cambios semánticos:</u> T12: Desplazamiento (recinto cerrado). Final: Desplazamiento -Recinto cerrado (por ejemplo, casa, hospital, consultorio). <u>Cambios al título:</u> T12: Desplazamiento (recinto cerrado). Final: Desplazamiento -Recinto cerrado (por ejemplo, casa, hospital, consultorio).</p>
<p>Ítem 22- Función del brazo y la mano</p>				<p><u>Cambios semánticos:</u> T12: Hay algo de uso funcional de una mano - pero la destreza es pobre incluso en la mano buena. Final: Hay algo de uso funcional de una mano, pero la destreza es pobre incluso en la mano dominante. <u>Cambios conceptuales:</u> T12: Buen uso funcional de una o ambas manos pero hay problemas con destreza fina que afecta funciones de mayor nivel. Final: Buen uso funcional de una o ambas manos, pero hay problemas con la motricidad fina que afecta funciones más complejas. Ej. amarrar cordones.</p>
<p>Ítem 23- Fatiga</p>				<p><u>Cambios conceptuales:</u> T12: Fatiga marcada. Fatiga impacta significativamente las actividades diarias - requiere un periodo de descanso durante el día. Final: Fatiga intensa. Fatiga impacta significativamente las actividades diarias - requiere un periodo de descanso durante el día.</p>

Item	Cambios Semánticos	Cambios Conceptuales	Cambios Estructurales	Ejemplos de cambios
Ítem 24- Dolor				<p><u>Cambios conceptuales:</u> <u>T12:</u> Dolor extremo. Interfiere con el sueño y casi todas las actividades. Intervenciones del dolor/ medicamentos tiene poco o no efecto. <u>Final:</u> Dolor extremo Interfiere con el sueño y casi todas las actividades. Tratamientos para el dolor tienen poco o nulo efecto.</p>
Total de cambios	16	18	2	<p><i>*Cambios en títulos de ítem: 7</i> <i>*Cambios en subconstructos:0</i></p>

Material suplementario 4: **Instrucciones generales PICUPS**

Descripciones generales

La herramienta PICUPS por su nombre en inglés, *The Post ICU Presentation Screen* (Versión 10, 31.08.2020) se presenta como una herramienta de detección funcional diseñada para evaluar las necesidades de rehabilitación en pacientes adultos que han pasado por Cuidados Intensivos. Su objetivo es identificar los requerimientos de rehabilitación desde la fase aguda hasta las etapas posteriores, abarcando incluso la planificación al regreso a la comunidad. La puntuación asignada por la herramienta refleja el estado actual del paciente. Es una herramienta versátil y puede ser aplicada a pacientes con diversos diagnósticos al momento de su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tales como pacientes quemados, neurológicos, quirúrgicos, respiratorios y multifactoriales.

Es lo suficientemente sencilla como para que incluso los miembros más novatos del equipo puedan completarla, ya que no requiere conocimientos específicos de cada disciplina y es aplicable por cualquier profesional del equipo. La puntuación en el PICUPS debe ser realizada por un evaluador, con la asistencia del equipo multidisciplinario si es necesario. Después de la aplicación, la asignación del puntaje en cada ítem desencadena la derivación a profesionales de la rehabilitación específicos. Estas disciplinas llevarán a cabo una evaluación clínica y pueden utilizar herramientas adicionales según corresponda. El PICUPS está diseñado para actuar como una herramienta de detección y no reemplaza otras evaluaciones exhaustivas ni otros instrumentos de evaluación."

La versión PICUPS-básica y PICUPS-Plus, en conjunto, conforman una herramienta de 24 ítems que se puede aplicar de manera repetida para monitorear los cambios que puedan surgir conforme el paciente avanza en su recuperación. Cada ítem se puntúa en una escala ordinal de 6 puntos, describiendo el nivel de funcionamiento del paciente desde 0 (más dependiente) hasta 5 (casi normal).

En situaciones en las que un paciente se encuentre entre dos puntuaciones o su condición fluctúe, se debe registrar el puntaje más bajo. En caso de que el paciente no cumpla con los criterios de aplicación de un determinado ítem, simplemente no se aplica, ya que cada ítem se evalúa de manera independiente y no hay un puntaje total en el PICUPS, es decir, los ítems no son sumativos.

El PICUPS se divide en dos secciones

I.-PICUPS Básico:

Apoya el triage y evaluación de las necesidades de rehabilitación durante la transición de UCI a una sala de menor complejidad. Contiene 14 ítems (ítem 1 al 14) agrupados en 5 dominios: (a) cuidados médicos y esenciales, (b) respiración y nutrición, (c) componente físico/ movimiento, (d) comunicación, cognición y comportamiento, y (e) psicosocial.

