

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

Miguel Ángel Arteaga Intriago
Luz Pilar Alcívar Solorzano
María José Cuenca Jiménez
Nidia Esperanza Macias Cedeño
Yadira Xiomar Arteaga Castro
Sammy Irina Peña Palacios
Ángel Luis Zamora Cevallos
Iván Andrés Jaramillo Chávez
Guido Yunior García Loor
José Luis Moreira Macias

EDICIONES **MAWIL**

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

Autores Investigadores

Miguel Ángel Arteaga Intriago

Médico Cirujano; Médico General en Funciones Hospitalarias;
Hospital de Especialidades; Portoviejo, Ecuador;
miguel.arteag@gmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0002-6719-2102>

Luz Pilar Alcívar Solorzano

Médico Cirujano; Médico General; Hospital Napoleón Dávila Córdova;
Chone, Ecuador;
luz.alcivar@gmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0001-8787-770X>

María José Cuenca Jiménez

Medica Cirujana;
Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud;
Licenciada En Enfermería; Universidad Técnica de Manabí;
Portoviejo, Ecuador;
majo_cuenca@hotmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0003-0034-6469>

Nidia Esperanza Macias Cedeño

Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud;
Licenciada en Enfermería;
Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador;
nidia.macias@utm.edu.ec;
 <https://orcid.org/0000-0003-4940-2302>

Yadira Xiomar Arteaga Castro

Médica Cirujana;
Médico de Primer Nivel de Atención de
Salud Distrito de Salud 13D04, Portoviejo, Ecuador;
xio_marita91@hotmail.com;
 <https://orcid.org/0000-0001-7780-6377>

Sammy Irina Peña Palacios

Médica Cirujana; Medico General en
Funciones Hospitalarias CERID-Centro de Endoscopia e Imágenes
Diagnosticas; Guayaquil, Ecuador;
irinapp22@gmail.com;
 <https://orcid.org/0000-0003-4011-6262>

Ángel Luis Zamora Cevallos

PHD en Ciencias Médicas; Magister en Gerencia de Salud para el
Desarrollo Local; Especialista en Atención Primaria en Salud;
Diplomado Superior en Atención Primaria de Salud;
Doctor en Medicina y Cirugía;
Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la
Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador;
angelluisz200qhotmail.com;
 <https://orcid.org/0000-0001-8547-3592>

Iván Andrés Jaramillo Chávez

Especialista en Orientación Familiar Integral; Médico Cirujano;
Medico General en Funciones Hospitalarias del Hospital de
Especialidades de Portoviejo Servicio de Terapia Intensiva Adulto;
Medico Residente del Hospital de Especialidades
Santa Margarita de Terapia Intensiva Adulto;



Portoviejo, Ecuador;
jaramilloivan_08@hotmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0002-9147-8952>

Guido Yúnior García Loor

Médico Cirujano;
Médico Residente de Emergencia Hospital Verdi Cevallos Balda;
Portoviejo, Ecuador;
guido_g191@hotmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0003-4793-5869>

José Luis Moreira Macias

Médico Cirujano;
Diplomado Internacional Manejo Pacientes con COVID;
Médico Residente de Emergencias Materno
Infantil Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Bahía;
Médico Residente Terapia Intensiva Instituto Ecuatoriano de
Seguridad Social Manta; Médico Residente de
Emergencia Clínica Centeno; Manta, Ecuador;
josemore33_@hotmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0002-0418-7760>

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

Revisores Académicos

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez

PhD en Ciencias de la Educación;
Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;
Especialista en Enfermería Perioperatoria;
Licenciada en Enfermería;
Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;
yanetziarteaga@gmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0002-1004-255X>

Neris Marina Ortega Guevara

Especialista en el Fenómeno de las Drogas;
Especialista en Enfermería Perioperatoria;
Máster en Enfermería Médico Quirúrgico, mención
Cuidado Crítico del Adulto;
Doctora en Enfermería, Salud y Cuidado Humano;
Licenciada en Enfermería; Profesor Titular Principal I;
Carrera Enfermería de la Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;
nortega@umet.edu.ec;

 <https://orcid.org/0000-0001-5643-5925>

Catálogo Bibliográfico

AUTORES:

Miguel Ángel Arteaga Intriago
Luz Pilar Alcívar Solorzano
María José Cuenca Jiménez
Nidia Esperanza Macías Cedeño
Yadira Xiomar Arteaga Castro
Sammy Irina Peña Palacios
Ángel Luis Zamora Cevallos
Iván Andrés Jaramillo Chávez
Guido Yuniór García Lóor
José Luis Moreira Macías

Título: Unidad de Cuidados Intensivos: aspectos conceptuales básicos

Descriptor: Ciencias médicas; Unidades de Cuidados Intensivos; Atención médica; Diagnósticos médicos

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610/AR786

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-622-41-9

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 112

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-41-9>



Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Unidad de Cuidados Intensivos: aspectos conceptuales básicos**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

Director Académico: PhD. Jose María Lalama Aguirre

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

ÍNDICE





PRÓLOGO 13
INTRODUCCIÓN 15

CAPÍTULO I

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS 18
1.1. Unidad de cuidados intensivos (UCI) 19
1.2. Paciente crítico y la atención integral 39
1.3. Función de enfermería Intensiva 44
1.4. Intervención de enfermería 61
1.5. Cuidados Básicos 64
1.6. Dependencia, independencia y autonomía 67
1.7. Humanización del cuidado de Enfermería en el paciente crítico 67

CAPÍTULO II

ENFOQUE INTEGRAL DEL PACIENTE CRÍTICO 80
2.1. Cuidados generales diarios del paciente crítico 81

BIBLIOGRAFÍA 108

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

ÍNDICE

TABLAS



UCI: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Tabla 1. Funciones, actividades y tareas del trabajo en UCI..... 47
Tabla 2. Responsabilidades del Auxiliar de Enfermería de UCI. 58
Tabla 3. Medidas de seguridad para trabajar en UCI 104

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

ÍNDICE

FIGURAS





Figura 1. Geometrías posibles de las Unidades de Terapia Intensiva
abiertas 28

Figura 2. Personal de Unidad de Cuidado Intensivo 35

Figura 3. Recursos materiales de una UCI. 38

Figura 4. Paciente crítico..... 44

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

PRÓLOGO



El libro *Unidad de Cuidados Intensivos* hace una contribución al conocimiento y recomendaciones para UCI es poner a disposición de las administraciones sanitarias, gestores públicos y privados y profesionales, criterios para la organización y gestión de esta unidad, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, así como para su diseño y equipamiento.

Constan diversos tipos de unidad de cuidados intensivos en función de la especialidad y tipo de paciente atendido (postquirúrgicos, neurocirugía, cardiorrespiratoria, quemados, pediatría, neonatología, trasplante, inmunodeprimidos, y aquellos que requieren algún tipo de soporte mecánico y terapéutico especial).

Este libro hace referencia específicamente a la unidad de cuidados intensivos, destinada a prestar asistencia a todos los pacientes potencialmente reversibles de carácter médico o quirúrgico, independientemente del órgano afectado a la especialidad de referencia. Muchas de sus recomendaciones son aplicables al conjunto de unidades de cuidados intensivos especializadas.

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

INTRODUCCIÓN



La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí, bien sea por trauma, en el postoperatorio o en la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.

Las diferentes unidades de cuidados intensivos tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios. Esta característica sumada a la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen permanencia en la UCI, además que está cargada de incertidumbre afectado la condición del paciente

Con respecto a la tecnología de UCI hay diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, los cuales pueden ocasionar discomfort en el paciente debido a que esta adherido a la piel. Estos factores conllevan al paciente a vivir una experiencia diferente con respecto a otras hospitalizaciones que haya tenido.

Para enfermería estas unidades son muy importantes por el planteamiento de cuidados holísticos sobre el paciente. La experiencia de trabajar en unidades de cuidados intensivo en medio de una serie de equipos y procesos de enfermedades complejos, donde el paciente se aísla temporalmente de su grupo familiar para ser observado individualmente, quedando al cuidado de un personal desconocido para él.

Se propone definir la UCI como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS



requieran soporte por fallo multiorgánico, La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

CAPÍTULO I

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS



1.1. Unidad de cuidados intensivos (UCI)

Las Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.) son fundamentalmente instalaciones especiales dentro del área hospitalaria en donde se realiza la labor propia de la medicina intensiva, las cuales poseen unas características de equipamiento técnico y de personal especializado que le son propias.

En este sentido, expone Perdomo-Cruz RG. (Perdomo Cruz, 1992) “Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación”. Agrega, además, que estos servicios funcionan en colaboración íntima con otros servicios hospitalarios, y de manera especial con el área de emergencia. Se presta, en ellos, la asistencia a pacientes en situación crítica, con diferente patología, como, por ejemplo: respiratoria, coronarios, poli traumatizados, post-quirúrgicos, sangrantes, etc.

Lo cual indica la diversidad de tipos de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en función de la especialidad y del tipo de paciente atendido: posoperatorios, neurocirugía, cardiorácica, quemados, pediatría, neonatología, trasplantes, inmunodeprimidos, y aquellos que requieren algún tipo de soporte mecánico y terapéutico especial (aunque la mayoría son “unidades de cuidados intensivos polivalentes”, es decir, donde se puede desempeñar varias funciones).

Desde una perspectiva más amplia, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido definida como “una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren o precisan soporte respiratorio junto con soporte de al menos, dos órganos o sistemas; así como

|||||

todos los pacientes complejos que requieran apoyo por fallo multiorgánico” (Ministerio de sanidad y política social, 2009).

Las características fundamentales de la UCI que se desprenden de las definiciones anteriormente son:

- a. Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva.
- b. Es una organización de profesionales que ofrece asistencia multidisciplinaria en un espacio específico, en donde se brindan cuidados de alta complejidad para los pacientes graves de otros servicios del hospital, con varios requisitos que garantiza condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a pacientes que siendo susceptibles de recuperación requieren:
 - Cuidados y vigilancia especiales
 - Soporte orgánico
 - Medicación específica
- c. Se debe localizar, dentro del hospital, en una zona diferenciada claramente y de manera tradicional se señala que debe contar con “acceso controlado”.
- d. Requiere de conexión espacial y funcional directa con otros servicios del hospital, tales como el bloque quirúrgico, emergencias o urgencias, radiodiagnóstico, gabinetes de exploraciones funcionales centrales (hemodinámica, electrofisiología, etc.).
- e. La instalación o área del hospital es tecnificada y se conforma con personal calificado y equipos especializados para prestar al paciente un monitoreo constante
- f. Los objetivos de la UCI son la monitorización y el apoyo de las funciones vitales amenazadas o insuficientes en pacientes en estado crítico (con el sistema inmunológico deprimido y con las amenazas de virus, bacterias y cualquier otro accidente que pueda desafiar su supervivencia), a fin de efectuar determinaciones diagnósticas adecuadas y tratamientos médicos o quirúrgicos para su mejor evolución.

- Para ello, se monitorizan (medición constante o periódica) múltiples parámetros físicos y analíticos, a través de los catéteres, electrodos y sondas implantadas provisionalmente en el cuerpo del paciente, a lo que se une la exploración física por parte del equipo médico y de enfermería de cuidados intensivos.
 - Entre los soportes que permiten la suplencia de diferentes órganos hasta que se supera la fase crítica del paciente, están:
 - Soporte Ventilatorio. Respiradores/ventiladores para suplir total o parcialmente la ventilación inadecuada.
 - Soporte Renal. Máquinas de hemodiálisis o hemofiltración a fin de substituir a la función renal hasta que esta pueda recuperarse total o parcialmente.
 - Soporte hemodinámico. Se realiza a través de infusiones continuas de fármacos (sistemas de infusión), o mediante otros sistemas (balón de contra pulsación/ECMO).
 - Otros equipamientos. Permiten el análisis de sangre, y electrolitos. Desfibriladores.
- g. Los pacientes candidatos a ingresar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como, por ejemplo, el control de líquido, y el soporte de la función de los órganos vitales las 24 horas, para mejorar su expectativa de vida.
- h. Los pacientes críticos o en UCI, por tanto, tienen la necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos.

En conclusión, se puede definir la Unidad de Cuidado Intensivo, como un servicio especializado de carácter polivalente y multidisciplinario, que funciona en íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y el Área de Salud, atendiendo de forma oportuna tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, con el denominador común de su carácter crítico y potencialmente recuperable.

En la mencionada área o espacios fundamentales se realiza la labor propia de la medicina intensiva o crítica. Esta unidad tiene entre sus características poseer personal especializado y equipamiento técnico que le son exclusivas. Constituye un servicio central que debe prestar asistencia oportuna a los pacientes en situación crítica, con patologías de cualquier tipo (politraumatizados, post-quirúrgicos, patología respiratoria, coronarios, sangrantes), en estricta coordinación y colaboración con los demás servicios hospitalarios, especialmente con el área de emergencia (Perdomo Cruz, 1992).

Entre las funciones básicas de la UCI, se destaca el monitoreo riguroso y constante del paciente crítico. Monitorizar implica registrar parámetros que sirven para evaluar de forma continua, el estado de salud del paciente. De esta forma, la monitorización sirve para detectar los pequeños cambios e irregularidades en el funcionamiento de diferentes sistemas y órganos con la suficiente antelación, como para permitir la administración de un tratamiento óptimo y restablecer la estabilidad orgánica para prevenir el deterioro de órganos o la muerte del paciente (Aguilar García & Martínez Torres, 2017).

De tal manera, la UCI, funciona para administrar un tratamiento especial que puede ser continuo, como la aplicación de ventilación mecánica o intermitente como la terapia con diálisis. Y al mismo tiempo, como finalidad puede tener la de curar (aplicación de antibioterapia) o sustentar la vida mientras se estabiliza el funcionamiento orgánico.

Otro aspecto significativo que contribuye a definir el funcionamiento de una Unidad de Cuidado Intensivo es el concepto de equipo multidisciplinar. El funcionamiento de éste servicio, parte de una armoniosa colaboración e interacción entre el personal profesional, los recursos tecnológicos, farmacológicos y espaciales adecuados.

Para que el funcionamiento de los cuidados intensivos, se realice en óptimas condiciones, se requiere una estrecha interrelación entre el

médico, los personales de enfermería, farmacéuticos, etc. que permitan asegurar el cuidado integral y sostén vital de los pacientes.

A continuación, se presenta una aproximación a los principales aspectos que caracterizan y describen el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos, los principales componentes técnicos, logísticos y recursos humanos que la integran. Entre los componentes más importantes, destacan los aspectos arquitectónicos, espaciales y el equipamiento tecnológico, instrumental y farmacológico, así como el personal requerido para la atención del paciente crítico.

Planta física

Al diseñar la planta física de una Unidad de Cuidado Intensivo se debe tener ciertas características que faciliten:

- a. La observación directa de los pacientes como parte de la función de monitoreo
- b. La vigilancia de los monitores de variables fisiológicas
- c. La realización de intervenciones terapéuticas de rutina y de emergencia
- d. La obtención y el almacenamiento de la información referida al cuidado de los pacientes.

En líneas generales, este tipo de unidad debe garantizar:

- a. Posibilidad de aislar a los pacientes entre sí para garantizar un nivel higiénico lo más alto posible, así como, evitar aumentar la ansiedad o estrés en los pacientes.
- b. Posibilidad de observación directa de los pacientes desde cualquier punto de la unidad y desde el puesto de trabajo del personal sanitario.



Los números de camas

La sala ideal según la mayoría de las recomendaciones no debe tener menos de ocho (8) camas ni más de doce (12), lo cual permite una adecuada división de los recursos humanos y un conveniente rendimiento económico.

En este sentido, García Cabanillas, María José (García Cabanillas, 2009) indica:

No existe ningún requisito obligatorio respecto al número recomendado de camas, sin embargo, algunos especialistas e investigadores recomiendan que no sea superior a 12 ya que aporta máximo grado de funcionalidad: una UCI de mayor tamaño favorece un ambiente caótico, y una de menor tamaño contará con menos personal para colaborar en momentos de crisis.

A fin de establecer el número de camas necesarias en una institución en particular, existen fórmulas generales para determinarlas al diseñar una unidad, las cuales se basan en el número total de camas del hospital y en el porcentaje de camas médicas/ quirúrgicas que deben estar disponibles para el cuidado especializado. Es una recomendación aceptable la utilización de valores históricos de ocupación de camas de pacientes críticos, bien sea en la misma institución o en instituciones similares en la misma área geográfica.

Los requerimientos de espacio

Una vez establecido el número de camas de la unidad, se debe establecer el tamaño total de la misma. Sumados al número de camas, existen otros determinantes del espacio. En efecto, en una unidad se requieren distintos tipos de espacios:

- a. Espacio asignado para las camas**, lo cual incluye el lugar necesario para los equipos de control y la actividad a desarrollar.
- b. Espacio de soporte para todas las actividades dentro de la unidad**, incluyendo, entre ellos:

- central de monitoreo
- sección para preparación de drogas
- áreas limpias y sucias de soporte, etc.

