

Eduardo Alberto García-Pulido^{1a}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 33, Unidad de Cuidados Intensivos. Bahía de Banderas, Nayarit, México

Doi: 10.5281/zenodo.15708340

ORCID

0000-0002-6113-784X^a

Palabras clave:

Cuidados Críticos
Respiración Artificial
Enfermería Basada en la Evidencia
Enfermería de Cuidados Críticos

Keywords:

Critical Care
Respiration, Artificial
Evidence-Based Nursing
Critical Care Nursing

Correspondencia:

Eduardo Alberto García Pulido

Correo electrónico:

zourtsel21@hotmail.com

Fecha de recepción:

03/09/2024

Fecha de aceptación:

25/04/2025

Resumen

Introducción: las nemotecnias son instrumentos que proveen al profesional de la salud un esquema mental para recordar aspectos clave de la atención; en específico, para el cuidado de enfermería del paciente en estado crítico son una estrategia que incide en la disminución de los errores por omisión y posibilita la reducción de la morbilidad y los costos para las instituciones de servicios de salud.

Objetivo: presentar la nemotecnia *cuidados críticos*, enfocada en los cuidados de enfermería al paciente en estado crítico con apoyo de ventilación mecánica invasiva.

Desarrollo: la nemotecnia *cuidados críticos* consiste en un acrónimo, palabra u oración corta que permite recordar información clave sobre: C (cuidado bucal), U (úlceras por presión), I (inflar el cuff), D (dolor), A (aseo del paciente), D (determinar aspiración de secreciones), O (ojos), S (sedación); C (cabecera 30-45°), R (retiro de catéteres), I (inspeccionar glucemia), T (tromboprolifaxis mecánica), I (identificación de arritmias), C (cuidados de labios), O (otorgar medidas de prevención de pie equino), S (sujeción de tubo orotraqueal).

Conclusión: la nemotecnia es un instrumento de memoria útil para el aprendizaje y durante el trabajo clínico, dado que ayuda a recordar conocimientos médicos complejos que son necesarios para la seguridad y calidad de atención al paciente en estado crítico.

Abstract

Introduction: The use of mnemonics is a tool that provides healthcare professionals with a mental framework for remembering key aspects of care; specifically, for the nursing care of critically ill patients, it is a strategy that reduces errors of omission and enables a reduction in morbidity and mortality and costs for healthcare institutions.

Objective: To present the *critical care* mnemonic, focused on nursing care for critically ill patients receiving invasive mechanical ventilation.

Development: The *critical care* mnemonic consists of an acronym, word, or short sentence that helps recall key information (in Spanish) about: C (oral care), U (pressure ulcers), I (inflate cuff), D (pain), A (patient hygiene), D (determine aspiration of secretions), O (eyes), S (sedation); C (head of bed 30-45°), R (catheter removal), I (check blood glucose), T (mechanical thrombus prophylaxis), I (identify arrhythmias), C (lip care), O (provide clubfoot prevention measures) S (tracheal tube clamping).

Conclusion: Mnemonics are a useful memory tool for learning and during clinical work, given the fact that they help recall complex medical knowledge necessary for the safety and quality of care for critically ill patients.

Introducción

La aplicación de protocolos o evaluaciones clínicas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es constante debido a la gravedad de los pacientes. De acuerdo con la evidencia científica, los pacientes en estado crítico son los más vulnerables; según el puntaje de la escala *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) disminuye 1% la probabilidad de que el paciente reciba intervenciones de buena práctica médica.¹

Al respecto, en el libro *To Err is Human* se hace referencia a que aproximadamente 95,000 muertes son causadas por errores médicos en procesos como administración de medicamentos, infección asociada a la atención de la salud (IAAS), lesiones provocadas por caídas y úlceras por presión.² No obstante que en la UCI se aplican los protocolos estandarizados, se siguen presentando errores y omisiones en la atención del paciente.³ En un estudio, el error más frecuente fue la administración de medicamentos.⁴