Está diseñado para:

- Informar el plan inmediato de atención en sala.
- Identificar los problemas que probablemente requieran evaluación más detallada por parte de los miembros del equipo multidisciplinario.
- Informar la prescripción de rehabilitación a medida que los pacientes dejan los cuidados hospitalarios.
- Facilita la toma de decisiones para pacientes específicos, ya que esta información contribuye a identificar las áreas donde se satisfacen o no sus necesidades. A nivel poblacional, permite cuantificar las deficiencias en la prestación de servicios y estimar la brecha entre la capacidad y la demanda, orientando así la planificación de servicios futuros.

II.-PICUPS Plus:

Identifica las necesidades de nivel superior que pueden necesitar ser abordadas a medida que el paciente progresa durante la hospitalización. También se ha desarrollado para ayudar en el desarrollo de la prescripción de rehabilitación que ayudará a dirigir la atención en curso. Contiene 10 ítem (15 al 24), en tres dominios

(a) vía aérea superior, (b) dominio físico y actividades de la vida diaria, (c) síntomas que interfieren con las actividades diarias.

INSTRUCCIONES POR ÍTEM

I.-PICUPS BÁSICO

1.- Estabilidad médica

Este ítem se centra exclusivamente en la estabilidad clínica del paciente y en la necesidad de atención por parte de los profesionales de la salud. Por favor, no asignar puntajes en función de la ubicación física del paciente dentro de una institución de salud, sino que debe primar el estado clínico del paciente.

- Críticamente inestable (Puntaje 0): El paciente requiere de una supervisión médica constante en una unidad de paciente crítico, requiriendo soporte vital avanzado de por lo menos un órgano o función vital. Ejemplo de críticamente inestable: Paciente hemodinámicamente inestable con drogas vasoactivas, conectado a ventilación mecánica presentando riesgo vital.
- Medicamento inestable (Puntaje 1): Presenta un grado de afectación orgánica, aunque no se encuentra en riesgo vital inmediato. Existe la posibilidad de un quiebre clínico que podría llevarlo a una condición críticamente inestable. Ejemplo de medicamento inestable: Un paciente quemado sin DVA y sin soporte ventilatorio invasivo, pero que necesita vigilancia porque puede deshidratarse o requerir transfusión post pabellón.

2.- Necesidades básicas y seguridad

Este ítem aborda dos aspectos fundamentales. En primer lugar, las “necesidades básicas” centradas en la cantidad de personas involucradas en la atención elemental del paciente y, en segundo lugar, la “seguridad” orientada a los controles (chequeos) necesarios en un período específico para el usuario.

- Supervisión constante 1:1: El profesional a cargo de los cuidados debe llevar a cabo una supervisión continua y exclusiva. Un ejemplo sería un paciente hospitalizado en cuidados intensivos en estado extremadamente grave,

conectado a oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), o un paciente sin riesgo vital pero extremadamente inquieto, intentando agredir al equipo de salud y a sí mismo.

3.- Función respiratoria/asistencia ventilatoria

Este ítem aborda el nivel de asistencia ventilatoria, que varía desde ventilación mecánica invasiva continua hasta la respiración con aire ambiental. En caso de dudas, se recomienda revisar el registro clínico del paciente para obtener información detallada.

- Puntaje 0: Indica una dependencia ventilatoria total al ventilador por vía aérea artificial, ya sea ventilador mecánico hospitalario o domiciliario.
- Puntaje 1: Puede considerarse en este puntaje a los pacientes que están conectados a ventilación mecánica mediante una traqueotomía, pero experimentan periodos sin asistencia del ventilador.
- Puntaje 3: Se considerará soporte no invasivo intermitente cuando un paciente pueda permanecer desconectado durante un total de 8 horas dentro de un turno de 24 horas.

4.- Cuidados de la traqueotomía

Esta sección se centra en los cuidados generales de la Traqueotomía (TQT), independiente de la marca o modelo. Incluye aspectos esenciales como la permeabilización, la higiene bronquial, el cambio de endocánula y la curación del estoma, entre otros. La sustitución del humidificador pasivo o de la endocánula puede considerarse crucial en la gestión global de las secreciones. No obstante, las etapas de destete de la traqueotomía y la evaluación de la tos no deben incorporarse en este apartado, ya que se abordarán en secciones posteriores.

5.- Etapa del destete de la TQT

Este ítem se enfoca en la habilidad del paciente para realizar las pruebas de evaluación de la deflación del cuff. Esta capacidad es independiente de la marca y modelo de la traqueotomía. Es importante no confundir este ítem con el ítem 4, que

aborda los cuidados generales de la traqueotomía, ya que este específicamente no trata dichos cuidados.