3. Los espacios de apoyo técnico, que incluyen:

- áreas de reunión
- sala de visión de radiografías
- archivos
- áreas de almacenamiento de equipamiento
- oficina del director
- habitaciones de médicos de guardia, etc.

a. Los espacios de tránsito, para el personal de la unidad y los visitantes

Organización de la planta física de las Unidades de Cuidados Intensivos

Generalmente estas unidades se organizan en cinco (5) áreas principales que comprenden:

1. Área clínica

- Cubículos pacientes
- Estación enfermería

2. Área de apoyo clínico

- Sector trabajo limpio
- Sector trabajo sucio
- Bodega de insumos
- Bodega de ropa limpia
- Bodega de equipos
- Ropa sucia
- Aseo
- Baño personal

3. Área residencia médica y personales

- Dormitorio residencia
- Sala de estar personal

4. Área administrativa

- Oficina secretaria
- Oficina médico jefe
- Oficina enfermera supervisora
- Sala de familiares
- Sala de reuniones
- Guardarropa visitas
- Bodega insumos oficina

5. Área de espera del público

- Sala de espera
- Baño publico

La localización de la unidad

Es conveniente tener en cuenta varios aspectos relativos a la localización de la unidad, tales como:

- a. Los servicios que deben estar próximos a la Unidad, los que deben estar a distancia y los que es indiferente. Por ejemplo, es deseable que una Unidad de Cuidado Intensivo que se ocupa primordialmente de pacientes quirúrgicos esté localizada lo más próxima posible al área quirúrgica y a la sala de emergencia.
- b. Tener cerca el departamento de diagnóstico por imágenes. Si no se dispone de un laboratorio ubicado cerca de la institución, tener en la unidad un equipo para los exámenes de rutina inmediata.
- c. Las vías de comunicación, lo cual incluye el servicio de ascensores para el traslado a otras áreas de la institución.
 - Se debe prever una circulación separada para el personal de la unidad y para los visitantes.
 - El traslado de y hacia la unidad debe poder hacerse a través

de corredores separados de aquellos utilizados por el público general.

- Se debe poder preservar la privacidad de los pacientes, y se debe poder realizar el transporte rápidamente y sin obstrucciones.

Distribución espacial dentro de la Unidad

Aparte del tamaño de la unidad y el número total de camas, también se debe establecer la distribución espacial de las camas y su relación con las demás. En este sentido se pueden utilizar tres diseños, los cuales presentan ventajas y desventajas.

a. Disposición en una estructura abierta con múltiples camas situadas en un solo ambiente. En este caso la forma puede ser variable, dependiendo de la superficie a utilizar.

- Ventaja del diseño abierto, de manera particular si la unidad es pequeña, es el menor requerimiento de personal en función de la tarea colaborativa desarrollada por el mismo.
- Desventaja del diseño abierto: alto nivel de actividad constante, con excesiva cantidad de ruidos, falta de privacidad de los pacientes y posibilidad de desarrollo de infecciones cruzadas.

b. Habitación privada, eventualmente orientada como para que sea posible controlar varias habitaciones desde una estación central.

- Desventaja: el diseño de habitación individual involucra un alto costo de enfermería, ya que para un cuidado de excelencia se requiere una enfermera por habitación, y un auxiliar para las tareas de higiene de los pacientes. El riesgo de estas unidades es la desatención del paciente en caso de no disponer de una adecuada dotación de enfermería.

c. Habitaciones de dos o cuatro camas, con una central de enfermería en cada habitación, siendo esta una solución intermedia.

Sin embargo, en la actualidad no existe una recomendación firme ha-

UCI: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

cia ninguno de estos diseños, y se han incorporado otras alternativas como la separación por mamparas vidriadas, unidades.

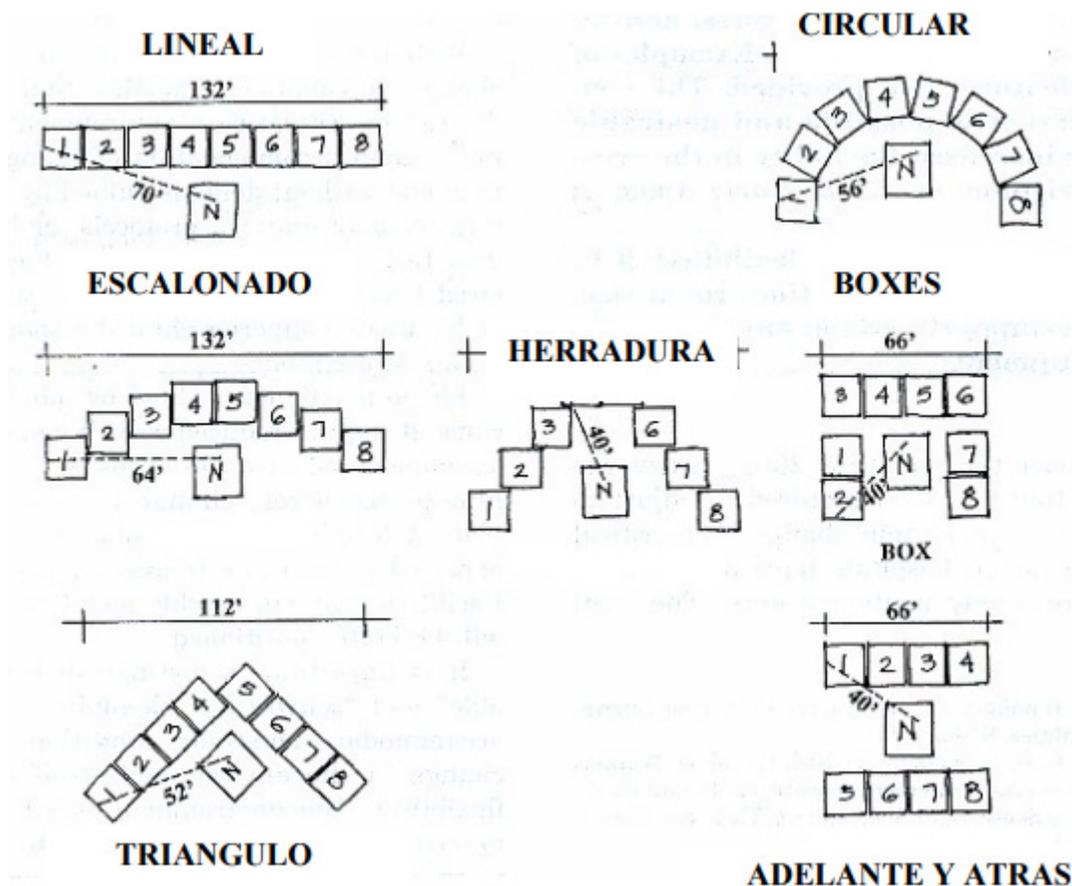


Figura 1. Geometrías posibles de las Unidades de Terapia Intensiva abiertas.

Lovesio, C. Requerimientos Generales De Una Unidad De Terapia Intensiva [Internet]. 2011 [citado 15/04/2021]. Disponible en: <https://enfermeriaintensiva.files.wordpress.com/2011/02/requerimientos-de-uci-lovesio.pdf>

El espacio de una cama

Al diseñar una unidad es importante establecer el espacio por cama, el cual debe incluir el área de apoyo adyacente. Entre algunos de los aspectos fundamentales a tomar en cuenta se enuncian:

- a. Cumplir con el requerimiento mínimo para cada cama exigido por las normas internacionales y nacionales. En ciertos países el requerimiento mínimo es de 9 m², debiendo ser consideradas las necesidades implícitas en los equipos de asistencia y monitoreo habituales, y el espacio necesario para equipos de uso no continuo, tales como las máquinas para hemodiálisis, equipos de circulación extracorpórea, etc.
- b. El diseño debe permitir un libre acceso al paciente por todos los lados de la cama. Sin embargo, este acceso generalmente es afectado por el emplazamiento de la cama y por el tipo de monitores o fuentes de electricidad, oxígeno, aspiración, etc., que se conectan con ella.
- c. Muchas unidades de cuidados intensivos cuentan con un sistema de monitoreo y de fuentes de poder a la cabecera de la cama, lo cual, en general, dificulta el libre acceso a la cabeza del paciente. En este sentido son preferibles las columnas fijas al techo.
- d. Se debe mantener una adecuada observación de los pacientes y de sus sistemas de monitoreo, al momento del diseño.
- e. Es importante incluir la aplicación de equipos de computación para el manejo de la información recogida en la Unidad. Las unidades de trabajo a la cabecera de la cama son de gran utilidad para el registro de enfermería, y en la medida de lo posible deben ser conectadas a los monitores de cabecera para registrar y almacenar automáticamente los signos vitales. Asimismo, se puede lograr la interconexión con el laboratorio para la disposición inmediata de la información bioquímica.
- f. Es conveniente disponer de un espacio de almacenamiento particular para cada cama, en el cual se deberán ubicar los medicamentos, el material descartable, los utensilios propios del



paciente y otros enseres necesarios para una atención rápida y eficiente.

Utilitarios

La unidad debe tener fuentes de poder eléctrico, de agua, oxígeno, aire comprimido, vacío y control ambiental (temperatura, humedad, iluminación) capaces de sostener las necesidades del paciente y del equipo de asistencia bajo situaciones normales y de emergencia, debiendo cumplir con los requerimientos y standard de las respectivas entidades de control.

Actualmente se recomienda utilizar una columna de utilitarios en relación con cada cama, la cual provee las conexiones para las fuentes de energía eléctrica, oxígeno, aire comprimido y vacío, conteniendo los controles para temperatura e iluminación. La misma, podrá estar montada del techo y en relación con un ángulo de la cama.

En caso de no poder disponer de estas columnas, los servicios precedentes deben ser aportados desde la pared que está en relación con la cabecera de la cama. Las disposiciones respecto de los requisitos de cada uno de los elementos precedentes son formuladas por las autoridades sanitarias, y varían para cada país e incluso para cada localidad dentro de un mismo país. Sin embargo, deberán suministrar el máximo de eficiencia y seguridad, para los pacientes y el personal de salud.

Organización y administración de recursos humanos

En este punto, se expone de forma general y sucinta, las tareas que deben cumplir cada uno del Recurso Humano que labora en una Unidad de Cuidado Intensivo.

Personal medico

En los primeros años de desarrollo de la medicina crítica o intensiva, los encargados de dirigir las UCI eran médicos procedentes de diversas especialidades, principalmente cardiólogos, neumólogos, internis-

tas y anesthesiólogos; sin embargo, con el paso del tiempo y gracias a la especificidad de este servicio médico, se hizo necesario crear una nueva especialidad, la Medicina Intensiva, ya que:

- a. Los pacientes críticos, independientemente de su enfermedad de base tienen en muchos casos características fisiopatológicas y clínicas homogéneas. Constituyen un grupo de pacientes que tienen sus procesos vitales alterados, con compromiso de su supervivencia, pero de un modo reversible, es decir, son pacientes potencialmente curables.
- b. Estos pacientes con un estado de gravedad y claro riesgo vital, precisan de una serie de prescripciones precisas y específicas, de vigilancia y de tratamiento.
- c. Finalmente, una de las constantes de esta especialidad es el alto grado de sofisticación tecnológica. Por lo cual el intensivista, debe saber asimilar el significado y la utilización de los avances tecnológicos dirigidos a este tipo de enfermos, de forma rápida y flexible.

Por otro lado, con la evolución social del ejercicio de la medicina, a estas premisas iniciales se han unido otras dos que tienen hoy en día una importancia incuestionable:

- a. Los avances técnicos nos permiten luchar por la vida y mantenerla en circunstancias antes impensables, empero, surgen imperativos bioéticos como lo es la posibilidad de garantizar la vida a todos los pacientes y bajo todas las circunstancias. Existen conceptos, como la autonomía del paciente, la adecuación de los cuidados al final de la vida, el encarnizamiento terapéutico, la confidencialidad y la privacidad de los pacientes, toda una serie de puntos de constante reflexión en nuestras actuaciones.
- b. Por otro lado, las altas concentraciones de recursos implican que las UCI son muy costosas. Ello obliga a los especialistas a una gestión con los mayores estándares de responsabilidad, calidad y eficiencia.

El médico intensivista es el generalista en un medio altamente especializado. Debe de ser simultáneamente un experto en cardiología, neumología, nefrología, neurología, metabolismo y enfermedades infecciosas, y debe de ser capaz de integrar esas disciplinas en el cuidado de pacientes con disfunción o fallo multiórgano. Además, debe de ser capaz de mantener un alto flujo de comunicación con especialistas de otras áreas (García de Lorenzo y Mateos, 2012).

El especialista en Medicina Intensiva ha de tener amplios conocimientos en fisiopatología, para su diagnóstico, tratamiento y reversión a la normalidad, debe ser capaz de diagnosticar y tratar las enfermedades que le son propias. De igual forma debe saber aplicar una serie de técnicas invasivas imprescindibles en la práctica cotidiana como manejo de vía aérea mediante ventilación mecánica invasiva o no invasiva, realización de técnicas de hemofiltración, intubación orotraqueal, canalización de vías venosas centrales, drenaje de cavidades como la cavidad pericárdica, pleural o peritoneal, y al mismo tiempo debe aprender a no realizarlas cuando no es preciso o no están indicadas.

Por esta razón, se afirma que las UCI son espacios multidisciplinarios, no sólo porque intervienen distintas personas con disímiles disciplinas y especialidades, sino también porque el médico intensivista debe tener en sí, una formación amplia y pluridisciplinaria.

Gracias a estas características, de acuerdo a Dávila, Carlos (Dávila, 1970), la UCI ofrece condiciones excepcionales para la formación del estudiante de Medicina, y para el profesional en ejercicio. Ya que esta constituye uno de los medios más eficaces para lograr cambios de actitud, conocer nuevos campos para el diagnóstico y el tratamiento, adquirir destreza en procedimientos especiales y lograr la agilización en el discernimiento clínico y toma de decisiones inmediatas, que podrán producir una evolución favorable o catastrófica en el estado del paciente. Para el proceso de enseñanza de trabajo en grupo, son sumamente valiosas las características de actividad intensiva y en equi-

po médico, enfermería y auxiliar. *La tensión bajo la cual se atiende a pacientes críticos induce al personal de salud a adquirir nuevas actitudes de responsabilidad en situaciones de urgencia y crisis.*

Personal de enfermería

Los aportes de la enfermería son esenciales en la aplicación los cuidados en medicina intensiva. Por ejemplo, la importancia que adquieren los cuidados de enfermería aplicados a un paciente en coma (fisioterapia respiratoria, respiración artificial, administración de O₂, profilaxis de úlceras por decúbito, limpieza de boca, etc.).

De igual manera, el personal de enfermería especialista debe ser capaz de iniciar medidas urgentes de reanimación, si se producen situaciones de emergencias de carácter agudo en el momento en que el médico no esté presente. Debe manejar sólidas nociones sobre diagnóstico de arritmias, desfibrilación cardiaca, intubación endotraqueal, así como masaje cardíaco externo.

En otro orden, el personal de enfermería de una UCI, tiene entre sus tareas, la obligación de controlar de forma constante muchas funciones vitales, como la presión arterial, el pulso, la eliminación urinaria, etc. Precisamente la medicina crítica requiere el monitoreo o vigilancia intensiva de los pacientes en estado grave (García Cabanillas, 2009). A pesar que el médico sigue siendo el responsable de la prescripción estrictamente escrita, el personal de enfermería debe estar implicado en el conocimiento, uso y manejo de fármacos, ya que la mayoría de los medicamentos se deben administrar de forma intensiva y por vía intravenosa (por vía periférica o central) al paciente crítico sin dilación. La medicina intensiva es particularmente difícil por las sobrecargas físicas y psíquicas que se imponen al personal asistencial, el cuidado intensivo a enfermos críticos, sumado a una elevada mortalidad en las UCIs, generan tensión, gran estrés y traumas emocionales (García Cabanillas, 2009).

En este sentido, es imprescindible que el personal de enfermería de la UCI, este en continua formación y perfeccionamiento, por medio de estudios de posgrado y especialización, acompañados de cursos y diplomados de actualización, para adquirir una formación más completa en relación a los estudios de licenciatura o técnico superior (Martí & Estrada de Ellis, 2000).

Personal técnico

Los pacientes críticos necesitan en la UCI un área tecnificada, ya que estos podrían requerir de los servicios de otros departamentos como son: radiología, patología, laboratorio clínico e inmunotransfusión.

Dávila, Carlos (Dávila, 1970), manifiesta que los enfermos en estado crítico, concentrados en la UCI, necesitan una atención cuidadosa de parte del departamento de dietética, requieren una atención extraordinaria de terapéutica nutricional. De igual forma, se requiere que el departamento de mantenimiento hospitalario esté en estrecha articulación con la UCI, para la revisión y optimización continua de las instalaciones y equipos especiales. Deben tenerse a disposición los planos de instalaciones sanitarias, eléctricas, de oxígeno y succión, hidráulicas, para que de esta forma el departamento establezca un programa sistemático de mantenimiento preventivo.

Entre otros tipos de expertos que pueden ser consultados y que incluso pueden laborar en la UCI, se incluyen los fisioterapeutas, farmacéuticos, farmacólogos, especialistas en terapia respiratoria, psicólogos y nutricionistas (Rodríguez Téllez & Franco Granillo, 2015).

Figura 2. Personal de Unidad de Cuidado Intensivo.



Villa María Del Triunfo Salud SAC. Cuidados intensivos [Internet]. 2019 [citado 15/04/2021]. Disponible en: <https://www.vmtsalud.com.pe/noticias/cuidados-intensivos>

Equipamiento e instrumental

Partiendo de la consideración que entre los procedimientos especiales más comúnmente empleados en la UCI según exponen Takao Kaneko-Wada, Domínguez-Cherit, et al (Takao Kaneko-Wada, y otros, 2015), destacan: a) reanimación cardiopulmonar; b) desfibrilación; c) asistencia mecánica ventilatoria; d) uso de vasopresores; f) diálisis; g) marcapasos cardíaco, y e) nutrición artificial. Por lo cual se indica que los instrumentos más comunes resaltan: Monitores, Respiradores, Sondas urinarias y naso-gástricas, Catéteres multiluz, Catéteres intraarteriales, Marcapasos transitorios externos e internos, PIC, Balón de contrapulsación, Drenajes, Bombas intravenosas, Bombas de alimentación enteral y parenteral, etc.