Para mejorar este rubro de la atención médica, se desarrollaron listas de cotejo específicas, basadas en la evidencia científica para ejecutarse en el campo de la medicina crítica; con base en los buenos resultados, surgió la nemotecnia *Fast Hugs Bid*, la cual tuvo diversas modificaciones para su aplicación. La nemotecnia consiste en un acrónimo de alimentación (*Food*), analgesia, sedación, tromboprolifaxis, elevación de la cabeza a 45° (*Head*), prevención de úlceras por estrés (*Ulcers*), glucemia, prueba de respiración espontánea diaria (*Spontaneous breathing trial*), vigilar hábito intestinal (*Bowel function*), evaluar diariamente retiro de catéteres y sondas (*Indwelling catheters*) y discontinuar antibióticos. Cabe señalar que la evidencia científica muestra que la ejecución de la nemotecnia *Fast Hugs Bid* en las UCI disminuye el riesgo de mortalidad del paciente en estado crítico.^{5,6}

Por lo anterior, el objetivo del presente artículo es presentar la nemotecnia *cuidados críticos*, enfocada en los cuidados de enfermería al paciente en estado crítico con apoyo de ventilación mecánica invasiva. La nemotecnia se compone de un acrónimo en idioma español para facilitar su uso diario en las UCI por personal de enfermería hispanoparlante, con la finalidad de que se incorpore como una lista de cotejo que ayude al profesional de enfermería a tener un esquema mental que disminuya los errores por omisión y, en consecuencia, reducir la tasa de morbilidad, mortalidad y los costos para las instituciones de salud.

Desarrollo

La nemotecnia es un instrumento que consiste en un acrónimo, palabra u oración corta que nos permite recordar información. Las nemotecnias han demostrado ser instrumentos de memoria útiles para el aprendizaje y durante el trabajo clínico, dado que ayudan a recordar conocimientos médicos complejos que se necesitan para atender con seguridad y calidad al paciente en estado crítico.⁷

De acuerdo con Gudiño (2020) una nemotecnia

es un conjunto de técnicas de memorización y rememoración basada en la asociación mental de la información a memorizar con datos que ya sean parte de la memoria o de la práctica cotidiana. Esta técnica aprovecha la capacidad natural que tiene el cerebro para recordar imágenes y para prestarle más atención a los sucesos poco comunes o extraordinarios.⁸

Como resultado, se muestra la nemotecnia *cuidados críticos*, en la que cada letra corresponde a un cuidado específico (figura 1).

Cuidado bucal

La higiene bucal disminuye el riesgo de padecer infecciones respiratorias, por ejemplo, neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM). El gluconato de clorhexidina es el estándar de oro para el cuidado bucal; sin embargo, se han registrado eventos adversos, como sangrado de la mucosa, lesiones orales erosivas, ulceraciones, generación de placas blancas y amarillas. Por tal motivo, se recomienda el cepillado mecánico de los dientes con crema dental estándar y la humectación regular de la cavidad oral.⁹

Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) tienen una incidencia mundial de más del 50% en pacientes que se encuentran en la UCI.¹⁰ Las UPP incrementan la incidencia de infección de tejidos blandos y sepsis; en consecuencia, el aumento en el uso de antibióticos, en la estancia hospitalaria y la calidad de vida del paciente empeora.¹¹ Lo antes expuesto se convierte en una carga económica sustancial para las instituciones de salud.¹² Cabe señalar que cuando el paciente presenta una UPP durante su estancia hospitalaria, es considerado como un evento adverso y en

Figura 1 Nemotecnia *cuidados críticos*: cuidados de enfermería del paciente en estado crítico con ventilación mecánica invasiva



Fuente: elaboración propia

algunas circunstancias como evidencia de la omisión de intervenciones del equipo de salud.¹³

La evaluación del riesgo de UPP por el personal profesional de enfermería es con la escala de Braden mediante la valoración de la percepción sensorial, la exposición de la piel a la humedad, la actividad física, la movilidad, la nutrición, el roce y el peligro de lesiones cutáneas. El puntaje inferior a 12 puntos indica riesgo alto.