- Válvula de fonación (Puntaje 3): Es un dispositivo que se coloca en la abertura de la traqueostomía y le permite al paciente hablar luego de ser desinflado el cuff. Esta válvula es unidireccional, permitiendo la inhalación pero impidiendo la exhalación a través de ella. Esta característica facilita que el aire espirado atraviese las cuerdas vocales para la emisión de sonidos.
- Prueba de oclusión (Puntaje 4): Consiste en colocar un tapón que cierra completamente el lumen de la traqueostomía, reestableciendo la inspiración y espiración por la vía aérea nativa del paciente. Se considera una prueba de progresión a la válvula de fonación.

6.- Tos

Este ítem aborda la efectividad de la tos y la capacidad de movilización de secreciones, categorizándolas desde una tos deficiente hasta una tos efectiva. La evaluación de la tos debe realizarse sin distinción entre el uso de una vía aérea artificial o la vía aérea nativa del paciente. En el caso de la succión traqueal, se utiliza una sonda de aspiración que penetra en la tráquea, generalmente a través de la vía artificial, aunque también puede realizarse por la vía aérea nativa. Por otro lado, la succión orofaríngea implica el uso de una sonda para aspirar el contenido de la boca y la orofaringe, sin penetrar en la tráquea.

7.- Nutrición/Alimentación

Este ítem hace referencia al aporte nutricional y a la modalidad de administración de la alimentación (parenteral/enteral u oral). Aunque este ítem no evalúa directamente las actividades básicas de la vida diaria, en el puntaje 3 y 4 se hace alusión a la necesidad de asistencia para alimentación.

- Nutrición parenteral: Este método de alimentación no implica el uso del sistema digestivo. La administración de nutrientes se lleva a cabo mediante vía intravenosa.

- Nutrición enteral: Este método nutricional consiste en suministrar los nutrientes directamente al aparato digestivo mediante sondas instaladas a través de la vía nasal (sonda nasogástrica, nasoyeyunal) o mediante ostomías (Gastrostomía).
- Para distinguir entre los puntajes 3 y 4, se evalúa la cantidad de ingesta del paciente. En el puntaje 4, el paciente ya no requiere suplementos nutricionales.

8.- Reposición en cama

Este ítem se centra en la asistencia necesaria para el posicionamiento en la cama. No mide el nivel funcional más alto ni asistencia para otras transferencias. Puede apoyarse de la información proporcionada por el TENS.

- Puntaje 0: El paciente es incapaz de ser movido por situaciones como inestabilidad hemodinámica o lesiones de columna que dificultan el movimiento o intervenciones que son de alto riesgo.
- Puntaje 1: El paciente se encuentra médicamente estable para realizar cambios de posición en la cama, pero principalmente enfrenta dificultades debido a la necesidad de asistencia de tres o más personas para llevar a cabo la actividad. Ejemplos incluyen pacientes con obesidad mórbida, debilidad adquirida en la UCI o aquellos que requieren el uso de dispositivos invasivos.
- Puntaje 5: El paciente no necesita asistencia para el posicionamiento en cama.

9.- Transferencias: de cama a la silla y de vuelta

Este ítem solo evalúa la asistencia de la transferencia desde la cama a una silla y de regreso, independiente de la causa por la que requiera asistencia.

- Puntaje 0: La actividad no puede llevarse a cabo debido a contraindicaciones médicas hemodinámicas o cardiorrespiratorias, lo que la hace extremadamente riesgosa para el paciente.
- Puntaje 1: El paciente puede realizar la actividad de forma pasiva con ayuda de un equipamiento. Por lo tanto, no es la condición biológica la que impide la movilidad, sino que la falta de movilidad o capacidad del paciente.

10.- Comunicación

Este segmento evalúa diversas formas de comunicación (verbal/ no verbal), abarcando desde la capacidad para responder preguntas simples (sí/no) hasta la habilidad para expresar información más compleja. La comunicación funcional no se limita únicamente a la verbalización, sino que también incluye el uso de dispositivos como pizarras, tableros o dispositivos digitales para comunicarse de manera efectiva.

11.- Cognición y delirium

En el caso que en su centro clínico utilicen escalas como Glasgow, CAM-ICU, o MOCA, puede hacer uso de estas escalas para asignar el puntaje.

Un concepto clave para este ítem es la orientación temporo-espacial.

- Puntaje 3: Paciente no se encuentra completamente orientado.
- Puntaje 4: Paciente completamente orientado

12.- Comportamiento

Este ítem se refiere al comportamiento y conducta.