Clavero Ballester y Linares Gutiérrez (Clavero Ballester & Linares Gutiérrez, 2013), destacan los insumos de una UCI, : a) Oxigenoterapia no invasiva, cánula nasal O₂, mascarilla (ventimask®), mascarilla de oxígeno al 60%, mascarilla con reservorio mascarilla para traqueotomiza-

UCI: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

dos, tubo en “t” (mix-o-mask®), bipap visión, cpap de boussignac. b) Oxigenoterapia invasiva, oxylog, osiris 3, servo 300, servo 900c, evita 4, engström carestation, centiva 5 plus–datex ohmeda. c) Nebulizadores, mascarilla de nebulización, nebulizador para traqueostomía, nebulizador para respirador, vibradores. d) Motor y manta térmica. Dispositivo de movilización de enfermos (grúas), AVI, Mars, prisma, prismaflex, colchón antiescaras con motor. e) Electrocardiógrafo, bombas de nutrición enteral, bomba azul de doble canal, bomba ivac 590-598 (azul pequeño), bomba de jeringa (alaris), bomba de doble canal (lifecare 5000), a-2000 bis XP, cama hillrom-totalcare, camino, monitor desfibrilador heartstart XL, desfibrilador, eco-doppler, lidco, rapid. f) Monitor de cabecera, nihon kohden life scope 9, monitor edwards vigilance, monitor de cabecera datex, piccoplus y picco, pulsioxímetro.

En términos de la dotación farmacológica, Navarro Arnedo y Perales Pastor (Navarro Arnedo & Perales Pastor, 2012), expresan que la UCI debe estar provista de una amplia gama de Vasoactivos, Antiarrítmicos, Analgésicos y Sedantes, ya que según expone la literatura, la mayoría de los pacientes de unidad de cuidados intensivos (UCI), siente dolor, miedo y ansiedad por tanto la administración de analgésico y sedante es fundamental a fin de otorgarles la comodidad necesaria, reducir el estrés y evitar el retraso en la recuperación y en la liberación de la ventilación mecánica. .

A modo de resumen, una Unidad de Cuidados Intensivos a los fines de cumplir con sus objetivos básicos: tener la capacidad de proveer monitoreo básico y ofrecer un apoyo terapéutico completo al paciente crítico, debe disponer del siguiente equipamiento:

a Equipamiento de un cubículo de paciente de cuidados intensivos

- Cama clínica de intensivo con colchón anti escaras
- Monitor cardíaco con posibilidad de conexión a central con: canal de ECG
- Canales de presión invasiva
- Canal de presión no invasiva
- Oxímetro de pulso
- Control de temperatura
- Alarmas correspondientes
- Ventilador de volumen
- Tomas de oxígeno de red central
- Tomas de aspiración central
- Toma de aire comprimido medicinal
- Bombas de infusión
- Bomba de nutrición enteral
- Bolsa de insuflación con válvula PEEP
- Nebulizador
- Lámpara de procedimientos
- Esfigmomanómetro mural o monitor signos vitales
- Fonendoscopio



Figura 3. Recursos materiales de una UCI.



Universidad de Guanajuato. Unidad didáctica 3: Organización y funcionamiento de la unidad de cuidados intensivos [Internet]. 2017 [citado 15/04/2021]. Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-3-organizacion-y-funcionamiento-de-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>

b. Equipamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

- Carro de paro con: desfibrilador, monitor cardíaco, bolsa de insuflación PEEP
- Monitor cardíaco portátil
- Desfibrilador portátil con marcapaso externo
- Ventilador de traslado
- Carro de procedimientos
- Broncoscopio
- Camillas de traslado
- Botellas de oxígeno
- Equipo de rayos portátil
- Monitor central para 6 camas o más

- Negatoscopios cuádruples
- Laringoscopios por cada 3 camas
- Cama radiolúcida
- Ventilador mecánico no invasivo
- Máquina de hemodiálisis convencional, cuyo manejo dependerá del personal de enfermería de la Unidad de hemodiálisis.
- Sistema de medición de presión intra craneana por fibra

1.2. Paciente crítico y la atención integral

La medicina intensiva o medicina crítica es una rama o especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en pacientes que se encuentran críticamente enfermos, quienes generalmente requieren también supervisión y monitorización intensiva. El paciente en estado crítico se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación. Por lo tanto, el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2017), señala que existen cuatro (4) características básicas que definen al paciente crítico:

1. Enfermedad grave.
2. Potencial de revertir la enfermedad.
3. Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos.
4. Necesidad de un área tecnificada (UCI).

El paciente en estado crítico es aquel que presenta una situación fisiológica inestable, por lo cual leves cambios en su función orgánica pueden conducir a un grave deterioro de la función corporal normal con lesiones orgánicas irreversibles o un desenlace fatal. Por esta razón, un paciente en estado crítico necesita de forma intensiva la monitorización, vigilancia y un tratamiento especial (García Cabanillas, 2009). El mismo autor informa que los pacientes críticos, se caracterizan por estar afectados sistémicamente en un conjunto de órganos. Por ejemplo, el enfermo respiratorio sometido a ventilación mecánica tam-

.....

sistemas que permiten la identificación de unos determinados niveles de severidad, que permiten describir con precisión una situación clínica, con independencia o no del diagnóstico fundamental por el cual el paciente llega a la UCI; el I.G. se establece por observaciones clínico-biológicas.

Entre las características clínicas generales que más se toman en consideración para realizar procesos admisión y egreso de pacientes en la UCI, resaltan:

- a. Pacientes cuyos sistemas fisiológicos mayores son estables, pero corren el gran riesgo de desarrollar una complicación grave;
- b. Pacientes con afecciones coronarias una vez que han logrado estabilidad circulatoria pero que, en un momento dado, pueden desarrollar una arritmia;
- c. Pacientes sometidos a cirugía mayor y que, por su naturaleza, corren el mismo riesgo; estos son pacientes en los cuales la función del monitor es esencialmente detectora de la crisis;
- d. Pacientes que, por su estado clínico, requieren una continua vigilancia médica y de enfermería, y la utilización de equipo especializado: como en la hemodiálisis renal, problemas respiratorios que requieren respirador de presión positiva y negativa, y similares;
- e. Pacientes que presentan inestabilidad de uno o más sistemas fisiológicos mayores tales como el circulatorio, respiratorio, renal y digestivo (paro cardíaco, deshidratación grave, coma, paro respiratorio y otros estados similares).

Dávila, Carlos (Dávila, 1970) advierte, que un aspecto fundamental en la utilización eficiente de los servicios de cuidado intensivo consiste, en la estricta y justa aplicación de los criterios clínicos en la admisión y egreso de pacientes en la UCI.

En este mismo orden, se expone que la selección de los enfermos para ser candidatos a la atención en una Unidad de Cuidados Intensivos, varía dentro de cada institución, dependiendo de las características de la misma, pero suele incluir una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los pacientes, la necesidad de esfuerzo terapéutico y los resultados medidos como supervivencia y calidad de vida posterior. En general los métodos se clasifican según la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva SATI (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva SATI, 2015), en:

1. Índices de gravedad en pacientes críticos (APACHE) que permite evaluar la probabilidad de muerte.
2. Puntajes dinámicos o de disfunción (MODS-SOFA) que nos permiten analizar la evolución del paciente.
3. Índices de esfuerzo terapéutico precisado (TISS) que además de establecer pronóstico, nos cuestiona si el enfermo puede con seguridad ser egresado a otra sala.
4. Escalas de valoración de la evolución, calidad de vida y productividad social post-alta hospitalaria.

En este sentido, Perdomo Cruz, Rafael Giovanni (Perdomo Cruz, 1992), asevera que se debe evitar el ingreso a la UCI a pacientes críticamente enfermos con pocas expectativas de recuperación. Ya que, disminuyendo las admisiones inapropiadas a la UCI, puede mejorar la relación costo-efectividad, ya sea por reducción de la utilización total del equipamiento o por un mayor acceso para pacientes críticos que sí pueden beneficiarse de la utilización de sus recursos.

Es fundamental considerar en la calidad de la atención del paciente crítico, el análisis y estudio de las Infecciones Nosocomiales (IN), pues estas elevan el tiempo de estadía de los enfermos y por lo tanto aumentan de manera considerable los gastos de una institución de salud. Según algunos estudios, las cifras de incidencia de IN varían entre el 2% y el 25%, dependiendo esto en buena medida de la complejidad de las instituciones hospitalarias, los procedimientos practicados y la

.....

población que atiendan. Las INs más frecuentes son: La infección de las heridas quirúrgicas; la neumonía nosocomial; y la colonización de catéteres.

Para prevenir y controlar las INs, son necesarias en primer lugar implementar medidas simples y de gran eficacia, como el lavado de manos, el aislamiento del paciente infectado, y la asepsia y antisepsia en los diferentes procedimientos hospitalarios. Otros aspectos necesarios a considerar en la prevención de la IN, son las características arquitectónicas de la institución y los factores relacionados con factores ambientales (por ej. hacinamiento) en las UCI (Santos Milanés, López Medina, & Santos Pérez, 2010).

Aun cuando, el objetivo esencial de la UCI es disminuir la mortalidad y morbilidad de los pacientes en estado crítico por medio de la aplicación de los avances médicos y tecnológicos, la muerte ocurre con relativa frecuencia en la UCI. Por esta razón el equipo de salud intensivista debe estar familiarizado con los cuidados paliativos y su legislación. Es imprescindible mantener una comunicación óptima entre los miembros del equipo de salud y los familiares. Resulta fundamental, preservar la dignidad del paciente. Sin embargo, hoy la atención de los pacientes en estado terminal en las UCI, no cuenta con una técnica única y universal, por lo que se debe individualizar cada caso y definir objetivos de atención junto con el paciente o sus familiares dentro del marco legal vigente... Cuando la posibilidad de sobrevivir es nula, surge otro objetivo importante de la UCI que es aliviar el sufrimiento (Takao Kaneko-Wada, y otros, 2015).

En las unidades de cuidados intensivos, en todo momento y circunstancia debe entenderse que la tecnología es siempre un medio y no un fin en sí mismo. El progreso tecnológico necesariamente debe ir acompañado de un incremento en el grado de satisfacción de los pacientes críticos, en especial de las familias (Pallarés i Martí, 2003).

Finalmente, como se ha expresado anteriormente, la UCI constituye un servicio especializado de carácter polivalente y multidisciplinario, que debe atender de forma oportuna y con calidad humana, tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, con el denominador común de su carácter crítico y potencialmente recuperable.

Figura 4. Paciente crítico.



Universidad Finnis Terrae. Diplomado Cuidados De Enfermería En Paciente Crítico Adulto [Internet]. 2021 [citado 15/04/2021]. Disponible en: <https://postgrados.uft.cl/programas/facultad-de-medicina/diplomado-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-critico-adulto/>

1.3. Función de enfermería Intensiva

En líneas generales, la enfermería intensiva tiene como finalidad proveer los cuidados indicados y necesitados por pacientes con enfermedades graves, o en un estado vital completamente deficiente, lo

cual requiere de un intenso trabajo y atención para con el paciente. El profesional en enfermería intensivista debe contar con conocimientos arraigados a la medicina en general y de cuidado como punto clave ya que la mayoría de pacientes a su cargo, cuentan con diversas patologías y un desequilibrio corporal grave y severo. Su compromiso es directamente con la vida del paciente, de mantenerlo a salvo el mayor tiempo posible para que los otros especialistas consigan su pronta recuperación por medio de los métodos aplicados que serán favorables para el paciente.

Las funciones básicas de Enfermería son a nivel general: gestión, asistencial, docencia e investigadora y en las UCI concretamente:

- a. Función de gestión o administrativas:** comprende aquellas actividades que realiza el personal de enfermería para gestionar con criterios de eficiencia y calidad los recursos materiales, científicos y técnicos de equipo o recursos humanos necesarios, financieros y complementario acorde con sus competencias y experiencia, a fin de otorgar los cuidados de enfermería, así como alcanzar los objetivos de la organización y de prestación de servicios.
- b. Función asistencial:** La función asistencial comprende las actividades que realiza el personal de enfermería acordadas, disponibles o posibles, relacionadas con el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o comunidades, según sea el caso, y de acuerdo con el ámbito de competencia del personal de enfermería. Se da en el 100% de los enfermeros de cuidados intensivos o críticos y proporciona el cuidado oportuno, integral e individualizado a través de la aplicación del proceso de atención de Enfermería.
- c. Función de docencia:** Las funciones docentes son aquellas actividades que realiza el personal profesional de enfermería relacionadas con la educación para la salud, la educación continua y la formación de recursos humanos para la salud. Comprende educación al paciente y educación al equipo de trabajo.



La formación de futuros profesionales de Enfermería debe ser también un objetivo para la Enfermería de Cuidados Críticos, contribuyendo a una formación de calidad y excelencia a aquellos que en un futuro desarrollarán su labor en las unidades de cuidados intensivos.

- d. Función de investigación:** la función de investigación queda definida como las actividades que realiza el personal profesional de enfermería para aplicar el método científico (vertientes cuantitativas o cualitativas) para la producción, reafirmación y validación del conocimiento científico de esta disciplina, que permitan su aplicación en los servicios de salud basados en la evidencia científica contribuyendo así, en las mejores prácticas del cuidado de enfermería para garantizar la calidad en la atención. La enfermera intensivista debe reconocer la importancia de la investigación en las unidades de cuidados intensivos y su trascendencia en la mejora de la calidad del cuidado otorgado (Guevara & Evies, 2007). Es decir, como elemento fundamental de la ciencia de enfermería permite generar conocimiento para aplicarlo en la práctica y tomar problemas nuevos que surjan de la práctica que puedan ser objeto de investigación.

Cabe indicar que, para afrontar los cuidados por parte de la enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, se puede utilizar el modelo más conveniente y en caso de estar protocolizado por la unidad, se debe usar éste. Entre los modelos más aceptados se destacan el de Virginia. Henderson y su Teoría de las Necesidades.

En base al modelo de V. Henderson el *Hospital* General de Teruel *Obispo Polanco (España)* (Hospital General de Teruel Obispo Polanco, 2002), *realizó la* “Presentación Unidad Enfermería de la UCI”. Detalla el documento que la unidad tiene como Misión “proporcionar una Atención óptima a los pacientes con procesos críticos o potencialmente críticos ingresados en la misma y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería espe-

cializados , con la máxima calidad y seguridad basados en el Modelo de Virginia Henderson: una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad”. Como referencia por la sistematización completa de las funciones, actividades y tareas, en este aparte, se ha incorporado en cuadro anexo los diferentes aspectos determinados en la presentación de esta unidad.

Tabla 1. Funciones, actividades y tareas del trabajo en UCI.

FUNCIONES, ACTIVIDADES Y TAREAS EN UCI	
Actividades	Tareas
FUNCIÓN ASISTENCIAL	
<p>RECEPCIÓN DE ENFERMOS Es la atención que se presta al paciente cuando ingresa en la unidad, con objeto de identificar sus necesidades y planificar sus cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar el box ante la notificación de ingreso. • Colocar al paciente en la cama • Informar al paciente a cerca de la unidad y de su situación si procediera. • Identificar y jerarquizar las necesidades del paciente. • Planificar los cuidados. • Registrar los datos en la gráfica y documentación de enfermería. • Revisar los documentos clínicos. • Recoger las pertenencias y entregarlas a los familiares. • Atender e informar a los familiares.
<p>CAMBIO DE TURNO Es la comunicación sistemática verbal y escrita entre los diferentes turnos, sobre la evolución del paciente, cumplimiento de la atención de enfermería y manejo de la unidad con objeto de asegurar una atención continuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar los cuidados, aplicación del tratamiento y evolución de los pacientes. • Entregar y recibir la información verbal y escrita de todo lo anterior. • Verificar y registrar el estado del paciente físico, psíquico y de bienestar. • Verificar y registrar el nivel de evolución en cuanto a los objetivos trazados en el tratamiento médico y de enfermería. • Verificar y registrar el correcto funcionamiento del material.
<p>COLABORACIÓN EN LA VISITA MÉDICA Es la participación de la enfermera con el equipo médico durante la visita que este realiza al paciente, durante la cual transmitirá o recibirá información relativa al mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de la historia clínica, resultados de exámenes y pruebas complementarias. • Ayudar al paciente durante el examen físico. • Informar de la evolución y el estado del paciente. • Anotar las observaciones. • Requerir la presencia médica siempre que la enfermera lo considere necesario.

<p>ATENCIÓN PERSONAL AL PACIENTE Y FAMILIA</p> <p>Es la actividad destinada a proporcionar tanto al paciente como a su familia apoyo emocional, facilitándoles la comunicación, informándoles adecuadamente, contribuyendo así a la mejor recuperación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente de tranquilidad y seguridad que sirva de apoyo para disminuir tensiones y angustias. • Informar adecuadamente al paciente y/o familia sobre su evolución y características de la unidad y normas de funcionamiento. • Facilitar en lo posible y a nivel adecuado la relación con el mundo exterior. • Facilitar la atención espiritual. • Tomar datos de localización permanente de los familiares. • Atender adecuadamente a los familiares.
<p>MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE</p> <p>Es la atención que se proporciona al paciente para ayudar a satisfacer las necesidades de higiene personal del paciente en un ambiente seguro, íntimo, previniendo el riesgo infeccioso a la vez que favorecemos su recuperación.</p>	<p><i>a. Paciente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente adecuadamente. • Realizar según protocolo el aseo general. • Educar específicamente y cuidar al paciente inmunodeprimido. <p><i>b. Personal sanitario</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la higiene general e individual. • Lavarse las manos antes y después de cada manipulación. • Administrar cuidados especiales de aislamiento, según normas del servicio de medicina preventiva, a los pacientes que los requieran. <p><i>c. Fómites</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiar y desinfectar los fómites. • Mantener en orden los materiales. • Realizar el control bacteriológico de las principales fuentes de infección nosocomial para tomar medidas oportunamente.
<p>MOVILIZACIONES Y ALINEACIONES CORPORALES</p> <p>Son los cuidados que se prestan la paciente de forma periódica con el fin de mantener un buen tono muscular, evitar deformidades, alteraciones de la piel y problemas tromboembólicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e identificar las necesidades del paciente. • Informar al paciente • Tomar medidas profilácticas de procesos tromboembólicos. • Aplicar cuidados oportunos a la piel para mantener su integridad. • Cambiar al paciente de postura en diferentes decúbitos, levantar al sillón y favorecer la deambulación si procediera. • Mantener siempre al paciente en posición correcta.
<p>REPOSO Y SUEÑO</p> <p>Son los cuidados encaminados a respetar el descanso de los pacientes durante el día, así como facilitar el sueño nocturno, contribuyendo a evitar la fatiga y mantener el equilibrio psíquico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar periodos de descanso. • Disminuir la iluminación y ruidos ambientales durante la noche. • Administrar analgesia y/o sedación convenientemente.