La intervención oportuna es preventiva, con la implementación del “reloj postural”, que consiste en cambios de posición cada dos horas para disminuir la presión en prominencias óseas, utilización de superficies especiales, uso de apósitos, baño para eliminar sustancias de desecho y conservar el cuerpo limpio, cuidados de la piel e hidratación.¹³

En pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), la técnica de posición en decúbito prono ha demostrado eficiencia para mejorar la oxigenación. Sin embargo, el principal riesgo es la aparición de las UPP. Por lo tanto, se deben implementar cuidados específicos de enfermería, como la colocación de almohadillas en puntos específicos del cuerpo, la posición anti-Trendelenburg a 30 grados, la postura de nadador (cara volteada

hacia el brazo prominente y el otro brazo extendido junto al cuerpo, el codo debe estar flexionado a 90°), y mantener cerrados y lubricados los ojos.^{14,15}

Inflar el *cuff*

El *cuff* es un globo pequeño que se ubica en el extremo distal del tubo orotraqueal, el cual se infla con un leve volumen de aire. Dicho dispositivo crea un sello en la tráquea y por lo tanto impide fugas de gases, evade el riesgo de broncoaspiración y permite la ventilación mecánica. La presión de insuflado no debe superar la presión de perfusión de los capilares de la mucosa traqueal, porque puede provocar dolor de garganta, sangrado endotraqueal, necrosis, desgarro bronquial, traqueomalacia y estenosis traqueal. En cambio, un *cuff* desinflado favorece la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM) por broncoaspiración.¹⁶ Por tal motivo, se debe monitorear la apropiada presión del *cuff* cada 4 horas, con un dispositivo llamado manómetro a través del balón de control. La presión indicada del neumotaponamiento es de 20 a 30 cmH₂O o 15-22 mmHg; después, la medición se anota en la hoja de registro clínico de enfermería.¹⁷

Dolor

Aproximadamente el 80% de los pacientes hospitalizados en la UCI padecen dolor principalmente causado por hipernocicepción secundaria a la inmovilidad y por inflamación sistémica.¹⁰ Ante un episodio en el que el paciente presente taquicardia, hipertensión, asincronías, volumen corriente con presiones altas, o esté tosiendo y mordiendo el tubo, en primer lugar se debe descartar la presencia de dolor.

Para valorar el dolor de pacientes en estado de conciencia alerta, se utiliza la Escala visual analógica (EVA); en pacientes en estado crítico con alteración de la comunicación verbal por sedación y ventilación mecánica invasiva, se recomienda utilizar la escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) o *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), las cuales han sido validadas en diversos estudios de investigación.^{18,19}

El control adecuado del dolor en el paciente brinda bienestar y comodidad; por el contrario, la recuperación se puede aplazar por alteraciones fisiológicas, psicológicas y trastornos en el sueño. En consecuencia, se prolonga la estancia hospitalaria y se incrementan los costos para las instituciones de servicios de salud.

Aseo del paciente

En el paciente en estado crítico, el aseo es un cuidado imprescindible para su bienestar y seguridad, dado que disminuye la ocurrencia de IAAS y úlceras por presión, factores que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad, así como costos para las instituciones de salud.^{20,21} Su ejecución no está exenta de eventos adversos o complicaciones, como desaturación, alteración de la frecuencia cardíaca, desadaptación con el ventilador mecánico, hipertensión o hipotensión arterial e hipertensión intracraneal, situaciones que pueden propiciar un desenlace fatal.

Por lo anterior, es de vital importancia la valoración previa al aseo por el profesional de enfermería con juicio crítico sobre los riesgos, es decir, la técnica es esencial, pero debe ejecutarse de forma racional y bajo estricta monitorización y control.²²

Determinar aspiración de secreciones

Se trata de una intervención de enfermería fundamental en pacientes con ventilación mecánica invasiva, porque conserva la limpieza de las vías respiratorias y previene la obstrucción del tubo endotraqueal.