- Puntaje 1: “Comportamiento desafiante”: Se refiere a un paciente que constantemente muestra una predisposición a reaccionar de manera opuesta verbalmente, desafiando a los profesionales de la salud ante cualquier indicación. Puede utilizar groserías y expresiones inapropiadas, aunque esto no sea parte de su comportamiento habitual. Solo agresión verbal no física.
- Puntaje 2: Este paciente, similar al descrito en el puntaje 1, participa en las actividades, aunque su actitud puede ser desafiante o inapropiada (no existe agresión de ningún tipo)
- Puntaje 3: “Algunas dificultades de autorregulación de conducta”: Para lograr la actividad según los objetivos establecidos, se requiere un refuerzo constante centrado en "el objetivo de la actividad”

13.-Salud mental

Revisar detalladamente la ficha clínica y las fuentes de apoyo para obtener información relevante sobre diagnósticos de salud mental y el uso de fármacos. Investigar sobre tratamientos psicológicos que el paciente haya recibido previos a su hospitalización en UCI y comprender la red de apoyo, incluyendo familiares sanguíneos, amigos, vecinos y colegas. En caso de no identificar nuevos problemas de salud mental en la ficha clínica, realizar preguntas directas al paciente como: "¿Cómo se siente actualmente?". Aunque la evaluación pueda contener elementos subjetivos, este ítem se enfoca específicamente en la evaluación de la salud mental con el fin de determinar su impacto en el proceso de rehabilitación.

14.- Necesidades de apoyo emocional al grupo familiar/red de apoyo

Este ítem evalúa el impacto del estado de salud de la persona hospitalizada en la UCI en el comportamiento de la familia y amigos. La puntuación se asigna según el nivel de afectación familiar, que puede manifestarse en decaimiento, llanto, pérdida de peso, desmayos o lipotimias, independientemente de si los familiares/amigos siguen las normas del centro de salud. Se recomienda preguntar a la familia sobre posibles diagnósticos de salud mental y si perciben la necesidad de ayuda por parte de un profesional. En caso de dudas, consultar a un profesional que haya tenido contacto con la familia, ya sea un enfermero (EU), médico, TENS, secretaria u otra persona encargada de proporcionar información sobre el paciente.

II.- PICUPS- PLUS

15.- Disnea

Disnea: Se refiere a la percepción subjetiva de la sensación de dificultad al respirar experimentada por el usuario, especialmente durante actividades de mayor intensidad, como subir escaleras o caminar a un ritmo más rápido.

16.- Voz

Este ítem está relacionado con la percepción de la voz del paciente. La evaluación se realiza independientemente de si el paciente utiliza una vía aérea artificial, como una TQT.

17.- Deglución

Este ítem está enfocado en evaluar las consistencias de los alimentos que consume el paciente, tanto líquidos como sólidos.

Puntaje 2: Presenta restricción en el consumo de más de 2 consistencias o viscosidades mencionadas.

Puntaje 3: Presenta restricción en el consumo de 1 o 2 consistencias o viscosidades mencionadas.

18.- Manejo postural sedente:

Este ítem aborda el posicionamiento sedente del paciente. Es crucial considerar la existencia de patologías anteriores o dificultades previas de control postural. Para una evaluación más completa, se recomienda respaldarse en la información proporcionada por TENS.

19.- Higiene personal

Este ítem evalúa la asistencia necesaria para llevar a cabo actividades de higiene personal, como arreglarse, vestirse, lavarse, bañarse y mantener la continencia. En caso de duda sobre alguna actividad, se sugiere consultar a profesionales que brinden asistencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), como por ejemplo, los TENS.

20.- Necesidades de cuidado

Este ítem aborda la necesidad de un cuidador para el paciente, considerando la importancia de realizar las AVD de manera segura.

21.- Desplazamiento

Este ítem evalúa la capacidad de desplazamiento del paciente en espacios cerrados. Es importante destacar que, aunque este ítem no evalúa el riesgo de caídas, dicho riesgo puede estar presente en cualquier momento, ya sea estando en cama o en posiciones de mayor complejidad.

22.- Función del brazo y de la mano

En caso de dudas, se puede solicitar al paciente que realice tareas simples como escribir su nombre, ponerse y abrocharse zapatos con cordones, y/o abrochar los botones de una camisa.

23.- Fatiga

Este ítem se refiere a la fatiga física.

Fatiga: Se la describe como un síntoma que no puede aliviarse con las estrategias habituales de restauración de energía y que afecta, en grado variable, la capacidad del individuo para realizar sus actividades diarias. Algunas estrategias incluyen dedicar más tiempo a descansar, dormir, y reducir o eliminar las posibles fuentes de estrés excesivo. La fatiga debe distinguirse de la debilidad muscular, por ejemplo, debida a un trastorno neurológico, y de la somnolencia diurna.

No confundir fatiga con dificultad respiratoria o disnea.

24.- Dolor

El equipo de salud es consciente de que el paciente experimenta dolor y las estrategias implementadas hasta el momento no han sido efectivas. Se debe revisar la ficha clínica para determinar si al paciente se le han recetado medicamentos para el manejo del dolor. Además, se debe preguntar al paciente (si no presenta delirio y su puntaje en la escala de Glasgow es de 15) si está experimentando dolor. También se deben observar signos como el lenguaje corporal y las posturas antiálgicas del paciente