<p>MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA</p> <p>Son los cuidados que se aplican a los pacientes con el fin de mantener una óptima función pulmonar.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Valorar y registrar los parámetros respiratorios.• Vigilar y mantener la permeabilidad e integridad de la vía aérea.• Informar al paciente.• Realizar la fisioterapia respiratoria adecuada según protocolo.• Aplicar oxigenoterapia por los distintos métodos existentes, así como ventiliterapia y aerosoterapia.• Utilizar sistemas de humidificación de gases adecuados.• Aspirar secreciones si procediera con la técnica adecuada.• Si el paciente esta intubado o traqueotomizado establecer cuidados específicos según protocolo de la unidad.• Aplicar las distintas técnicas ventilatorias.• Conocer la mecánica, uso y posibilidades de los respiradores, vigilar y registrar periódicamente los parámetros de los mismos según protocolo de la unidad.• Cuidar y mantener los respiradores, así como otros equipos si fueran utilizados.• Vigilar los parámetros ventilatorios mediante los distintos sistemas de monitorización.• Colaborar en la colocación, vigilar y cuidar drenajes pleurales.
---	---



<p>MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN CARDIO-VASCULAR</p> <p>Son los cuidados que se prestan al paciente para obtener una hemodinámica estable, con el fin de proporcionar óptima oxigenación de los tejidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y registrar los datos hemodinámicos del paciente. • Informar al paciente si fuese necesario. • Preparar el material y disponer al paciente para el cuidado o técnica a realizar. • Colaborar en, o realizar la inserción de catéteres, así como asegurar un buen cuidado y funcionamiento de los mismos. • Monitorizar: presión arterial, presión venosa central, presión de la arteria pulmonar y presión del capilar pulmonar. • Registrar los parámetros hemodinámicos. • Realizar, monitorizar y vigilar el electrocardiograma. • Medir la presión arterial y frecuencia cardiaca por los distintos sistemas de medida. • Observar y valorar es estado circulatorio periférico. • Colaborar en la inserción de marcapasos endocavitarios provisionales. • Colaborar en, o medir el gasto cardiaco. • Colaborar en la realización de pericardiocentesis. • Reponer por vía intravenosa los distintos elementos de la sangre. • Conocer la técnica de la desfibrilación así como las maniobras de resucitación cardiopulmonar. • Colaborar en el mantenimiento de los equipos utilizados.
<p>VIGILANCIA DE LA FUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO</p> <p>Son los cuidados destinados a vigilar el estado neurológico de los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia. • Utilizar e interpretar las escalas de Glasgow. • Vigilar las pupilas: tamaño y reactividad foto-motora. • Realizar y/o colaborar en la exploración neurológica: reflejos, pruebas vestibulares, punción lumbar. • Realizar profilaxis de las úlceras corneales. • Vigilar y controlar la aparición de convulsiones y focalidades.

CUIDADOS DEL DONANTE POTENCIAL DE ÓRGANOS

Esta actividad consiste en la atención, vigilancia y tratamiento del enfermo potencialmente donante de órganos, con el fin de asegurar la fisiología de cada órgano al máximo posible antes de, durante y después de que la muerte del donante ocurra, colaborando de este modo con todo el equipo.

- Mantener correcta y debidamente la función cardiorrespiratoria.
- Corregir toda alteración del equilibrio electro-lítico.
- Asegurar una buena función renal.
- Evitar todo tipo de infecciones y en su caso ayudar al correcto tratamiento.
- Estar alerta sobre los criterios neurológicos, diagnósticos de muerte cerebral.
- Cuidar oportunamente la relación con la familia del enfermo fallecido.
- Conocer los trámites administrativos y legales establecidos en la normativa vigente para facilitar el correcto cumplimiento.
- Contribuir en los cuidados del cadáver hasta momento de la extracción.



<p>ELIMINACIÓN Es la observación y medición de la cantidad y características de las materias orgánicas eliminadas: orina, heces, sudoración, exudados, sangre, contenido gástrico.</p>	<p>a. Orina:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atender al paciente en la eliminación• Medir la cantidad, densidad y observar características.• En presencia de sonda vesical, manipular con asepsia y realizar los controles bacteriológicos pertinentes.• Registrar sistemáticamente todos los datos.• Educar al paciente sobre medidas higiénicas. <p>b. Heces:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atender al paciente en la eliminación.• Objetivar la cantidad y características.• Adecuar la dieta.• Educar al paciente sobre medidas higiénicas. <p>c. Sudoración:</p> <ul style="list-style-type: none">• Observar y registrar su presencia y características.• Mantener seca la ropa del paciente para favorecer su control. <p>d. Exudados y drenados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Observar y registrar cualquier exudado o drenado, características, cantidad.• Realizar control bacteriológico si procediera.• Asegurar una correcta eliminación de dichos exudados. <p>e. Sangre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Observar y localizar las pérdidas sanguíneas.• Valorar el sangrado y características.• Vigilar estrechamente los signos vitales. <p>f.) Contenido gástrico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atender al paciente durante el vómito.• Si el paciente presenta SNG o SNY, prestarle los cuidados necesarios.• Observar y registrar cantidad y características.• Asegurar los cuidados específicos que requieren los distintos tipos de sondas gástricas.
---	---

<p>NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN Es la ayuda y/o suministro de alimentos y líquidos por vía oral, enteral o parenteral, a pacientes incapacitados y/o limitados para satisfacer esta necesidad por sí mismos, con el fin de mantener un buen estado nutricional.</p>	<p>a. Vía enteral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar la prescripción dietética. • Preparar e informar al paciente. • Administrar los alimentos mediante el procedimiento adecuado. • Observar la tolerancia gástrica. • Vigilar y controlar los equipos especiales si fueran precisos. • Registrar periódicamente y anotar observaciones. • Consultar el protocolo específico de administración de N.E. de la Unidad. <p>b. Vía parenteral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente. • Identificar el preparado parenteral y paciente. • Utilizar los equipos para su administración. • Observar las reacciones del paciente. • Vigilar contaminaciones. • Consultar el protocolo específico de administración de N.P. de la unidad.
<p>BALANCE DE LÍQUIDOS Es el control de los líquidos ingeridos y eliminados por el paciente en un tiempo determinado para contribuir al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la necesidad de realizar un balance. • Calcular y medir la cantidad de los líquidos ingeridos y eliminados por las diferentes vías. • Realizar balance. • Controlar el peso del paciente si fuera posible.
<p>TERMOREGULACIÓN Son los cuidados encaminados a mantener la temperatura corporal dentro de los límites de normalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medir periódicamente la temperatura corporal explorada en distintas partes del cuerpo, mediante sistema convencional o electrónico. • Utilizar los distintos métodos de regulación de la temperatura: físicos y químicos. • Cuidar y mantener el material utilizado.
<p>ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Es la introducción de fármacos en el organismo del paciente por las vías oral, rectal, tópica, parenteral, etc., en forma segura, oportuna con fines terapéuticos y/o diagnóstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la prescripción médica y al paciente. • Preparar el material, equipo y dosis del medicamento. • Explicar al paciente de forma adecuada el medicamento y su administración. • Interrogar al paciente y/o familia para conocer antecedentes a reacciones alérgicas a medicamentos. • Preparar al paciente según la vía de administración. • Cuidar la vía utilizada. • Administrar el medicamento. • Observar reacciones del paciente. • Comunicar al médico cualquier efecto adverso. • Cuidar y contribuir en el mantenimiento de los equipos utilizados para administrar el fármaco.



<p>CURAS Es la atención proporcionada al paciente para promover la reparación de una herida con el fin de evitar complicaciones y favorecer su curación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y preparar al paciente. • Preparar el material necesario. • Observar y valorar la herida. • Aplicar los cuidados oportunos para prevención de infecciones durante la cura, así como la eliminación de desechos. • Limpiar y esterilizar el material utilizado.
<p>DEPURACIÓN SANGUÍNEA Esta actividad incluye las distintas técnicas utilizadas para eliminar sustancias tóxicas presentes en la sangre: diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemofiltración/hemodiafiltración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar e informar al paciente si procede. • Preparar el equipo y material. • Colaborar en o realizar la técnica llevando a cabo los cuidados y controles necesarios.
<p>COLABORACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Es la obtención de muestras de elementos orgánicos y realización de pruebas con el fin de ayudar al diagnóstico clínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las indicaciones e identificar al paciente. • Informar al paciente. • Preparar el material y el equipo necesario según el examen a practicar. • Colaborar en el traslado de pacientes para exploraciones fuera de la unidad. • Tomar y/o extraer muestras. • Verificar el estado de las muestras. • Realizar lectura urgente de la información recibida. • Enviar las muestras correctamente identificadas. • Cuidar y colaborar en el mantenimiento de los materiales y equipos utilizados.
<p>FUNCIÓN ADMINISTRATIVA</p>	
<p>PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Establece los cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades de los pacientes, incluyendo las indicaciones médicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer al paciente, realizar visita de enfermería y revisar documentos. • Observar y controlar los signos vitales. • Identificar y jerarquizar necesidades. • Realizar y registrar cuidados de enfermería. • Administrar y registrar tratamiento médico. • Observar signos clínicos y evolución del paciente. • Evaluar los cuidados de enfermería

<p>COLABORAR EN LA ORGANIZACIÓN Y DIRECCIÓN DE LA UNIDAD</p> <p>Es la actividad que trata de establecer y/o mantener la estructura funcional de la unidad a través del uso racional de los recursos humanos y materiales para conseguir una atención de enfermería eficaz.</p>	<p>Comprende las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades personales y materiales. • Conocer los recursos existentes. • Establecer el plan de actividades. • Comunicar a la persona responsable las deficiencias en la atención de los pacientes, así como las deficiencias de los materiales. • Participar en la gestión de los recursos de la unidad. • Asistir a las reuniones de la unidad para conocer la evaluación o pacto de los objetivos, así como para tener información de cuestiones organizativas. • Conocer y asumir los fines de la Institución: Objetivos asistenciales, de calidad, líneas generales del contrato de gestión del Centro, etc.
<p>ARCHIVO DE PACIENTES</p> <p>Es la actividad que se ocupa de registrar la identificación del paciente, diagnóstico, procedencia, días de estancia, éxitus, etc, con el fin de obtener datos estadísticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente. • Registro de datos.
<p>ALTA DE PACIENTES</p> <p>Es la atención de enfermería al paciente que abandona el servicio por traslado a otro centro, éxitus o recuperación, con el fin de proporcionarle los cuidados que las circunstancias lo requieran.</p>	<p>a. Recuperación y traslado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar cama a admisión para el servicio correspondiente. • Avisar al paciente y/o familia. • Preparar la historia del paciente. • Entregar al paciente o familia los objetos personales. • Solicitar medio de transporte adecuado. • Acompañar al paciente durante el traslado. <p>b. Exitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avisar a la familia. • Preparar el cadáver. • Identificar el cadáver. • Solicitar su traslado al velatorio. • Cerrar la historia clínica del paciente para su envío al archivo.
<p>CURSAR Y PLANIFICAR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</p> <p>Es la actividad que se ocupa de la cumplimentación escrita y envío de peticiones a otros servicios de la solicitud médica indicada, así como la coordinación para su realización en el momento preciso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar al paciente. • Realización y registro de peticiones en los impresos establecidos. • Envío de peticiones a los distintos servicios y programación de su realización.

<p>CONTROL DE FÁRMACOS Y MATERIALES Es la actividad que se ocupa de mantener la cantidad suficiente de medicamentos y materiales que permitan cubrir correctamente todas las necesidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de necesidades. • Controlar los productos utilizados según normas establecidas. • Verificar la caducidad de los productos utilizados. • Reponer periódicamente los productos utilizados. • Solicitar los preparados farmacéuticos especiales según norma. • Control estricto de los estupefacientes. • Revisar y mantener dispuesto el carro de RCP. • Colaborar en el mantenimiento de todo el aparataje de la unidad.
<p>CONTROL DE LENCERÍA Es la actividad que tiene como objeto el controlar la eliminación de la ropa utilizada y proveer a la unidad de ropa limpia suficiente para cubrir las necesidades de higiene y confort de los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la ropa de los pacientes cuando sea necesario. • Eliminar la ropa usada según proceda, atendiendo las recomendaciones de medicina preventiva. • Controlar la reposición diaria de lencería. • En caso de aislamientos estrictos proveer de ropa estéril suficiente.
<p>MANTENIMIENTO, DESINFECCIÓN Y ESTRI-LIZACIÓN DE MATERIALES NO DESECHA-BLES Son los cuidados dirigidos a los materiales y equipos utilizados con el fin de mantenerlos en condiciones de asepsia y esterilidad para proteger a los pacientes de infecciones cruzadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y comprobar el estado del material. • Limpiar y/o desinfectar se procediera el material y/o los equipos. • Control de los materiales enviados a esterilización. • Vigilar fechas de caducidad del material estéril.
<p>FUNCIÓN DOCENTE</p>	
<p>FORMACIÓN DEL PERSONAL Es la actividad que se ocupa de capacitar, orientar y perfeccionar al personal de enfermería con el fin de un óptimo cuidado a los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades educativas. • Programar formación cuando se introduzcan novedades en la Unidad. • Colaborar en la docencia de alumnos de enfermería. • Colaborar en la evaluación de los objetivos. • Participar en los cursos y congresos de la especialidad y otras disciplinas. • Colaborar, si así se solicita en la docencia dentro del hospital.
<p>ENSEÑANZA Y ORIENTACIÓN DEL PACIEN-TE Y FAMILIA Es la actividad encaminada a educar y orientar al paciente y familiares respecto al problema de salud que les afecta, con objeto de hacerles partícipes del tratamiento y cuidados a llevar a cabo, colaborando de este modo a una mejor recuperación, así como a la prevención y fomento de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necesidades individuales. • Informar adecuadamente al respecto de la enfermedad y medidas a seguir. • Informar respecto a los riesgos del tratamiento. • Detectar ventajas del cumplimiento del tratamiento y/o normas de higiene, alimentación, ejercicio, hábitos.

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

FUNCIÓN INVESTIGADORA	
INVESTIGACIÓN EN EL AREA HOSPITALARIA Es la aplicación del método científico al estudio de áreas de la atención de enfermería con objeto de aportar soluciones prácticas a problemas existentes, así como para revisar e incorporar conocimientos, técnicas y cuidados en la práctica profesional.	

Fuente: Elaboración propia, el cual se basa en la información del documento arriba indicado

En cuanto al puesto de trabajo de Auxiliar de Enfermería UCI, el documento establece las siguientes responsabilidades derivadas de las funciones asistenciales, educativas, investigativas, las cuales también se insertan en el cuadro siguiente:

Tabla 2. Responsabilidades del Auxiliar de Enfermería de UCI.

RESPONSABILIDADES	ACTIVIDADES/TAREAS
<p>REALIZAR TODAS LAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS A LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE NUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar información por parte de la enfermera antes de proceder a administrar ningún tipo de alimento, por si hubiera variado el estado clínico del paciente. • Colocar al paciente en la posición adecuada antes de administrar los alimentos. Facilitarle la dentadura debidamente limpia. • Si se observa mala deglución, cesar la administración de alimentos y comunicarlo a la enfermera. • Distribuir y administrar/ayudar al paciente en la ingesta: desayuno, comida, merienda y cena, así como la preparación y/o administración de los refrigerios que el paciente precise. • Retirar los servicios una vez finalizada la ingesta, verificando como se ha producido la ingesta, así como el registro de la cantidad y composición del menú. • Colaborar en la administración de medicamentos por sonda, por indicación de la enfermera responsable del paciente. • Recoger y limpiar los útiles utilizados. • Instar al paciente o llevar a cabo las medidas de higiene propias tras la ingesta de alimentos: lavado de manos, cara, higiene oral y limpieza de la dentadura.
<p>REALIZAR TODAS LAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS A SATISFACER LAS NECESIDADES DE HIGIENE Y CONFORT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el aseo del paciente crítico bajo la supervisión de la enfermera responsable del paciente y ayudada en las movilizaciones por el celador/a, a fin de evitar infecciones y contribuir al confort del paciente de forma sistematizada por las mañanas y tardes. Asimismo, siempre que se necesario. Estas tareas se realizarán basándose en los protocolos de higiene del paciente crítico existentes en la unidad. • Realizar la cama del paciente de forma adecuada, bajo la supervisión de la enfermera responsable del paciente y con ayuda de un celador/a, evitando pliegues en la ropa, para proporcionar el confort del paciente crítico. Seguir protocolo de la Unidad. • Colaborar en la preparación del paciente para su traslado a quirófano, así como en la preparación prequirúrgica. • Colaborar en la preparación del paciente para exploraciones tanto dentro como fuera de la unidad (MP, TAC). • Mantener en orden los elementos del entorno del paciente.