Antes de este procedimiento se requiere valorar la necesidad de la succión (aspiración) de secreciones, es decir, se debe evitar la aspiración de secreciones rutinaria, con base en los indicadores clave: desaturación, presión elevada en las vías respiratorias, disminución del volumen corriente, un patrón en dientes de sierra en la curva flujo/tiempo, estertores pulmonares por auscultación del tórax y presencia de secreciones perceptibles dentro del circuito ventilatorio.⁹

Durante el procedimiento se debe considerar la presencia de complicaciones como hipoxemia, broncoespasmos, hemorragias, traumatismo y arritmias, los cuales propician un desenlace fatal para el paciente.²³

Rodríguez *et al.*⁹ recomiendan las siguientes pautas para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia del procedimiento:

1. La succión debe ejecutarse según la necesidad clínica, es decir, evitar un programa de rutina para evadir riesgos innecesarios.
2. Lavado de manos antes y después de la técnica para prevenir la transmisión de infecciones.
3. El procedimiento de succión no debe superar una duración máxima de 15 segundos para disminuir complicaciones en el paciente.
4. Para prevenir el riesgo de traumatismo, la presión de succión para adultos debe regularse entre 80-150 mmHg.
5. Optar por un catéter de aspiración de tamaño adecuado permite la efectividad de la técnica de succión y minimiza las molestias.
6. Conservar la esterilidad del catéter y garantizar que el sistema de succión se preserve cerrado durante la técnica previene infecciones.
7. El registro de la técnica de succión en el formato clínico de enfermería es crucial para garantizar el cuidado continuo del paciente.

Ojos

El paciente en estado crítico que se encuentra sedado y con disminución de la contracción de los músculos orbiculares por efecto de los fármacos de relajación muscular requiere de una fuerza pasiva para cerrar los ojos; en consecuencia, el reflejo del párpado y la capacidad defensiva ante irritantes ambientales o mecánicos están ausentes. El contacto con el aire seca la conjuntiva ocular y la córnea, lo cual favorece la aparición de queratopatía superficial, úlceras o abrasiones.

El cuidado ocular es el conjunto de actividades encami-

nadas a la protección y prevención del desecamiento de la conjuntiva e infecciones oculares que puedan desencadenar un daño temporal o permanente. Estas actividades se realizan en el paciente que por causas anatómicas o clínicas no puede mantener la oclusión natural de los ojos. Se llevan a cabo en 3 etapas:²⁴

1. Higiene ocular: previa información al paciente sobre el procedimiento y lavado de manos, se le coloca en posición decúbito dorsal con el cuello ligeramente hiperextendido y se protege con una compresa de cada lado de la cara. Con la utilización de guantes estériles, se humedece una gasa con solución salina al 0.9% y se hace el aseo de párpados y pestañas de ambos ojos; del canto interno hacia el canto externo hay que utilizar una gasa en cada movimiento de aseo. Posteriormente, se voltea la cabeza del paciente 30° hacia el lado del ojo que se va a higienizar, se abre y se conserva abierto el ojo para irrigar con solución salina al 0.9%, mediante una *jeringa sin aguja* cargada con 10 mL de solución salina al 0.9%; se repetirá hasta retirar las secreciones de ambos ojos. Por último, se cierran los párpados y se extrae el excedente de solución que esté alrededor del ojo.
2. Aplicación de gotas humectantes: se emplean lágrimas artificiales, como la hipromelosa oftálmica, las cuales son sustancias que crean una capa de protección en la superficie del ojo, afianzan el líquido lagrimal natural, reponen la transparencia natural de la córnea y promueven la remodelación del epitelio.
3. Mantenimiento de la humedad: cuando el paciente se encuentra con los ojos ligeramente abiertos, se debe conservar la humedad de la siguiente manera: se recortan 4 trozos de apósito hidrocólicoide cuadrados con

