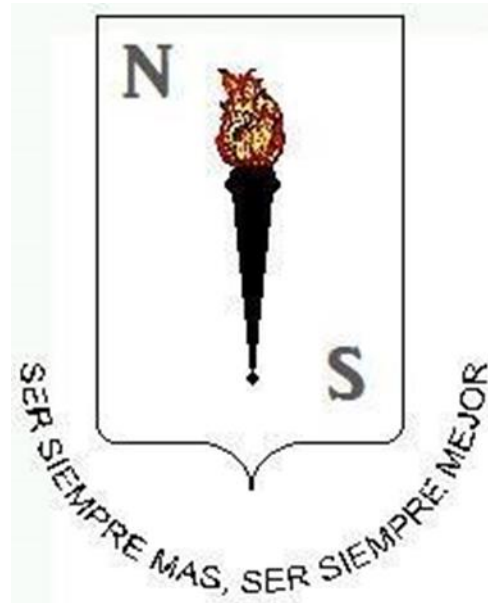


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EXPERIENCIAS VIVIDAS DE
PACIENTES SOBREVIVIENTES A TERAPIA INTENSIVA, EN LA
VISIÓN DE GABRIEL HERAS LA CALLE

PARA OBTENER EL TÍTULO:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARÍA ISABEL CORNEJO GALLEGOS

ASESORA DE TESIS:

LIC EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres María Carmen Gallegos Gutiérrez y Ángel Cornejo Ortiz, porque creyeron en mí me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, dándome las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento.

A la carrera en sí, que si bien tuve dificultades logré salir adelante.

Al amor de mi vida, por su paciencia y comprensión, porque preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio que me inspiraste a ser mejor, gracias por estar siempre a mi lado por la ayuda que me has brindado ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más tormentosas, siempre ayudándome. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo siempre fuiste una gran motivación ya me decías que lo lograría perfectamente. Me ayudaste hasta donde te era posible, incluso más que eso.

Al profesor Florentino Mediana Arriola por su paciencia, motivación y ayuda, en la realización de mi tesis.

A mis profesores que me dieron clases a lo largo de toda la carrera que, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico.

A mi padrino Abel Pedraza Pedraza, por siempre confiar en mí, que desde pequeñas me motivo a cumplir mis sueños a pesar de las adversidades que se me presentaron en la vida.

A mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser; gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. Gracias por creer en mí y gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día. No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

Amigas de la facultad, Janik, Fabiola, Guadalupe, Solache por las horas compartidas quemándonos las pestañas, repasando para comprender alguna materia que se nos dificultaba, estudiando para el próximo examen, o la siguiente exposición. Fueron un gran apoyo y sé que nos hemos ayudado mutuamente pero soy consciente de que sin tu compañía me hubiera sido más difícil concluir este reto.

A mis amigos, Mirasol, Monserrat, Laura, Julio, Josué, Juan, Alejandro, Gabriel. Por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de estos cuatro años que ha durado mi carrera a pesar de la distancia y de los caminos que tomamos diferentes, siempre me brindaron una palabra de aliento que me impulsaba para seguir adelante, dándome fuerzas para siempre ser una mejor estudiante, con palabras de aliento cuando las cosas iban mal, y motivándome para siempre dar lo mejor de mí y poder salir adelante.

A las personas que colaboraron en la elaboración del presente trabajo, sin ellas no hubiera sido posible la culminación del mismo.

DEDICATORIA

A mis padres

Ángel Cornejo Ortiz

María Carmen Gallegos Gutiérrez

Al final de esta etapa de mi vida no encuentro la forma de agradecer todo lo que han hecho por mí. Gracias por darme la vida, por enseñarme a amar a Dios, por su apoyo incondicional, por sus regaños, por sus sí y por sus no por enseñarme a luchar con razón, por su ejemplo amor y confianza. A ustedes que fueron testigos del camino andado para llegar hasta aquí, y porque sé que mi sueño era también el suyo también, sepan que su unión fue la fuerza que me impulso y su amor el estímulo que me ayudo a lograrlo. El logro hoy alcanzado es también de ustedes, resultado de sus esfuerzos, sacrificios y el tiempo invertido en mí, por lo que ha sido y será... Gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 VIDA Y OBRAS.....	3
2.2 INFLUENCIAS.....	20
2.3 HIPÓTESIS.....	20
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	21
2.6 OBJETIVOS.....	23
2.6.1 GENERAL.....	23
2.6.2 ESPECIFICO.....	23
2.7 MÉTODOS.....	24
2.7.1 CIENTÍFICO.....	24
2.7.2 INTERROGATIVO.....	24
2.8 VARIABLES.....	24
2.9 ENCUESTAS Y RESULTADOS.....	25
2.10 GRAFICADO.....	27
3. GENERALIDADES.....	27
3.1 CONCEPTOS.....	27
3.2 CARACTERÍSTICAS.....	28
3.3 CLASIFICACIÓN DISEÑO DE UNIDAD.....	35
3.5 CONSECUENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA.....	42
3.6 EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.....	44
3.7 FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA.....	45
3.8 LA TECNOLOGÍA EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA.....	51
4.-TRIAGE PARA ADMISIÓN A UCI.....	52
4.1 CRITERIOS DE INGRESO.....	52
4.2 MODELO DE DIAGNÓSTICO.....	54
4.3 MODELO DE PARÁMETROS OBJETIVOS.....	57
4.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	60
4.6 EXCEPCIONES DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	64
4.7 ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	66