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

<p>REALIZAR TODAS AQUELLAS TAREAS ENCAMINADAS A SATISFACER LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD FISICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en la movilización funcional de los pacientes, participando en los procedimientos de cuidados de las úlceras por presión y en el de prevención por indicación de la enfermera responsable del paciente. • Colaborar en la realización de las siguientes técnicas y procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Sondaje vesical. • Sondaje rectal. • Cateterización venosa central • Desfibrilación/cardioversión. • Electrocardiograma. • Marcapasos provisional • Colocación de catéter de Swan-Gaz. • Intubación endotraqueal. • Cuidados del paciente con ventilación mecánica. • Cuidados del paciente con traqueotomía. • Fisioterapia respiratoria. • Oxigenoterapia • Colocación de tubo torácico. • Aplicación de enemas.
<p>REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS A SATISFACER LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE CRÍTICO Y SU FAMILIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la comunicación del paciente y su familia. • Acoger al paciente a su ingreso dotándolo de todo lo necesario. • Informar la paciente y su familia en todo aquello relacionado con el hospital o canalizarlo al profesional que corresponda. • Facilitar el tríptico de normas de funcionamiento de la unidad. • Ayudar en proceso de la muerte, colaborando en la creación de una atmósfera necesaria para su tranquilidad y mantenimiento de su dignidad. • Colaborar en los cuidados postmortem. • Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones relacionadas con la permanencia de los familiares y usuarios en la Unidad. • Relacionarse con el paciente a fin de favorecer el dialogo y la comunicación. <ul style="list-style-type: none"> • Realizar todas las tareas de forma que se fomente la seguridad y autoestima del paciente crítico. • Mantener el secreto profesional.
<p>ACTIVIDADES DE APOYO</p>	



<p>REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE ORDENACIÓN, ENCAMINADAS A LA ASISTENCIA INDIRECTA DEL PACIENTE:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger y colocar el pedido de lencería, teniendo en cuenta la ubicación correcta de la ropa en las estanterías (14 horas). • Preparación de los carros de aseo con el material necesario (cada vez que se vaya a utilizar). • Retirada y entrega de la ropa sucia en las debidas condiciones (alrededor de las 10 horas de la mañana). • Recibir y colocar debidamente el pedido de farmacia, controlando y conociendo la medicación termolábil que se coloca en el frigorífico. Mantener las cajas debidamente alineadas, colocando los fármacos detrás de los existentes para evitar caducidades. Comprobar que todo el pedido ha sido suministrado. Si no es así comunicarlo a la supervisora. • Recoger y ordenar los pedidos de material de oficina. • Preparar, entregar y ordenar el material de esterilización, rellenando el impreso correspondiente y controlando la recuperación del material enviado a la central de esterilización. Revisar las caducidades del material estéril mensualmente y mantenerlo correctamente ordenado en su armario, situando cada cosa en el espacio correspondiente para ello. • Mantener/colaborar en la conservación de utensilios y aparataje específico de la unidad (respiradores, bombas de infusión, monitores, laringoscopios, etc.,).
<p>REALIZAR ACTIVIDADES DE LIMPIEZA, MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN, ENCAMINADAS A LA ATENCIÓN INDIRECTA DEL PACIENTE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la limpieza a fondo de la farmacia una vez al mes. • Realizar la limpieza del diverso material clínico. • Realizar la limpieza de cuñas, botellas de diuresis, aspiradores, carros de curas. • Realizar la limpieza de los cuartos sucios. • Realizar limpieza a fondo una vez al mes del almacén de fungible. • Realizar limpieza a fondo una vez al mes del almacén de aparatos. • Realizar limpieza a fondo una vez al mes del laboratorio. • Realizar limpieza a fondo una vez al mes del cuarto del marcapasos y siempre que se utilice. • Realizar limpieza y ordenación diaria del control de enfermería. • Realizar limpieza a fondo una vez al mes de los armarios de fungible de la unidad, así como de las distintas vitrinas.

REALIZAR TODOS LOS TRÁMITES CLÍNICOS BUROCRÁTICOS O ADMINISTRATIVOS ENCAMINADOS A APOYAR LA ASISTENCIA DIRECTA O INDIRECTA DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar/comunicar los datos observados o recogidos del paciente y que deben de ser considerados. • Presentar donde corresponda el impreso de solicitud del material de que se trate. • Cumplimentar las peticiones de pruebas de laboratorio y radiología. • Llevar las muestras a laboratorio en situación de extrema urgencia. • Registrar y hacer las observaciones que se consideren oportunas en los registros de la auxiliar de enfermería. • Firmar las gráficas de los pacientes de los que se hace directamente responsable.
ACTIVIDADES DE RELACIÓN	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acoger al paciente crítico a su ingreso y dotarlo del material necesario. 2. Colabora en la satisfacción del ocio del paciente afín de crear un ambiente agradable. 3. Se relaciona con la enfermera o supervisora de la unidad a fin de comunicar todos aquellos signos o datos observados o comunicados por el paciente. Recibe información de la enfermera a cerca de los cuidados del paciente. 4. Colabora en los objetivos de los cuidados administrados al paciente. 5. Participa en las reuniones de planteamiento de objetivos de la unidad. 6. Realiza el cambio de turno de forma oral y escrita. 7. Participa en las actividades generales de enfermería que se realizan en el hospital.
ACTIVIDADES DE FORMACIÓN	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar las actividades de formación dirigidas a alcanzar el nivel de cuidados óptimos: <ul style="list-style-type: none"> • Plantear necesidades de formación • Formarse.

Fuente: Elaboración propia.

1.4. Intervención de enfermería

La Intervención de Enfermería fue definida en 1987 por McCloskey, JC; Bulechek, GM como: “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”, Cuando las autoras iniciaron un proyecto de investigación tendente a crear una clasificación de intervenciones enfermeras integradas con los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). En 1992 se publicó la primera clasificación, con un total de 336 intervenciones, la cual se ha ido progresivamente revisando a lo largo de diversas ediciones (McCloskey & Bulechek, 2005).

Las Intervenciones de Enfermería pueden estar basadas en cuidados directos o indirectos:

- a. Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo (tratamientos realizados a través de interacciones directas con los pacientes). Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.
- b. Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes ((tratamiento realizado lejos del paciente pero dirigido al beneficio del paciente o de un grupo de ellos). Las Intervenciones indirectas incluyen acciones de cuidados dirigidas al entorno del paciente y a la colaboración con otros profesionales de la salud.

Además, las intervenciones pueden ser propias (derivadas de un Diagnóstico enfermero) o ser realizadas por delegación o en colaboración con otros profesionales sanitarios

La estructura de taxonomía de la CIE (Clasificación de las Intervenciones Enfermeras) tiene tres niveles: a. Campo. b. Clases y c. Intervenciones

Existen 7 Campos (Fisiológico básico, Fisiológico complejo, Conductual, Seguridad, Familiar, Sistema de Salud y Comunidad), 30 Clases y un total de 486 Intervenciones de Enfermería. Una característica importante de la clasificación taxonómica CIE, es la de tener un carácter teóricamente Neutral.

Las intervenciones de enfermería, de manera general, tienen como objeto:

- Controlar el estado de salud.
- Evitar, solucionar o controlar un problema.

- Ayudar en las actividades de la vida diaria.
- Promover una salud óptima y la independencia.

Los procedimientos que se llevan a cabo en la etapa de la intervención son:

- a. Procedimientos generales en cuidados básicos:
 - Mantener la máxima autonomía posible del paciente.
 - Suplir la autonomía del paciente solo cuando sea necesario.
 - Enseñar los autocuidados al paciente y al cuidador.
- b. Procedimientos específicos por grupos de procesos asistenciales destinados a solucionar los problemas, aumentar la independencia y fomentar los autocuidados.
- c. Procedimientos específicos por patologías dirigidos a solucionar los problemas, aumentar la independencia y fomentar los autocuidados.
- d. Procedimientos dirigidos a eliminar los peligros o disminuir el riesgo de cuidados básicos y específicos.

Final del formulario

En la UCI, como se ha visto, se llevan cabo intervenciones para manejar situaciones fisiológicas tan delicadas que pueden comprometer la vida del paciente. Dos de estas intervenciones constituyen pilares de la unidad:

1. Los cuidados críticos de Enfermería
2. La monitorización del estado del paciente

En los cuadros presentados en el punto identificado 1.3., relativo a las funciones y/o responsabilidades, actividades y tareas del personal de Enfermería Intensiva o en UCI, se evidencia el detalle de cada una de estas dos intervenciones.

Es importante destacar en este punto que en la unidad de cuidados intensivos (UCI), se encuentran los pacientes en estado crítico y por

capacitadas por sus conocimientos de enfermería y legitimadas por su titulación en enfermería”.

Por lo tanto, aplicar los cuidados básicos de enfermería que recibe una persona cuando se encuentra internada en una institución médica, se considera la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o al restablecimiento de la misma; teniendo en cuenta que siempre se debe dirigir a la persona hacia el mayor grado de independencia posible. La literatura indica que los cuidados de enfermería se fundamentan en cuatro (4) conceptos primordiales:

1. Los referidos al ser humano: son aquellos cuidados que se centran en todas las funciones biológicas, psíquicas y emocionales del paciente.
2. El consistente en la salud, lo cual apunta a la ausencia de enfermedad física y moral de una persona.
3. Los referidos al entorno, para lo cual se tiene en cuenta todos aquellos factores que componen el entorno más cercano del paciente.
4. Los cuidados de enfermería en sí mismos, que comprenden los cuidados preventivos, paliativos, curativos.

Asimismo, se informa que los cuidados de enfermería en sí mismos tienen como finalidad el cuidado de las necesidades básicas del paciente. En la lista de necesidades básicas de una persona se enumeran: respirar con normalidad, comer de forma adecuada, eliminar los residuos del cuerpo, mantener la temperatura corporal apropiada, cuidar la higiene e integridad de cada parte del cuerpo, etc. Los cuidados de enfermería deben estar abocados en atender cabalmente este tipo de necesidades.

Los cuidados pueden clasificarse en cuidados directos y cuidados indirectos:

a. Los cuidados directos son aquellos que se realizan directamente sobre los pacientes. A su vez, se dividen en:

a.1. Cuidados técnicos: en general, se asocian a las enfermedades que motivaron el ingreso y su tratamiento, e implican la realización de procedimientos instrumentales

a.2. Cuidados específicos relacionados con la hospitalización: son responsabilidad de los servicios de enfermería, están orientados hacia la seguridad de las personas y se relacionan con la pérdida de autonomía. Requieren de procedimientos y técnicas específicas dirigidas a la cobertura de los cuidados básicos y la prevención de efectos adversos (úlceras por presión, caídas, adherencia al tratamiento, etc.).

a. Los cuidados indirectos son aquellos relacionados con el entorno del paciente y cuestiones organizativas como comunicación con otras unidades, gestión de traslados, relaciones con la atención primaria de salud, actividades multidisciplinarias, sesiones clínicas, etc.

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los cuidados básicos de Enfermería, se consideran la base de la profesión y los profesionales de Enfermería son la principal fuente de asistencia a los pacientes durante su estadía en este servicio, además de ser quienes más tiempo pasa junto al paciente.

La metodología utilizada para ofrecer los cuidados del paciente crítico se rige por criterios de prioridad, organización, continuidad, sistematización y se debe basar en:

- Los avances tecnológicos
- Ética
- Evidencia científica
- Visión holística del cuidado

- Alerta a las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales del paciente como un ser integral
- Las peculiaridades implícitas en los cuidados a pacientes según su patología y área de ingreso (UCI coronaria, UCI polivalente, UCI pediátrica).

1.6. Dependencia, independencia y autonomía

En este aparte se hará referencia al modelo de cuidados propuesto por Virginia Herderson, el cual gira en torno a los conceptos de dependencia, independencia y autonomía. Este modelo se ubica en los “Modelos de las necesidades humanas”, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermería es la realización (ayuda o suplencia) de las acciones que la persona no puede realizar en un momento determinado de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. El modelo se centra en las necesidades fundamentales del ser humano y éstas pueden ser clasificadas según una lista ordenada la cual es utilizada por los propios profesionales de la salud con frecuencia para atender a una persona (enferma o en buena forma).

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, ofrece la siguiente definición: “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible” (Bellido Vallejo, Ríos Ángeles, & Fernández Salazar, 2010).

En este contexto definatorio la autora:

- a. Otorga a la enfermería un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.
- b. Clarifica la función de la enfermería independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los

- restantes miembros del equipo de cuidados.
- c. Mantiene una visión sobre la función autónoma de la enfermera, esa parte independiente de su trabajo que ella inicia y controla.
 - d. Plantea la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, bien sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte.
 - e. Considera a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud. Los miembros del equipo deben considerar a la persona la figura central y comprender que ante todo están atendiéndole.

Los componentes esenciales del modelo de Henderson a través de los cuales se puede entender su enfoque, orientación y filosofía, son:

1. Proposiciones

- La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.
- El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo.
- Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.
- La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Por tanto, requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas: 1). Respirar normalmente, (2). Beber y comer adecuadamente, (3). Eliminar adecuadamente desechos y secreciones humanas, (4) Moverse y mantener una buena postura (5) Dormir y descansar (6) Vestirse y desvestirse (7) Mantener la temperatura corporal

en límites normales (37,2 °C), (8) Mantener la higiene personal y proteger los propios tegumentos (9) Detectar y evitar peligros, y evitar perjudicar a otros (10) Comunicarse con los semejantes (11) Reaccionar según las propias creencias y valores (12) Ocuparse para sentirse realizado (13) Recrearse y entretenerse y (14) Aprender en sus variadas formas.

- Capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento, y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adaptarse a un cambio, y tener resiliencia como para poder sobreponerse a períodos de dolor emocional y a situaciones adversas. Asimismo, poder transmitir algún tipo de saber o de conocimiento. Aprender, descubrir, y satisfacer curiosidades, forma parte del desarrollo normal y de una u otra forma contribuye a la propia salud física y mental.
- La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida.
- La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

2. Conceptos

Necesidades básicas

- Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona.
- Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.
- Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas.
- Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera.

Las necesidades son:

- 1. Respirar normalmente:** Capacidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos, con un nivel suficiente y con una buena oxigenación.
- 2. Beber y comer adecuadamente:** Capacidad de la persona para beber y comer, masticar y deglutir. Igualmente, tener hambre, y entonces, poder absorber suficientes nutrientes como para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad.
- 3. Eliminar adecuadamente desechos y secreciones humanas:** Capacidad de la persona para en forma autónoma eliminar orina y materia, asegurando su higiene íntima. Igualmente, saber eliminar otros desechos del funcionamiento del organismo, manteniendo la higiene corporal.
- 4. Moverse y mantener una buena postura:** Capacidad de la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos, y asimismo, de arreglar su domicilio aunque fuere en forma mínima y a efectos que el mismo mejor se adecue a sus necesidades y a su confort. Igualmente, conocer los límites del propio cuerpo.
- 5. Dormir y descansar:** Capacidad de la persona a dormir lo suficiente como para sentirse descansada, más repuesta, y con renovada iniciativa. Igualmente, saber gestionar la propia fatiga y el propio potencial de energía y dinamismo.
- 6. Vestirse y desvestirse:** Capacidad de la persona para vestirse y desvestirse, así como para elegir y comprar su vestimenta. Igualmente, capacidad e interés para construir su propia identidad física y mental a través de la vestimenta y de las modas.
- 7. Mantener la temperatura corporal en límites normales** (37,2 °C), eventualmente actuando sobre el medio ambiente y/o sobre la propia vestimenta. Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente, y a apreciar los propios límites en este sentido. Capacidad para abrir y cerrar ventanas según mejor convenga, y/o actuar respecto del entorno de manera conveniente.

- 8. Mantener la higiene personal y proteger los propios tegumentos:** Capacidad de la persona para lavarse por sí mismo y mantener su higiene personal, así como a servirse de productos y de utensilios para mejor mantener piel, cabellos, uñas, dientes, encías, orejas, etc, y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.
- 9. Detectar y evitar peligros, y evitar perjudicar a otros:** Capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.
- 10. Comunicarse con los semejantes:** Capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura, a las palabras, y/o a un código. Igualmente, capacidad para insertarse e integrarse a un grupo social, viviendo plenamente las relaciones afectivas y la propia sexualidad.
- 11. Reaccionar según las propias creencias y valores:** Capacidad de la persona a explorar, conocer, y promover, sus propios principios, valores, y creencias. Igualmente, manejar esas cuestiones a efectos de elaborar y elucubrar el sentido que le desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad.
- 12. Ocuparse para sentirse realizado:** Capacidad de la persona para participar e interesarse en alguna actividad creativa y/o de interés social, así reforzando su autoestima y su sentimiento de alegría y autorrealización personal. Igualmente, cumplir algún tipo de rol en una organización social, y darse a ello con interés, dedicación, y empeño.
- 13. Recrearse y entretenerse:** Capacidad de la persona para distraerse, entretenerse, y cultivarse. Igualmente, interés de la persona para invertir tiempo y energía en una actividad alejada de sus problemáticas personales, obteniendo con ello algún tipo de satisfacción personal.
- 14. Aprender en sus variadas formas:** Capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento, y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adap-



tarse a un cambio, y tener resiliencia como para poder sobreponerse a períodos de dolor emocional y a situaciones adversas. Asimismo, poder transmitir algún tipo de saber o de conocimiento. Aprender, descubrir, y satisfacer curiosidades, forma parte del desarrollo normal y de una u otra forma contribuye a la propia salud física y mental.

Cuidados básicos

- Comprenden los cuidados que se llevan a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, se basan en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma.
- Es cualquier cuidado de enfermería, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía.
- Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona. Independencia.

Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

- **Dependencia.** Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.
- **Autonomía.** Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma. Agente de autonomía asistida. Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.
- **Manifestaciones de independencia.** Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes

para satisfacer sus necesidades básicas.

- **Manifestaciones de dependencia.** Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

1.7. Humanización del cuidado de Enfermería en el paciente crítico

Para abordar y allanar el camino hacia una noción de la Humanización del Cuidado de Enfermería en el paciente crítico o en UCI, es necesario revisar primeramente ciertos conceptos básicos, para luego vincularlos.

Humanizar, en términos generales, es definido por la Real Academia Española (Real Academia Española (RAE), 2020) como hacer a alguien o algo humano, familiar y afable.