un tamaño que corresponda a un tercio del párpado superior de los ojos del paciente, se retira el exceso de humedad de los párpados y se coloca un trozo de apósito hidrocólicoide sobre la línea media de cada párpado exactamente por arriba del inicio de las pestañas; de modo similar, se pone en cada párpado inferior un trozo de apósito hidrocólicoide, acorde a la alineación de los fragmentos superiores. Para mantener cerrado cada ojo, se recortan dos pedazos de tela Micropore en forma de reloj de arena, procurando que su tamaño no exceda el apósito hidrocólicoide, se ancla un extremo del rombo de Micropore al apósito hidrocólicoide superior, se tracciona gentilmente el párpado y se pega el otro extremo del apósito Micropore sobre el apósito hidrocólicoide del párpado inferior.

Sedación

Los objetivos de la sedación del paciente en estado crítico consisten en mitigar la ansiedad, ofrecer confort, suscitar el sueño y permitir la ventilación mecánica; no obstante, está presente el riesgo de padecer delirio, hipotensión, reducción de la motilidad intestinal, así como incremento de mortalidad en pacientes con sedación continua en comparación con pacientes que se someten a interrupción o disminución diaria de la sedación.¹⁰

Al *valorar el nivel de sedación* el objetivo es lograr el nivel de sedación prescrito, así como evitar la infra- o sobredosificación de los pacientes. Para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o que está bajo agitación psicomotora, se recomienda utilizar la escala *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), que se describe en idioma español en el **cuadro I**.^{25,26}

Cuadro I Escala de agitación y sedación de Richmond (RASS) en idioma español

Puntuación	Término	Descripción
+4	Combativo	Abiertamente combativo o violento. Peligro inmediato para el personal
+3	Muy agitado	Se retira(n) tubo(s) o catéter(es) o tiene un comportamiento agresivo hacia el personal
+2	Agitado	Movimiento frecuente no intencionado o asincronía paciente-ventilador
+1	Inquieto	Ansioso o temeroso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0	Alerta y calmado	
-1	Somnoliento	No completamente alerta, pero se ha mantenido despierto (más de 10 segundos) con contacto visual a la voz (llamado)
-2	Sedación ligera	Brevemente, despierta con contacto visual (menos de 10 segundos) al llamado
-3	Sedación moderada	Algún movimiento (pero sin contacto visual) al llamado
-4	Sedación profunda	No hay respuesta a la voz, pero a la estimulación física hay algún movimiento
-5	No despierta	Ninguna respuesta a la voz o a la estimulación física

Cabecera de 30-45°

En estudios y guías de práctica clínica (GPC) se recomienda que la cabecera del paciente se eleve entre 30-45° si el estado clínico del paciente lo permite y para evitar el riesgo de reflujo gastroesofágico. Dicho riesgo se reduce en pacientes con administración de nutrición enteral. Cabe señalar que el objetivo es conservar la cabeza del paciente lo más alto posible, siempre y cuando la posición no esté contraindicada.^{23,27}

Retiro de catéteres

Durante el proceso de hospitalización, las IAAS afectan a 7 de cada 100 pacientes en países con ingresos altos y a 15 de cada 100 pacientes en países con ingresos bajos o medios.²⁸ Al respecto, en México se identifica por orden de importancia la NAVM, la infección de vías urinarias asociada a catéter urinario y la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central.²⁹

Por lo tanto, la prevención y el control de las IAAS asociadas a dispositivos invasivos no solo incide en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, sino en los costos para las instituciones en cuanto a la seguridad y garantía de la calidad.

Examinar la glucemia

En todos los pacientes es necesario examinar el nivel de glucemia y aplicar el protocolo de insulina prescrito. Con base en la evidencia, conservar la glucemia entre 140 y 180 mg/dL es un margen seguro y se asocia a una menor morbilidad; por otra parte, un control estricto de glucemia puede generar hipoglucemia, que tiene efectos como arritmias, convulsiones y daño cerebral.⁶

Se propone examinar la glucemia de acuerdo con el estatus de cada paciente: antes de cada comida si recibe nutrición por vía oral, cada 4 horas en aquellos que no están consumiendo algún tipo de nutrición, y cada hora en pacientes con infusión de insulina.³⁰

Tromboprofilaxis mecánica

La condición clínica de síndrome de inmovilidad del paciente en estado crítico provoca venoestasis como factor de riesgo para trombosis venosa profunda (TVP); en consecuencia, puede producir embolia pulmonar, infarto agudo al miocardio (IAM), evento vascular cerebral

(EVC) y culminar en un desenlace mortal.

En este sentido, es crucial la intervención estratégica del personal de enfermería para iniciar la movilización pasiva o activa del paciente, así como el uso de medias de compresión graduada o intermitente para disminuir el efecto de la venoestasis, puesto que simulan el efecto de las contracciones musculares e incrementan el volumen y la velocidad del flujo venoso. Cabe señalar que el empleo de tromboprofilaxis mecánica no implica riesgo de sangrado.^{6,9}

Identificación de arritmia

En la práctica clínica el personal de enfermería es el profesional que permanece en contacto con el paciente las 24 horas del día y los 365 días del año. En particular, por sus competencias en el cuidado del paciente en estado crítico, puede identificar oportunamente una arritmia como fibrilación ventricular (FV), taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), asistolia o actividad eléctrica sin pulso (AESP) y notificar al equipo médico para realizar una desfibrilación o reanimación cardiopulmonar (RCP) efectiva; es decir, que se logre una óptima perfusión cerebral y coronaria para aumentar las posibilidades de sobrevivencia del paciente sin secuelas neurológicas.

Cuidados de labios³¹

El propósito de este cuidado es conservar los labios limpios e hidratados por medio de la aplicación cada 6 horas de un lubricante como la vaselina, con la finalidad de evitar sequedad y lesiones en los labios que provocan dolor e incomodidad en el paciente.

Otorgar medidas de prevención de pie equino³²

El paciente en estado crítico comúnmente sufre de postramiento prolongado y como resultado se presenta el “síndrome de desuso”, el cual propicia reacciones estructurales y celulares que conllevan a una alteración del catabolismo y anabolismo de células musculares que producen una disminución de fuerza y masa muscular. Esto se asocia a la aparición del pie equino, el cual se caracteriza por una parálisis de los músculos flexores dorsales del pie y la contractura de los flexores plantares.

En el paciente en estado crítico, la pérdida de volumen y fuerza muscular se estima entre el 10 y 15% por semana. Las intervenciones para movilizar al paciente con

ventilación mecánica invasiva o con nula movilidad consisten en realizar ejercicios pasivos de flexión y extensión de extremidades, estiramientos y cambios posturales, así como alinear los tobillos en posición neutra con la ayuda de almohadas o férula antiequino por un periodo de 6 horas, e intercalar con 2 horas de descanso para evitar rigidez, incomodidad y úlceras.

Después de la sedación, cuando el paciente despierta se puede progresar a la movilización activa, a fin de recuperar la fuerza muscular para la deambulaci3n. Se inicia de forma progresiva, por ejemplo: el paciente permanece unos minutos sentado en la cama, se levanta y permanece unos minutos de pie y posteriormente podr3 sentarse en un sill3n.

La movilizaci3n de pacientes postrados, ya sea de forma pasiva o activa, requiere precauci3n y t3cnica adecuada para evitar lesiones tanto en el paciente como en el cuidador. Es fundamental evaluar la capacidad de movilidad del paciente, explicar el procedimiento y realizar movimientos suaves y controlados.

Sujeci3n del tubo orotraqueal¹³

El mantenimiento de la v3a a3rea artificial es vital. La extubaci3n accidental es un evento adverso con una incidencia del 3 al 20%. Es primordial para la seguridad del paciente la fijaci3n del tubo orotraqueal (TOT). Cabe decir que la fijaci3n ideal es aquella que no permite el desplazamiento de la c3nula, dado que es f3cil de usar, no daña la piel del paciente y permite el cuidado bucal.