La Salud la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 1946) como: “la salud es un estado de completo bienestar física, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es decir, considera todas las dimensiones del ser humano durante el proceso salud – enfermedad”. Es también, imprescindible acotar que en el año el organismo bajo el lema “Trato humanizado a la persona sana y enferma”, entre sus recomendaciones motiva la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, enfatizando que la Humanización “es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (Perdomo Cruz, 1992).

Desde la perspectiva de la Humanización de la Salud, Bermejo J.C. (Bermejo, 2014) expone: “Humanizar es todo lo que se realiza para

promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Esto reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan, convirtiéndose en una necesidad de vital importancia y trascendencia, por lo cual no pueden ser sólo buenas iniciativas, sino un compromiso genuinamente ético con la vulnerabilidad humana que genere salud y acompañe en el sufrimiento”.

Por otro lado, si se revisa el modelo de prestación de servicios de salud de la relación medica centrada en el paciente y la familia, sustentada en los principios: atención respetuosa y sensible a las preferencias, información compartida, respeto por las diferencias, colaboración, negociación y cuidado en el contexto familiar y de comunidad, las necesidades y los valores de los pacientes y sus familias; implica que este modelo lo que propone es trabajar con los pacientes y familiares por sobre el hecho de sólo hacer algo por ellos. De lo anterior, se deduce que la humanización involucra de igual forma a pacientes, familiares y equipo de salud, requiriendo además de un contexto en la organización y en este caso particular, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La UCI ha sido marcada culturalmente estigmatizada como un ambiente donde se concentran el dolor, la angustia, el sufrimiento, la incertidumbre; desde fuera, se le imagina generalmente como sitios hostiles, tristes, fríos; y de espera de una muerte inminente tanto por familiares y pacientes, quienes necesitan de una atención integral que incluya a la familia para minimizar las tensiones y la inseguridad emocional que se generan estos espacios. Cada día, adquiere mayor relevancia el tema de la humanización del cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para aquellos sobre los que descansa, dirigen y conforman el área de salud, de manera especial para los profesionales de enfermería, motivado a su cercanía con los pacientes, los cuales son la razón del cuidado y a los que se debe intervenir en todas sus necesidades como son: educación sobre su situación de salud; compañía y seguridad; apoyo emocional y espiritual; tratarlo con respeto y dignidad hu-

mana; conocer su patología y tratamiento; mantener la confidencialidad y escuchar y respetar sus creencias, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que padezca.

En este escenario, la Enfermería, constituye la ciencia o disciplina que comprende el cuidado de manera autónoma y en colaboración, proporcionada a individuos en todos los ciclos vitales, familias, grupos y comunidades, en su condición de salud, en todas las situaciones, abarcando la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención brindada a personas afectadas de salud, discapacitados y personas en condiciones terminales. Y, por otro lado, el cuidado de enfermería es considerado la esencia de la disciplina de enfermería y debe estar integrado por acciones las cuales se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, que requiere competencias técnicas de muy alto nivel -sobre todo en la UCI- manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad; dichas acciones tienen como fin proteger, mejorar, y preservar la humanización del cuidado, ayudando al individuo a encontrar un significado a su enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia, además de contribuir a que la persona adquiriera autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

Según Bermejo J. (Bermejo, 2014) los valores que el personal de enfermería debe reunir con el fin de realizar una buena práctica de los cuidados, y con el objetivo de establecer lo que él denomina una “relación de ayuda”:

1. Empatía: “Ser capaz de adoptar el punto de vista del enfermo y su marco de diferencia, de ver las cosas desde su punto de vista para captar el impacto que tienen sobre él, de comprenderlo y hacerle experimentar que nuestra comprensión se ajusta a su experiencia”
2. Autenticidad y congruencia: Una relación de lo que somos por dentro como personas, y lo que enseñamos y practicamos como

- profesionales.
3. Respeto: valorar la dignidad de la persona cuidada. Nos puede permitir averiguar sus valores más significativos y tomar medidas para no afectarlos.
 4. Comprensión: entender a la persona y qué es lo que le sucede según su perspectiva.
 5. Solidaridad: “Con las personas que sufren, con las instituciones y sus proyectos, con la mejora de la salud y el entorno de las personas. Con la misma profesión.”
 6. Tolerancia: ante toda persona que requiera de nuestros servicios, sin ningún tipo de actitud selectiva ni marginación ante cualquier aspecto de nuestros pacientes.
 7. Altruismo: actuar siempre en beneficio de nuestro paciente de forma incondicional.
 8. Moderación: saber medir el grado de intensidad de nuestras actividades y cuando aplazar nuestras intervenciones.
 9. Equidad: no tener preferencias en nuestra labor a no ser que sea necesario por el estado del paciente y aceptar la importancia de todos por igual.
 - 10.No violencia: nunca recurrir a actos violentos ante ninguna situación.

Todos estos valores de humanización pueden, tanto como las actividades más desarrolladas a día de hoy, ser planificadas y programadas, dando mayor valor a la labor de enfermería.

Otra herramienta necesaria para la humanización de los cuidados es la comunicación. Poder desarrollar una comunicación eficaz y empática se hace tan imprescindible para llegar a cabo la humanización de los cuidados. La enfermería de la UCI con unas buenas herramientas comunicativas y con un buen uso de la empatía puede conseguir grandes progresos en la disminución de la ansiedad del paciente, y de su percepción positiva sobre el ambiente sanitario, así como se ha evidenciado en estudios que contribuye a la recuperación del pacien-

te. Una comunicación apropiada con la familia directamente también acerca a un mejor cuidado.

También en el proceso de los cuidados humanizados, la familia tiene un rol fundamental, ya que son de las personas más cercanas al paciente. La familia se puede convertir en el motor que impulse la recuperación del paciente crítico a través del desarrollo de destrezas y el crecimiento continuo que afiance la meta final: la recuperación e integración social con todos sus derechos. La presencia de los miembros familiares con el paciente es parte del cuidado humanizado, y de vital importancia para la recuperación y la seguridad del paciente en el proceso de sensibilidad y fragilidad emocional.

Al trasladar y adaptar los conceptos anteriores a la Unidad de Cuidados Intensivos, se tiene. que la humanización implica reconocer la integralidad de los pacientes ingresados, más allá de los diagnósticos clínicos o necesidades biológicas, identificando además las necesidades afectivas, emocionales, comunicacionales, de apoyo social y espiritual, respeto a los derechos esenciales del paciente reconocidos, como, por ejemplo: Derecho a la información asistencial. Derecho a decidir sobre la salud, Derecho a la intimidad, Derecho de acceso al historial clínico, Derecho a que se respete su propia voluntad, Derecho a reclamar y a sugerir, etc. que tengan y que puedan afectar su salud y bienestar. En este sentido, la humanización en enfermería, la aplicada en el cuidado, observa al individuo como una unidad integral que se encuentra constituida por aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales, que implican prácticas en salud que abarcan dichos aspectos propios de la integridad del paciente

Asimismo, es de vital importancia reconocer la humanidad no solo de los pacientes al considerar sus características y necesidades a la hora de brindar los servicios en el área, como también la de los profesionales de la salud que allí se desempeñan contribuyendo al bienestar de las personas hospitalizadas y en la formación importancia de incluir

.....

cado. La humanización de los cuidados en Enfermería requiere no solo características impecables individuales de cada trabajador frente a un sistema tecnológicamente dominante, sino además implica un mayor compromiso por parte de los directivos y de todos los involucrados en sistema de salud, para superar el reto de sortear las barreras existentes actualmente y proporcionar una atención más humanizada y amigable para los usuarios que requieran de los servicios de en UCI.

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

CAPÍTULO II

ENFOQUE INTEGRAL DEL PACIENTE
CRÍTICO



2.1. Cuidados generales diarios del paciente crítico

Cuidados generales diarios

Entre los cuidados generales del paciente crítico a realizar en todos los turnos se enuncian los siguientes:

- Participar del relevo de Enfermería para conocer la evolución del paciente durante las últimas 24 horas, con especial interés en la realidad inmediata (último turno).
- Aplicar el tratamiento médico prescrito, los cuidados planificados para el paciente y colaborar con el médico en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Cumplir con los registros de Enfermería de la unidad: gráfica, plan de cuidados, hoja de evolución, etc.
- Controlar y registrar las constantes vitales.
- Actuar ante situaciones de amenaza vital inmediata.
- Controlar la nutrición del paciente: tolerancia, tipo de dieta, sensación de apetito.
- Responder de manera adecuada a las demandas del paciente y de la familia.
- Movilizar al paciente de forma segura cuando así esté indicado (cambios posturales, levantar al sillón, etc.)
- Asegurar una correcta higiene del paciente, principalmente antes y después de las comidas (manos, boca, etc.) y siempre que lo requiera motivado a alguna circunstancia como, por ejemplo: diarrea, vómitos, diaforesis, etc.
- Asegurar el correcto cumplimiento de las medidas de aislamiento por parte del personal, del paciente y de los familiares.

Higiene del paciente

La higiene del paciente es una intervención básica de enfermería que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que constituye una importante medida de lucha contra las infecciones.

2.2. Aprovechar el momento de la higiene para valorar el estado de la piel:

- Valoración física de la piel: coloración, turgencia, etc.
- Vigilar la aparición de indicios de úlceras.
- Descubrir precozmente lesiones cutáneas.
- Evaluar la evolución de úlceras y lesiones establecidas.

2.3. Realizar actividades que mejoren el estado de salud del paciente:

- Utilizar la temperatura del agua para ayudar a subir o bajar la temperatura del paciente, según se necesite.
- Realizar técnicas básicas de masaje durante la higiene para mejorar la circulación y ayudar a drenar el acúmulo de líquidos en la piel (edemas).
- Movilizar las diversas articulaciones para prevenir rigideces.
- Favorecer el descanso del paciente, manteniendo la cama y al propio paciente en perfecto estado.

1. **Beneficios psicológicos:**

- Mejorar la autoestima del paciente al evitar el mal olor.
- Aumentar la sensación de bienestar.
- Favorecer la relación y comunicación del paciente con el equipo de enfermería.
- Transmitir técnicas de autocuidado, permitiendo que el paciente participe en su higiene en la medida de lo posible.

En fin, la higiene del paciente persigue varios objetivos, entre ellos:

- a. Permite eliminar secreciones y excreciones corporales reduciendo el número de microorganismos patógenos transitorios y, por tanto, el riesgo de infección.
- b. Favorece el bienestar del paciente, mejorando su autoimagen, autoestima y su estado de confort.
- c. Revisar y evaluar la capacidad de autocuidado del paciente, estimular siempre su independencia y suplir sólo aquellas fun-



ciones en las que el paciente es dependiente.

Se detallan entre los aspectos a tomar en cuenta en la higiene del paciente crítico, los siguientes:

- La higiene completa se debe realizar al menos una vez al día y tantas veces como sea necesario, para lo cual se requiere de la colaboración del equipo de Enfermería responsable (enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares en Enfermería) de ese paciente y la colaboración del cuidador.
- Al iniciar la higiene, la enfermera se informará del estado del paciente y de las particularidades del mismo las cuales deben ser tenidas en cuenta durante la técnica (paciente politraumatizado, con PIC elevada, postoperatorio cardiaco, arritmias, etc.)
- Durante la higiene del paciente encamado, la enfermera se encargará especialmente de la correcta movilización y manipulación del mismo, prestando especial interés a la protección de vías, drenajes, tubuladuras, apósitos, etc.
- Cuando se trate de la higiene y movilización de pacientes intubados, la enfermera debe mantener durante todo el proceso de movilización la fijación manual del tubo endotraqueal a fin de evitar su desplazamiento accidental. Ante cualquier alarma del respirador, se debe parar el proceso de higiene y resolverse la situación que ha provocado dicha alarma (aspiración de secreciones, desconexión accidental, falta de sedación y/o relajación, etc.)
- En la higiene y movilización de pacientes politraumatizados, la enfermera será la encargada del correcto mantenimiento del eje cabeza-cuello-tronco en cualquier manipulación del paciente, manteniéndose a la cabeza del mismo mientras hace sujeción bimanual del cuello.
- La enfermera será la encargada de dirigir las maniobras y de que todo el equipo actúe de forma sincronizada y bajo su dirección.
- En caso de tracción de fracturas, la enfermera habrá de cer-

ciorarse que no se pierde la tracción en ningún momento de la maniobra.

- Durante la higiene del paciente, la enfermera valorará el estado de la piel y mucosas del mismo, prestando especial interés a la aparición de signos de úlceras por presión (UPP) en estadios iniciales.
- Para ello puede usar escalas de valoración como la de Norton o la de Braden.
- En pacientes encamados y conectados a ventilación mecánica se debe prestar especial interés a la higiene de ojos y boca.
- No se debe olvidar el lavado de pelo al menos una vez a la semana y siempre que el paciente lo necesite.

La práctica de la higiene del paciente crítico u hospitalizado en UCI no es una técnica exenta de riesgos. De hecho, la literatura puntualiza una serie de eventos adversos durante el proceso: la hipotensión o hipertensión arterial, hipertensión craneal, desaturación y desadaptación de la ventilación mecánica, fibrilación auricular e incluso parada cardiorrespiratoria. Es fundamental que el personal de enfermería valore correctamente los riesgos que para el paciente crítico supone la realización del aseo. Esta técnica debe aplicarse de forma racional y bajo estricta monitorización y control.

Movilización de los pacientes (traslados y cambios posturales)

La movilización del paciente, en general, comprende las técnicas para colocarlo y moverlo correctamente en la cama, así como el movimiento que debe realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital a través de sillas de ruedas, camillas o en la propia cama. Es decir, que existen diferencias entre movilización y transferencias.

La movilización: es movimiento que se realiza sobre una misma superficie lo cual implica cambios de posición o de situación, por ejemplo: el giro en la cama. Pueden ser de dos tipos:

- a. Activas: son aquellas que puede realizar el paciente por sí mis-



mo, bajo la supervisión de un profesional de enfermería. En ella se mueven tanto articulaciones como grupos musculares o zonas corporales. Para su realización pueden emplearse distintos dispositivos, tales como pesas, poleas, etc.

- b. Pasivas: en este caso las movilizaciones son realizadas por el profesional de enfermería en los distintos segmentos corporales. Se aplican en pacientes que no pueden realizar esfuerzo.

La transferencia: es el movimiento que se realiza de una superficie a otra. Conlleva más riesgo en su ejecución ya que implica un cambio de plano y de superficie de apoyo y porque existe un momento en el que paciente y profesional de enfermería se encuentran sin apoyo lo que puede dar lugar a una lesión más grave como es la caída accidental del paciente al suelo; de ahí la importancia de una adecuada adaptación del medio en que éstas tienen lugar.

Es importante resaltar que la inmovilización, a menudo terapéutica, es uno de los grandes inconvenientes que se encuentra en el paciente crítico. Los efectos de una inmovilización prolongada se pueden ver en todos los sistemas del organismo: atelectasias, infección respiratoria, embolias y trombosis, acidosis respiratoria, atrofia muscular, contracturas, estreñimiento, alteración nutricional, deshidratación, infecciones urinarias, etc.

Para limitar el efecto de esta inmovilización, se debe tener en cuenta:

- Incentivar la participación del paciente de sus actividades, en la medida de lo posible y si no está sedado.
- Realizar movilizaciones pasivas progresivas a fin de evitar el tiempo de reposo y conservar los músculos activos.
- Mantener al paciente en posición anatómica con las articulaciones en posición neutra para evitar disfunciones motoras posteriores.
- Planificar cambios posturales cada 2-3 horas, espaciándolos en el horario nocturno si suponen un trastorno para el descanso del

paciente.

- Programar ejercicios isométricos y reentrenamiento ortostático, a medida que el paciente presente mejorías.
- Realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria salvo contraindicación médica.
- Realizar movilizaciones, en paciente politraumatizado, sólo cuando sea estrictamente necesario y siempre manteniendo la alineación corporal con especial precaución del eje cabeza-cuello-tórax.
- Seguir las normas ergonómicas en toda movilización del paciente que ayuden a evitar lesiones a corto o largo plazo.

Posibles complicaciones del paciente crítico durante la higiene, cambios posturales y traslados intrahospitalarios

Entre las posibles complicaciones del paciente crítico durante la higiene, los traslados o los cambios posturales, se destacan las siguientes: desaturación, desadaptación del respirador (aumento de frecuencia respiratoria, disminución del volumen minuto, aumento de presión pico en vía aérea), hipotensión o hipertensión, bradicardia o taquicardia, arritmias cardíacas, aumento de la presión intracraneal (PIC), retirada accidental de sondas, drenajes, catéteres o tubos, hemorragia, parada cardiorrespiratoria, etc.

Ante cualquier signo de alarma se debe detener inmediatamente el procedimiento que se esté realizando sobre el paciente. Se debe solucionar el problema y no se reiniciará el mismo hasta conseguir de nuevo una situación de estabilidad hemodinámica.

También entre otros cuidados generales y básicos se enuncia:

Cuidados del entorno

En este sentido, se busca poner al paciente en las mejores condiciones ambientales posible para así favorecer su curación. Entre estos factores ambientales se tienen, por ejemplo:



- Evitar la humedad del espacio.
- Disminuir la cantidad de luz y de ruido, en la medida en que sea posible, para así favorecer el descanso.
- Intentar disminuir la cantidad de estímulos en general
- Renovar el aire, ventilando las estancias.