No obstante que en la pr3ctica cl3nica no existe evidencia para establecer cu3l es la mejor t3cnica de fijaci3n, cabe señaalar que hay una gran variedad de t3cnicas de fijaci3n y la evaluaci3n de su efectividad es muy heterog3nea.

Tambi3n hay otras recomendaciones de dispositivos para la fijaci3n del TOT, como, por ejemplo, el sujetador *AnchorFast™*.

Como alternativa se sugiere utilizar la t3cnica que consiste en una tira gruesa y larga de tela adhesiva. Con ella, se efectúa un amarre que asegura el TOT y evita el desplazamiento; la c3nula siempre debe colocarse en el centro de la boca para prevenir lesiones en la comisura de los labios. Posteriormente, se sujeta la fijaci3n con un nudo en la parte lateral y para reducir la presi3n y evitar lesiones en la piel se agrega una gasa en cada lado entre la fijaci3n y la piel.

En el caso de pacientes con quemaduras faciales o con lesiones cut3neas, se realizan t3cnicas de fijaci3n invasivas.

Conclusi3n

La nemotecnia es un instrumento de memoria útil para el aprendizaje y durante el trabajo cl3nico, puesto que ayuda a recordar conocimientos m3dicos complejos necesarios para la seguridad y la calidad de atenci3n del paciente en estado cr3tico.

La nemotecnia *cuidados cr3ticos* es una gu3a de apoyo para el plan de cuidados de enfermer3a al paciente en estado cr3tico y est3 conformada a partir de fundamentos de la enfermer3a basada en la evidencia (EBE), con el prop3sito de contribuir en la calidad de la atenci3n y seguridad del paciente con apoyo ventilatorio.

Con la implementaci3n de la nemotecnia *cuidados cr3ticos* en los pacientes cr3ticamente enfermos se pueden reducir los riesgos atribuibles a la atenci3n m3dica. Por lo anterior, resulta imprescindible evaluar la efectividad de la nemotecnia *cuidados cr3ticos*, antes y despu3s de la implementaci3n.

Referencias

1. Aceves ED, Mauricio FJ, P3rez FJ, et al. Aplicaci3n de la mnemotecnica «Calidad» para disminuir la morbilidad de pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sistema Tec Salud. *Revista de la Asociaci3n Mexicana de Medicina Cr3tica y Terapia Intensiva*. 2015;29(4):222-33.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
3. Simpson SQ, Peterson DA, O'Brien-Ladner AR. Development and implementation of an ICU quality improvement checklist. *AACN Adv Crit Care*. 2007;18(2):183-9.
4. Betsiou S, Pitsiou G, Panagiotidou E, et al. Nursing errors in intensive care unit and their association with burnout, anxiety, insomnia and working environment: a cross-sectional study. *Hippokratia*. 2022;26(3):110-17.
5. Acosta K, Velasco E. Use of the daily FAST HUG mnemonic technique in the care of patients in critical care units, a systematic review. *Salud, Ciencia y Tecnolog3a*. 2024; 4:708.
6. Barrera B, Correa C, Ruiz LA, et al. Aplicaci3n del protocolo FAST-HUG y su asociaci3n con la mortalidad del paciente cr3tico en UCI. *Med Crit*. 2019;33(3):130-8.
7. Gudiño JE. *Mnemotecnica: El arte de memorizar*. Independently Published; 2020.
8. West N. [Mnemonics are useful memory tools in modern medicine]. *Ugeskr Laeger*. 2014 Dec;176(50):V66204. Danish.
9. Rodr3guez JA, Arreola JP, Zamora MA, et al. Errors in Nursing Interventions in Critically Ill Patients: Less is More. *ICU Management & Practice*. 2024;24(2):107-10.