Recomendaciones sobre seguridad del paciente

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2019) define la Seguridad del paciente como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria y que no se vincula con la necesidad por la cual el paciente acude al Sistema de Salud. La seguridad del paciente es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

Por evento adverso (EA) se entiende como el resultado de una atención en salud que de manera no intencional ocasiona o produce un daño, el mismo puede ser previsible y no previsible. En líneas generales constituye un incidente desfavorable, un hecho inesperado, un percance terapéutico, una lesión iatrogénica u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociación directa con la atención médica, es decir, es la lesión relacionada con la asistencia sanitaria y no con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Además, incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico, tratamiento, cuidados, así como sistemas y equipamientos utilizados. Suelen ser leves o graves (cuando son graves y se asocian a la muerte reciben el nombre de Suceso Centinela). Se enuncian como los principales eventos adversos: a. Reacción adversa a medicamentos (RAM), b. Reacción alérgica a los alimentos (RAA), c. Las Infecciones nosocomiales (IN), Las Úlceras por presión (UPP) y las Dehiscencias de heridas quirúrgicas.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una de las áreas de elevado riesgo para que se produzcan eventos adversos, lo cual está determinado, por una serie de factores predisponentes, entre ellos:

- a. La gravedad de los pacientes que son atendidos
- b. Son los espacios del hospital en donde existe un mayor traslado de personal
- c. El número y variabilidad de medicamentos administrados
- d. La cantidad y la diversidad de las técnicas a las que los pacientes se somete
- e. La práctica de diversos procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos
- f. La elevada complejidad y gravedad en los procesos que se atienden
- g. El personal que trabaja en estas áreas está sometido a mucho estrés
- h. Las barreras de comunicación existentes, la cantidad y complejidad de la información recibida, etc.
- i. Es necesaria una comunicación estrecha y permanente en el tiempo, lo que en un sinnúmero ocasiones, no es posible por la complejidad de las relaciones interpersonales y el exceso de trabajo.
- j. En algunos centros hospitalarios se señala la existencia en la UCI de falta de experiencia y la escasez de enfermería especializada.

Los eventos más frecuentes en la UCI los efectos adversos más frecuentes, según diversos estudios llevados a cabo a nivel mundial son:

- a. Las infecciones nosocomiales
- b. Las úlceras por presión
- c. Errores en la prescripción, preparación y administración de medicamentos. Por error se entiende el acto de equivocación u omisión en la práctica que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso. Éstos pueden estar relacionados con: 1. La acción: Despiste u olvido. 2. La ejecución: Aplicación de pautas o

- conocimientos y 3. El incumplimiento o la transgresión de normas o procedimientos.
- d. Los eventos asociados a ventilación mecánica (principalmente la auto-extubación del enfermo)
 - e. Los eventos asociados a mecanismos de contención.

De la lectura de varios documentos se pueden realizar ciertas recomendaciones generales a fin de evitar eventos adversos en la UCI, la enumeración no es exhaustiva y determinante:

- a. Disponer de una adecuada estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos**, reduce de forma significativa el número de eventos adversos y facilita el trabajo del personal. Entre otras cosas la infraestructura adecuada puede contribuir a: disminuir la incidencia de los riesgos y errores, disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales, disminuir el estrés del paciente y por consiguiente el riesgo de agitación psicomotriz, mejorar los tiempos de actuación y coordinación del personal lo cual hace posible dedicarle un mayor tiempo a cada paciente, permite un mayor acompañamiento de los enfermos con la consiguiente satisfacción tanto del paciente como de sus familiares y se garantiza la dignidad, privacidad y respeto al paciente.
- b. Organización adecuada de la UCI.** Desde el punto de vista del personal contar con la estructura de cargos necesaria que garantice las actividades y tareas requeridas en el área. Entre otros: formación continuada del personal, incentivar los procesos investigativos, disponer de manuales, guías o protocolos de atención en UCI, etc. Garland A. (Garland, 2005), identificó los elementos estructurales y organizativos de la UCI para mejorar su seguridad, su eficacia, eficiencia y efectividad:
 - Estructuras cerradas de UCIS.
 - Presencia del intensivista las 24 horas.
 - Intensivista localizado por telemedicina.
 - La duración de los turnos de los médicos residentes debe ser inferiores a 80 horas a la semana, para disminuir la inci-

dencia de errores.

- Ampliar los servicios de cuidados intensivos a la evaluación del paciente en Urgencias, Planta y el seguimiento tras ser dado de alta.
- Creación de un equipo de ventilación mecánica con integración de fisioterapeuta respiratoria.
- Cobertura cruzada informatizada de los cambios de turno.
- Papel del Jefe de UCI (está demostrado que hay una mejor utilización de los recursos cuanto mayor es la implicación del responsable en la gestión cotidiana).
- Disponibilidad de unidades de cuidados intermedios (reducen la necesidad de admisión en la UCI y menor duración de la estancia).
- Participación del farmacéutico en los pases de visitas multidisciplinarios.
- Relación enfermera-paciente adecuada (mejores resultados cuanto mayor es la proporción de enfermeras tituladas y mayor número de horas de enfermera titulada por paciente).
- Facilitar información sobre costos a los médicos que ordenan pruebas complementarias (reducción de los costes con el suministro de información).
- Procesos destinados a identificación y control de las infecciones.
- Diseminación de los datos de desempeño clínico.
- Horas de visita de familiares.
- Cuidados paliativos y retirada de determinadas medidas y medicamentos innecesarios y costosos cuando se decida que el enfermo es no recuperable.
- Comunicación enfermera-médico y otros aspectos de la cultura de UCI.

- c. Sistematizar la Historia Clínica a fin de seguir la trayectoria sanitaria del paciente independientemente del área al que pertenezca** (su control por centro de salud, medicaciones que toma, pruebas que se le han realizado, etcétera), conocer sus posibilidades de recuperación y su calidad de vida previa y evitar la duplicidad de las pruebas diagnósticas. Con ello, se facilitaría conocer eventos adversos que pueda haber experimentado el paciente durante su deambular por la estructura de salud, a fin de evitar su repetición (Ej. reacciones adversas a medicamentos) y/o repetir de manera innecesaria pruebas no del todo inocuas por sus radiaciones ionizantes (Ej. TAC, contrastes yodados, gammagrafías, radiografías simples, etc.).
- d. Disminuir la incidencia de errores y efectos adversos por mala identificación del paciente.** Los problemas de identificación del paciente se asocian a errores en la medicación, transfusiones, realización de pruebas invasivas y no invasivas, procedimientos, etc. Lo cual favorece la aparición de eventos graves en el mismo. Los pacientes más susceptibles y vulnerables de sufrir una errónea identificación son en la mayoría de los casos enfermos con alteración de la comunicación, alteración del nivel de conciencia, dificultades para la colaboración en su proceso y alto grado de dependencia. La OMS recomienda las siguientes medidas para reducir la incidencia de errores y efectos adversos por mala identificación del paciente:
- Identificar los registros de electrocardiograma y tubos de muestras sanguíneas con marcadores indelebles y etiquetas adhesivas, respectivamente. Debiendo aparecer el nombre del paciente y el número de historia clínica con letra legible.
 - Utilizar sistemas de identificación de pacientes tipo pulsera con nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número único de historia de salud.
 - En caso de que el paciente tenga alguna alergia conocida se recomienda la utilización de un distintivo rojo alertando así al profesional sanitario de la existencia de un riesgo añadido

que debe consultar en la historia clínica.

- En pacientes que no aportan documentación y no es posible conocer la identidad, la identificación se realiza anotando “Desconocido” en el lugar del nombre, incluyendo sexo y número de historia.

e. Seguridad en la transferencia del paciente. La transferencia de pacientes es la comunicación entre profesionales de salud en la que se transmite información clínica de un paciente y se traspasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario, bien de forma temporal o bien de forma definitiva. La transferencia se ha identificado como un proceso de alto riesgo al que se somete al paciente en muchas ocasiones. Se relaciona con eventos centinela, con tratamientos inadecuados, interrupción de la calidad asistencial, etc. La metodología de transferencia del paciente denominado ISOBAR, comprende una serie de recomendaciones para la transferencia del enfermo, con la ambición de reducir a 0 el número de errores:

- La transferencia debe hacerse de manera estructurada y sistematizada, por ejemplo, utilizando la metodología ISOBAR. Al ser posible a la cabecera del paciente, favoreciendo la verificación por él mismo de los datos e información aportada.
- En caso de pacientes con alteraciones neurológicas o limitaciones cognitivas, la transferencia debería realizarse delante de un familiar o allegado.
- La transferencia debe realizarse en el área de críticos o muy próximo a ésta, en la que existan los recursos que aseguren la vigilancia del paciente y la atención emergente en caso de deterioro de su estado.
- La transferencia se debe realizar en un lugar en el que se pueda garantizar la intimidad del enfermo.
- La transmisión de forma verbal cara a cara favorece la información y, el registro documentado de la asistencia prestada, supone la herramienta para verificar y ampliar la información



transmitida. Si el registro es manuscrito debe ser legible y no se recomienda utilizar abreviaturas.

- El tiempo empleado en la transferencia debe ser suficiente e incluir la posibilidad de formular preguntas y contestarlas. Se aconseja aplicar técnicas de feed-back y read-black para garantizar la exactitud de la información transmitida.

f. Reforzar la importancia que tiene el lavado de sus manos y su implementación.

Partiendo del conocimiento de que el lavado de las manos es la piedra angular en la prevención de las infecciones nosocomiales y que éstas son el evento adverso más frecuente en la UCI, debe fomentarse el lavado de las manos, ya que son las manos del personal de salud el principal fómite para transmitir infecciones nosocomiales de un enfermo a otro. Por ello el profesional que trabaja en un hospital debe concienciarse de la importancia que tiene el lavado de sus manos antes de tocar a un paciente y después de hacerlo, debe también tener presente que el uso de guantes no elude la obligatoriedad del lavado de las manos y, que éstas deben lavarse durante el tiempo necesario, en función del producto que se utilice. Los antisépticos son sustancias con capacidad bactericida o bacteriostática, que, añadidos a sustancias con propiedades detergentes como jabones o geles, potencian la eliminación de la carga bacteriana resistente o transitoria de la piel de las manos del personal sanitario, entre ellos: clorhexidina, jabón de arrastre, yodo y yodóforos, compuestos de amonio triclosan, soluciones hidroalcohólicas. Existen una serie de normas a tener en cuenta en el lavado de las manos:

- Si no existe dispositivo de cierre del grifo con el pie o la rodilla, se usará papel de secado para cerrar los grifos.
- Se evitará el uso de agua caliente ya que favorece la dermatitis.
- En cuanto a las soluciones hidroalcohólicas, se revisará que el dispensador funcione correctamente, es decir que no se

atasca y que suministra el volumen adecuado de solución.

- Para la correcta antisepsia de las manos se usarán con las soluciones hidroalcohólicas 2 dispensaciones en la palma de la mano, se frotará bien por toda la superficie de la misma, durante 30 segundos y, se esperará a que se seque sola, cosa que ocurre en este lapso de tiempo.
- No se añadirán jabones o productos de higiene en los dispensadores parcialmente vacíos, ya que existe riesgo de contaminación.

g. Adecuado manejo de las vías centrales. Las vías centrales son casi una constante en los pacientes críticos, sin embargo, no deben colocarse si no son absolutamente necesarias. Se puede mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia mediante las siguientes medidas:

- Con un adecuado manejo y ubicación de las mismas para evitar trombosis y bacteriemias (se deben evitar las femorales siempre que sea posible).
- No retirando las vías centrales de forma rutinaria salvo que no se detecte otro foco de fiebre o persista tras comenzar tratamiento del foco de fiebre localizado. Sin embargo, se deben retirar si aparecen signos de trombosis.
- Valorar día a día cuando dejan de ser necesarias y retirarlas; ya que el riesgo de bacteriemia es más frecuente con una vía central que con una periférica.
- Poner la vía central con las luces que se supone serán necesarias: Si va a necesitar nutrición parenteral total es mejor optar inicialmente ya por una vía de 3 luces, si se piensa que ésta no va a ser necesaria se utilizará una vía de 2 luces.

En este mismo orden de ideas, señala un estudio publicado en el 2006 por Pronovost, Peter (Pronovost, y otros, 2006) es posible disminuir la incidencia de infección de las vías centrales y el riesgo consecuente de bacteriemia con un buen manejo. Esto redundará de forma notoria en

una disminución de las infecciones nosocomiales, en una reducción de la estancia media del enfermo en UCI y, en un menor costo de antibióticos de amplio espectro. Así como reduce el riesgo de endocarditis con sus consecuentes repercusiones. Pronovost, demostró que con las medidas que a continuación se refieren pueden disminuir la incidencia de bacteriemias a cifras cercanas a cero:

- Educación al profesional implicado en el procedimiento. En el programa de acogida de personal nuevo en cada Unidad se debe hacer un especial hincapié en estas medidas.
- Siempre que sea posible se canalizará la vena subclavia ya que es más cómoda para el paciente, tiene menor riesgo de trombosis y de contaminación e infección. Se evitará siempre que sea posible en los adultos la vía femoral.
- El rasurado de la piel se hará lo más cercano posible del momento de la canalización de la vía. Siendo preferible la depilación al rasurado, ya que éste aumenta el riesgo de infección.
- La desinfección de la piel se realizará con clorhexidina, por lo menos a una concentración mínima del 0,5% y siempre que sea posible al 2%.
- El médico que vaya a proceder a la colocación de la vía llevará bata, gorro, guantes y mascarilla. La enfermera y la auxiliar mascarilla y gorro si van a estar cerca pero no van a intervenir en el campo.
- Los apósitos a utilizar dependerán del tipo de enfermo: Si el paciente no suda mucho, se utilizarán apósitos transparentes, que reducen la carga de enfermería al no necesitar cambios hasta los 5-7 días y permite observar el punto de punción (estos apósitos deben evitarse en pieles que trasudan mucho o en enfermos con coagulopatías que sangran, ya que se despegan, aumentan el gasto y el riesgo de infección puesto que están levantados parte del tiempo y deben ser cambiados). Si la piel transpira mucho se utilizarán gasas, éstas se cambiarán cada 48 horas, salvo que estén manchadas.
- El cambio de apósitos no se hará diariamente salvo que estén

manchados ya que hacerlo aumenta el costo, la carga de enfermería y el riesgo de infección.

- El mantenimiento de la vía es igual o más importante que su colocación: Se manipulará con técnicas de esterilidad, se desinfectarán las desconexiones antes de utilizarse con alcohol al 70%.
- Las líneas de infusión sólo deben cambiarse cada 72-96 horas, poner una nueva línea cada vez que se ponga una perfusión o un nuevo medicamento es un costo innecesario, salvo circunstancias especiales que dejará reflejadas el facultativo. Se cambiarán, no obstante, cada 24 horas, en caso de que se utilicen para soluciones lipídicas (nutrición parenteral o propofol) o infusión de sangre y derivados.
- Cuando una vía no se vaya a utilizar se sellará y se heparinizará para que no se obstruya.
- Es fundamental que diariamente se valore la necesidad o no de seguir manteniendo la vía.
- Si en un hemocultivo se aísla estafilococo coagulasa negativo, no se tratará salvo que salgan positivos dos hemocultivos tomados de diferentes puntos o exista inestabilidad hemodinámica. Sobra con la retirada de la vía, en la mayor parte de los casos.

Reducción de la incidencia de neumonías nosocomiales. Existen una serie de medidas que reducen la incidencia de neumonía nosocomial y que deben ser implementadas como son:

1. Antes de la intubación:

- Educar a los trabajadores hospitalarios acerca de la neumonía nosocomial y los procedimientos de control de dichas complicaciones.
- Creación de un grupo de trabajo en la Unidad compuesto por médicos, enfermeras y auxiliares, encargados del control de las neumonías y la implementación de las medidas.
- Puesta en marcha y actualización de un protocolo para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.



- Revisar periódicamente la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, los organismos causantes y patrones de resistencia de tales microorganismos.
- Transmitir y explicar al personal que se incorpore a la Unidad, de las medidas encaminadas a la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

2. Durante el periodo de ventilación mecánica.

- Usar ventilación no invasiva cuando sea posible.
- Reducir al máximo la duración de la ventilación mecánica, haciendo retiradas de sedación diarias y utilizando escalas de sedación-analgésia en el paciente intubado, manteniendo grados de sedación bajos.
- Mantener al paciente en posición semisentada de 30 a 45°, salvo que exista contraindicación.
- Evitar sobredistensiones gástricas, revisando el débito de la sonda nasogástrica por turno y adaptando el ritmo de la nutrición enteral a ello.
- Evitar extubaciones no planeadas y reintubaciones.
- Retirar a los pacientes lo antes posible tubos endotraqueales, traqueostomías y sondas nasogástricas.
- El neumotapón debe tener una presión superior a 20 cm de H₂O.
- Durante la extubación o antes de recambiar un tubo endotraqueal debemos asegurarnos que no existen secreciones.

3. En el equipo y material.

- No se debe esterilizar o desinfectar de forma rutinaria el interior de los ventiladores.
- No reutilizar un equipo o accesorio que es utilizado para un solo uso.
- Usar agua estéril para llenar los humidificadores.
- Usar sólo líquidos estériles para las nebulizaciones.
- Si se utiliza sistema de succión abierto, usar catéter de un solo uso estéril.

- Si la sonda de aspiración se va a introducir en el tracto respiratorio inferior, usar únicamente solución estéril para remover las secreciones en la sonda de succión.
- Verificar de forma rutinaria la correcta colocación de la sonda nasogástrica.
- El uso de tubos de aspiración subglótica pueden contribuir a reducir la incidencia de neumonías en pacientes con intubaciones que se prolongan más de cuatro días, pero no está justificado el cambio de tubo por uno de aspiración subglótica. Su uso debería limitarse sólo a aquellos pacientes que son intubados dentro de la unidad

4. Medidas de higiene y protección.

- Usar guantes para manipular las secreciones respiratorias u objetos contaminados.
- Cambiarse de guantes y lavarse las manos entre pacientes y después de manipular a cada uno de ellos y, antes de tocar ningún objeto o superficie.
- Usar bata cuando se prevea que se va a manchar el uniforme de secreciones respiratorias y cambiarse cuando se haya terminado con el paciente.
- Lavado por turno de la boca del enfermo con clorhexidina.

i. Prevención de las úlceras de presión. *Las úlceras de presión* son evitables con una buena prevención y, en el caso de la UCI, siendo prácticamente imposible evitar en algunos enfermos su aparición, al menos si se podría evitar que evolucionen a estadios avanzados. Entre los factores de riesgo asociados a úlceras de presión, son, entre ellos: a. Inmovilidad. b. Fricción, c. Incontinencia, e. Estado nutricional deficiente. Entre las medidas o recomendaciones para la prevención se indican:

- Identificación temprana del paciente en riesgo para aplicar precozmente las medidas de prevención.
- Aplicación de alguna de las escalas validadas para llevar el control, la protocolización y la prevención de la evolución de las

úlceras a estadios más elevados: Norton, Braden, Emina, Warterlow o Cubbin-Jackson.

- Mantener un buen estado nutricional del enfermo. La dieta de estos enfermos debe garantizar: 30-35 Kcal/Kg/día; Proteínas (1,25-1,5 gr/kg/día) pudiendo ser necesarios hasta 2 gr/kg/día; Arginina; Vitamina C, A y B; Aporte hídrico de 1 cc de agua por Kcal día. En aquellos casos en que la dieta habitual no cubra las necesidades se administraran suplementos dietéticos.
- Para prevenir la aparición de las úlceras o en su defecto para impedir que una úlcera grado I siga progresando se realizaran las siguientes maniobras: Aliviar la presión de la zona afectada; Utilización de ácidos grasos hiperoxigenados para mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular.
- Los cambios posturales se harán cada 2 horas.

j. Intervenciones a fomentar para prevenir las caídas. Entre ellas se tienen:

- Comprobar que la barandilla de la cama está elevada.
- Verificar que el freno de la cama está puesto.
- Mantener la iluminación correcta por la noche.
- Asegurar que el timbre de llamada está a su alcance.
- Retirar todo el material que pueda incentivar las caídas.
- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo.
- Sentar al enfermo en un sillón apropiado.
- Aplicar medidas de sujeción si son precisas.
- Vigilancia por el personal de área.
- Asegurar al paciente antes de realizar ningún cambio de cama a camilla o a la inversa.

k. Correcta administración de los medicamentos. Es importante promover una correcta adecuación de las terapias medicamentosas para obtener una mayor eficacia, disminuir los factores asociados a errores en la administración de medicamentos y mejorar la calidad de los cuidados

prestados. Entre las recomendaciones para aumentar la seguridad en la administración de medicamentos se enumeran las siguientes:

- Antes de administrar cualquier tipo de medicamento se debe contrastar con el plan terapéutico pautado por el médico, comprobando el nombre del medicamento genérico y/o comercial, nombre del paciente, vía de administración, dosis y pauta posológica.
- Revisar las fechas de caducidad y comprobar que el producto se halle en perfectas condiciones de conservación. Si se observa cualquier característica anómala: falta de etiqueta, nombre ilegible, cambios de coloración, debe ser devuelto al Servicio de Farmacia.
- Comprobar la existencia de alergias conocidas. Y en caso de ser la primera vez que el producto es administrado estar en alerta, especialmente en casos de hipersensibilidad conocida.
- Recordar la importancia del conocimiento de los efectos de los medicamentos, vigilando la aparición de reacciones adversas, así como de los efectos esperados.
- Dar información al paciente y a su entorno para fomentar los auto-cuidados.
- Acuerde conjuntamente con el paciente la zona de administración más adecuada para ambos. Convenga las zonas de inserción de cánulas intravenosas, administración de medicamentos subcutáneos o intramusculares.
- No olvidar las normas correctas de administración de los medicamentos. Utilizar herramientas adecuadas para evitar errores en la preparación y administración de los éstos. No tener prisas. Administrar solo la medicación preparada por cada uno y de forma inmediata.
- Si se produce un error durante el registro por escrito no usar correctores, tacharlo con una sola línea y poner la palabra ERROR.

Cumplir con las reglas para administración segura de medicamentos:

- Administrar el medicamento correcto: Identificando el medicamento y comprobando la fecha de caducidad.
- Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento.
- Si existe alguna duda. No administrarlo y consultar.
- Desechar cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.
- Comprobar la identificación del paciente empleando, al menos, dos datos contrastables, entre los que debe estar el número de historia
- Administrar la dosis correcta y si le parece inadecuada comprobarlo de nuevo en las órdenes de prescripción y consultarlo con el facultativo.
- Asegurarse que la vía de administración es la correcta y si no aparece en la prescripción consultar.
- Prestar atención especial a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.
- Registrar y firmar lo antes posible la administración.
- Si por alguna razón no se administra, registrar en la Hoja de Evolución de Enfermería el motivo por el cual no se ha administrado y en las hojas de incidencia de monodosis.
- Cuando se administra un medicamento según necesidades anotar el motivo de la administración.
- No olvidar lo relativo a la responsabilidad legal.
- Informar e instruir al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo.
- Comprobar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.
- Investigar si el paciente padece alergias.
- Antes de preparar y administrar un medicamento lavarse cuidadosamente las manos.
- La prescripción original debe estar escrita y firmada por el médico prescriptor, perfectamente legible, debe constar el nombre

del paciente, el medicamento a administrar, la dosis, la vía de administración, el intervalo de administración y el tiempo de infusión.

- No administrar ningún medicamento que no cumpla los requisitos anteriores.
- Buscar en caso de que sea inyectable signos de decoloración o precipitación. Nunca administrar un medicamento que no parezca normal.
- Asegurarse sobre todo en las perfusiones el cálculo de la dosis. En caso de duda consulte.
- Rotular el frasco o jeringa de manera clara: nombre (preferentemente acompañado del número de historia clínica, en su defecto del número de habitación), vía y compuesto a administrar.
- En caso de que el fármaco se deba administrar en forma de perfusión también se anotará la hora de inicio.
- Es preferible en lo posible evitar las mezclas de medicamentos en el mismo envase.

I. Entre otras recomendaciones se indican:

- *Prevención del delirio*
- *Importancia de preservar el sueño en la seguridad del paciente*
- Mejorar las condiciones ambientales acústicas en las zonas de UCI tanto provenientes de los diseños arquitectónicos y de educación sanitaria.
- *Garantizar las condiciones adecuadas en la transfusión de hemoderivados*, previniendo complicaciones y actuando con rapidez ante las reacciones transfusionales.
- *Estandarizar los procedimientos de traslados intrahospitalario del paciente crítico.*

Medidas de seguridad para trabajar en UCI

La Guía Práctica de Enfermería para el paciente crítico (2da. Edición) de la Agencia Valenciana de Salud (Agencia Valenciana de Salud, 2017) y otros documentos contemplan una serie de medidas de seguridad

para trabajar en la UCI las cuales contribuyen a prevenir accidentes, entre ellas se enuncian en cuadro anexo las siguientes:

Tabla 3. Medidas de seguridad para trabajar en UCI.

TIPO DE MEDIDAS	DESCRIPCION
Medidas de seguridad eléctrica	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los aparatos de UCI • Leer los manuales de instrucciones de los equipos para estar al corriente cuándo debe usarse un aparato, cómo funciona y para qué sirve. • Los problemas y riesgos inherentes a un aparato específico, las precauciones necesarias para evitar problemas y cómo reconocer los fallos del instrumental. • Las relaciones psicológicas que se generan entre pacientes y aparatos capaces de generar miedo, ansiedad o una dependencia excesiva. • Apagar los equipos siempre antes de desenchufarlos. • Mantener apagado y desenchufado de la red los equipos o aparatos siempre que se proceda a su limpieza. • Desenchufar tirando del enchufe, no del cable. • Evitar mojar los cables eléctricos. • Revisar los cables detenidamente para detectar roturas que pueden pasar inadvertidas. • Enviar a revisar los aparatos que se hayan caído. • Mantener siempre las camas conectadas a los enchufes. • No usar alargaderas, pero si tienes que usarlas, no las tengas por el suelo. • No usar adaptadores. • Retirar enseguida todo cable o aparato defectuoso. • No mojar cables que porte el paciente. • Llama al electricista para que arregle los enchufes defectuosos y no utilizarlos hasta su reparación o sustitución. • Alejar los equipos eléctricos que no se usan de la cama del paciente.
Medidas de seguridad radiológica	<ul style="list-style-type: none"> • No quedarse en la habitación cuando se realiza una Rx. • Utilizar delantales plomados para poner un PM temporal. • Protegerse si es necesario que permanezcas con el paciente cuando se le va a realizar una radiografía. • Colocarse siempre detrás del aparato. • Avisar al Radiólogo si hay una embarazada en el box. • Alejarse del box en caso de estar embarazada mientras realizan las radiografías.
Medidas de seguridad respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Al desconectar del respirador aun paciente, no situarse delante de “chorros de aire” espirado por él. • Usar mascarilla para aspirar secreciones. • Si el paciente expectora, proporciónale una bolsa de plástico y pídele que tire sus esputos en ella.

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

Medidas de seguridad con enfermos agitados	<ul style="list-style-type: none">• No intentar sujetar tu sola (o) a un enfermo agitado.• No colocarse al alcance de sus pies.• Mantener la sujeción siempre y no soltar al paciente si estás sola (o).• No contradigas ni polemices con el paciente.• No meter el dedo en la boca ante un paciente con convulsiones.
Otras medidas	<ul style="list-style-type: none">• No realizar sobreesfuerzos• Adoptar posturas adecuadas para hacer esfuerzos• Vacunarse de la Hepatitis B, tétanos y gripe• Nunca encapsules agujas.• Limpiar rápidamente el material de urgencia utilizado: desfibrilador, laringoscopio, etc.• Limpiar inmediatamente las superficies que se contaminen con sangre u otros líquidos corporales.• Cumplir con las normas de bioseguridad lo cual provee de mayor nivel de protección al personal de salud, tales como utilizar el equipo de seguridad: los cuales constituyen todas las barreras primarias que debe disponer todo personal que labora en una institución sanitaria ya sea los dispositivos o aparatos que garanticen la seguridad, por ejemplo: batas o mandiles, guantes, mascarillas, gafas protectoras, etc.).• Para la prevención de sepsis El lavado de manos Utilizar equipos de protección personal Identificación y tratamiento específico a los pacientes considerados focos potenciales de riesgos de infección

Fuente: Elaboración propia

Atención de familiares en UCI

Como se expuesto a lo largo del texto, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) laboran una gran cantidad de profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc. Y de éstos, el personal de enfermería es quien permanece gran tiempo e interactúa con mayor frecuencia con el paciente y su familia, por tanto, son los más indicados para identificar de manera individual sus necesidades con el objetivo de satisfacerlas. Entre las necesidades cognitivas, emocionales y sociales más relevantes de la familia del paciente hospitalizado en esta área se identifican: poseer información honesta, veraz, oportuna, en términos comprensibles, sin falsas expectativas; creer que existe esperanza, confianza, empatía, disposición y respeto; tener proximidad, reglas claras, tranquilidad, y sentir que su ser querido recibe cuidados de alta calidad y sin restricciones.

Una gran cantidad de estudios afirman que el hecho de que las necesidades de los familiares sean reconocidas y satisfechas por los profesionales es beneficioso, tanto para los familiares como para los pacientes, por otro lado, que la familia contribuye de manera positiva en la recuperación del enfermo y, además, que al involucrar a las familias en los cuidados del paciente se disminuyen los niveles de ansiedad de ambos. Todo ello implica el reconocimiento de la importancia de establecer una relación terapéutica que incluya tanto al paciente como a su familia o allegados, lo cual se entiende como relación terapéutica paciente- enfermera- familia.

Para que los cuidados de enfermería en UCI se consideren de calidad es necesario averiguar cuáles son las necesidades reales de los familiares del paciente crítico, así como cuáles son prioritarias para ellos. Expresa Patricia Benner según cita Barreto, Sara Adrián (Barreto, 2017): “El cuidado del paciente crítico es incompleto si no aborda los problemas de sus familiares” ya que la familia se considera una “unidad básica”

Identificadas las necesidades como paso siguiente es necesaria la planificación de una serie de intervenciones enfermeras con el objetivo de satisfacerlas.

En resumen:

- El cuidado del paciente crítico se considera incompleto si no se acompaña del abordaje de los problemas no médicos de los familiares, relacionados a sus sentimientos de ansiedad, miedo, soledad.
- La enfermería intensivista debe cuidar tanto al paciente crítico y a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, lo que facilita la comprensión de las dificultades socio emocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, lo cual a su vez permite brindarles apoyo más decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan.)

- En situaciones de pérdida significativa, la labor del profesional de la salud, consiste en orientar de manera saludable el duelo, es decir, acompañar a la persona en duelo lo cual incluye al paciente terminal. Acompañar al familiar en el proceso de pérdida y duelo se manifiesta la comprensión del significado de la muerte y del sufrimiento que genera la ausencia del ser querido, en el proceso de despedida.

En este punto es importante destacar que una vez leído algunos documentos se resumen ciertos aspectos que son importantes señalar:

- Se reconoce que existe una gran cantidad de literatura nacional e internacional que coincide en la importancia y el deber de integrar a la familia de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos en los cuidados enfermeros.
- Que las investigaciones se centran en describir las necesidades que presentan las familias con pacientes ingresados en UCI y la importancia de satisfacerlas, pero es escasa la literatura que aborde la aplicación de las investigaciones en la práctica clínica.
- Muchos artículos tratan acerca de la urgencia de crear intervenciones basadas en la evidencia para proporcionar cuidados a los familiares con el fin de satisfacer sus necesidades.
- Que existe carencia de protocolo orientado a cómo tratar a los familiares de los pacientes ingresados en una UCI.
- Que las intervenciones de enfermería al paciente y familia en momentos críticos son todavía una asignatura pendiente.

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

BIBLIOGRAFÍA



- Agencia Valenciana de Salud. (2017). Obtenido de Guía Práctica de Enfermería para el paciente crítico (2da. Edición): https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2017/02/manual_criticos.pdf
- Aguilar García, C., & Martínez Torres, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica*, 31(3).
- Barreto, S. (2017). Obtenido de Atención de enfermería a las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5315/Atencion%20de%20enfermeria%20a%20las%20familias%20en%20las%20Unidades%20de%20Cuidados%20Intensivos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bellido Vallejo, J., Ríos Ángeles, A., & Fernández Salazar, S. (2010). Modelo de cuidados de Virginia Henderson. En J. Bellido Vallejo, & J. Lendínez Cobo, *Proceso enfermero desde el modelo de Cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (págs. 17-33). Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Bermejo, J. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria: Aproximación al concepto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Clavero Ballester, N., & Linares Gutiérrez, B. (2013). Obtenido de Equipamiento y aparataje en UCI: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/EQUIPAMIENTO%20Y%20APARATAJE%20EN%20LA%20UCI%20I.pdf
- Dávila, C. (1970). Obtenido de Unidades de cuidado intensivo en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11615/v69n1p50.pdf?sequence=1>
- García Cabanillas, M. (2009). *Atención al paciente crítico y cuidados paliativos*. Universidad de Cádiz.
- García de Lorenzo y Mateos, A. (2012). *Introducción a la medicina crítica y a la UCI para el estudiante de medicina*. Cátedra UAM-Abbott de Medicina Crítica .

- Garland, A. (2005). Improving the ICU: part 1. Chest, 127(6).
- Guevara, B., & Evies, A. (2007). Una Aproximación al Perfil de la Enfermera Intensivista. Revista Electrónica de Portales Médicos, Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería Valencia, Venezuela.
- Hospital General de Teruel Obispo Polanco. (2002). Obtenido de Presentación Unidad Enfermería de la UCI: <http://www.opolanco.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-UCI.pdf>
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2017). Obtenido de Breve historia de la medicina intensiva. El paciente crítico: <https://aprenderly.com/doc/3432615/breve-historia-de-la-medicina-intensiva>
- Martí, M. L., & Estrada de Ellis, S. (2000). La Enfermería en Cuidados Intensivos. Buenos Aires: Fundación Alberto J. Roemmers.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2005). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (4ª edición ed.). España. Madrid: Elsevier .
- Ministerio de sanidad y política social. (2009). Unidades de cuidados intensivos Estándares y recomendaciones (18 ed.). Madrid: Paseo del Prado.
- Navarro Arnedo, J., & Perales Pastor, R. (2012). Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. Hospital General Universitario de de Alicante. Enfermería Intensiva 1996, 7(2).
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Obtenido de Salud: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Obtenido de Seguridad del paciente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Pallarés i Martí, Á. (2003). El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera. Tesis Doctoral, Universidad Rovira I Virgili

- Perdomo Cruz, R. (1992). Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. Definición-Desarrollo Histórico-Utilización de sus Recursos. *Revista Médica Hondureña*, 60.
- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., & et al. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*, 355.
- Real Academia Española (RAE). (2020). Obtenido de Humanizar: <https://dle.rae.es/humanizar>
- Rodríguez Téllez, B., & Franco Granillo, J. (2015). Historia de la medicina crítica. *Anales Médicos*, 60(2).
- Santos Milanés, H., López Medina, O., & Santos Pérez, H. (2010). Obtenido de Nuevos conceptos en los diseños de las unidades de cuidados intensivos pediátricos: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/nuevos_conceptos_en_los_disenos_de_las_ucip.pdf
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva SATI. (2015). *Terapia intensiva (5a edición ed.)*. Editorial Panamericana.
- Takao Kaneko-Wada, F., Domínguez-Cherit, G., Colmenares-Vásquez, A., Santana-Martínez, P., Gutiérrez-Mejía, J., & Arroliga, A. (2015). El proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Punto de vista médico, tanatológico y legislativo. *Gaceta Médica de México*, 151.
- Talens Belén, F., & Casabona Martínez, I. (2013). Implementación de las técnicas en los cuidados de Enfermería: Un reto para la práctica clínica. *Index de Enfermería*, 22(2).

1ra Edición

Unidad de Cuidados Intensivos

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS



Publicado en Ecuador
Noviembre 2022

Edición realizada desde el mes de febrero del 2022 hasta
septiembre del año 2022, en los talleres Editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman; en
tipo fuente.