10. Pedraza F, Lee CY, Real H, et al. Aplicación de protocolo «Sanguiche por día» en el cuidado cotidiano de los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos. *Med Crit.* 2023;37(3):235-45.
11. Fonseca NJ, Duque JJ, Bello C. «GASTELE UN DIA» for your critically ill patient: Checklist in Spanish for quality care in intensive care. *Acta Colombiana del Cuidado Intensivo*; 2024;24(1):45-54.
12. Hill JE, Edney S, Hamer O, et al. Interventions for the treatment and prevention of pressure ulcers. *Br J Community Nurs.* 2022;1(27):S28-36.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>
14. Noriega E, Corrales N, Pedroso O. Cuidados de enfermería durante la ventilación decúbito prono de pacientes con COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería.* 2022;38(3):e5497.
15. Barrantes F, Vargas Z. Guía de cuidados de enfermería para el decúbito prono en Síndrome de Distress Respiratorio Agudo asociado a COVID-19: Revisión Integrativa. *Revista Médica de Costa Rica*; 2020;85(629):58-67.
16. Delgado FM, Athié JM, Díaz CY. Evaluación de la presión del globo traqueal insuflado por técnica de escape mínimo en el Hospital Ángeles Mocol. *Acta Méd Grupo Ángeles.* 2017;15(1):8-1.
17. Velazco TR, Ronda M, Sánchez AB, et al. El control del neumotaponamiento en cuidados intensivos: influencia de la formación de los profesionales de enfermería. *Enfermería Intensiva.* 2015; 26(2):40-5.
18. Rivas-Riveros E, Alarcón-Pincheira M, Gatica-Cartes V, et al. Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. *Enfermería: Cuidados Humanizados.* 2018;7 (1):115-29. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100057
19. Vázquez M, Pardavila MI, Maldonado ML, et al. Valoración del dolor durante el cambio postural en pacientes con ventilación mecánica invasiva. *Enferm Intensiva.* 2008;20(1):2-9.
20. Carvajal G, Montenegro JD. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería Global*; 2015; 14(40):340-50.
21. Gálvez-González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas. 2008;4(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0363.php>
22. Robles MA, Córcoles T, Torres M et al. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. *Enferm Intensiva*; 2002;13(2):47-56.
23. López-Martín I. Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. *Ene.* 2021;15(1):2-11.
24. Sánchez N, Atescatenco G, Cabrera MF. Protección ocular al paciente en estado crítico bajo efectos de sedación. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2011;19(2):80-2.
25. González GD, Solórzano MM, Andrade LM, et al. Enfermería y manejo de la sedación en cuidados intensivos. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología.* 2023; 9(1):707-17.
26. Rojas-Gambasica JA, Valencia-Moreno A, Nieto-Estrada VH, et al. Validación transcultural y lingüística de la escala de sedación y agitación Richmond al español. *Rev Colomb Anestesiología.* 2016;44(3):218-23. doi: 10.1016/j.rca.2016.04.003
27. Arriaga E, Pérez OR, Cuellar D, et al. Administering Care to Critically Ill Patients with FAST HUGS IN BED PLEASE - Revisited Mnemonic. *ICU Management & Practice.* 2023;23(5):107-10.
28. Organización Panamericana de la Salud. Menos IAAS, menos resistencia antimicrobiana. OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-6-2022-menos-iaas-menos-resistencia-antimicrobiana>
29. Secretaría de Salud. Panorama epidemiológico de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), México, agosto 2022. México: Secretaría de Salud; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/770528/BOLET_NRHOVEAGOSTO2022_Final_21102022_1.pdf
30. Kubacka B. Control de la glucemia en los pacientes hospitalizados: una cuestión de equilibrio. *Nursing.* 2014;31(5):22-9.
31. Sisa XA, Rojas LG. Nursing care in oral hygiene of intubated patients. Literature review. *Enferm Cuid.* 2024;7:1-12.
32. Caballero-Gómez MM. Pie equino en paciente encamado. *Universitat de Barcelona*; 2016. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/102262/1/102262.pdf>
33. Coca-Pulgar ME. Fijación de tubos endotraqueales [tesis de grado]. Universidad de Salamanca; 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/143265>

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

García-Pulido EA. Nemotecnia *cuidados críticos*: guía para el plan de cuidados de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(3): e1532. doi: 10.5281/zenodo.15708340