5.-INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA	71
5.1 VENTILACIÓN MECÁNICA	72
5.2 OXIGENOTERAPIA.....	73
5.3 ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL	74
5.4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	76
5.5 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES PULMONARES EN PACIENTES INTUBADOS	77
5.6 REALIZAR DESFIBRILACIÓN Y CARDIOVERSIÓN	80
5.7 CUIDADO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL	82
5.8 DRENAJES QUIRÚRGICOS.	83
5.9 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES	84
5.10 ULCERAS POR PRESIÓN	87
5.11 HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO.....	89
5.12 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.....	92
5.13 CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA.....	93
5.14 REALIZAR MORTAJA	95
6. EVENTOS ADVERSO EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA.....	97
6.1 CONCEPTOS DE CALIDAD EN SALUD	97
6.2 ÉTICA Y PROFESIÓN	98
6.3CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL EVENTO ADVERSO.....	99
6.3.1 ERROR, ERRAR	99
6.4 EL EVENTO ADVERSO	103
6.5 CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS	104
6.5.1EVENTO ADVERSO MEDICAMENTOSO.....	105
6.6 CAUSAS DE LA APARICION DE EVENTOS ADVERSOS.....	107
6.6.1 MODELO DEL QUESO SUIZO.....	107
6.6.2 INCIDENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS.....	109
6.7 EVENTOS ADVERSOS Y ENFERMERÍA	110
6.8 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA APARICIÓN / EJECUCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UCI.....	111
7.- SECUELAS PSICOLÓGICAS E IMPACTO EMOCIONAL TRAS EL ALTA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	112
7.1 TRASTORNOS CEREBRALES LUEGO DE INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA.....	112
7.2 ALTERACIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS SUFRIDAS POR LOS PACIENTES DURANTE EL INGRESO	114

7.3 SÍNDROME DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	118
7.4 FACTORES ESTRESANTES PARA LA FAMILIA.....	119
7.5 ALTERACIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS MÁS FRECUENTES TRAS EL ALTA, SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS	120
7.6 RECUERDOS DEL INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	122
7.7 FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS EL ALTA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	124
7.8 INTERVENCIONES DESTINADAS A LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DE SECUELAS EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS	126
7.9 INTERVENCIONES DESTINADAS A LA PREVENCIÓN DIARIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	127
7.10 INTERVENCIONES AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	129
7.11 HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS.....	131
8. VIVENCIAS DE PACIENTES SOBREVIVIENTES A LA TERAPIA INTENSIVA	133
8.1 EXPERIENCIA DE MONICA	133
8.2 EXPERIENCIA DE MARIANA	135
8.3 EXPERIENCIA DE DINORA JUDITH MARTÍNEZ PINEDA	137
8.4 EXPERIENCIA DE ORALIA AVILÉS	139
8.5 EXPERIENCIA DE FRANCISCO RAFAEL GÓMEZ ECHEVERRÍA	141
8.6 EXPERIENCIA DE ROSENDA LEMUS JARAMILLO.....	143
8.7 EXPERIENCIA DE ARTURO GÓMEZ PAREDES.....	144
8.8 EXPERIENCIA DE FRANCISCO SÁNCHEZ ROJO	145
8.9 EXPERIENCIA DE REYMUNDO ROJO GONZÁLEZ.....	146
8.10 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES SOBREVIVIENTES	147
9 CONCLUSIÓN	149
10 BIBLIOGRAFIA.....	150
10.1 BÁSICA.....	150
10.2 COMPLEMENTARIA	157
11 GLOSARIO.....	162

1. INTRODUCCIÓN

La terapia intensiva es un unidad médica en la cual se llevan a cabo cuidados intensivos de salud, los cuales están destinados a dar soporte vital a personas en estado crítico .

La mayoría de los centros hospitalarios cuentan con unidades de terapia intensiva, estas con conocidas como UTI, existen unidades especiales dedicadas al cuidado de los recién nacidos, los llamados UTIN (unidad de terapia intensiva neonatal).

Estas unidades dan ingreso a personas con una grave afectación de su salud, que ameritan el uso de equipos o aparatos especiales para mantener o monitorear alguna función vital como la respiración.

También se ingresan pacientes con quemaduras extensas de la piel o politraumatismos, personas que han sufrido un infarto cardíaco, infecciones graves con o sin sepsis, daño neurológico extenso, intoxicaciones o personas en estado de coma.

Estas unidades también dan soporte en el postoperatorio inmediato de cirugías complejas como las cerebrales y algunas abdominales, ortopédicas u oncológicas, en especial en pacientes con estado de salud previo deteriorado.

Los pacientes que son manejados en cuidados intensivos por lo general se mantienen en sedación. Muchos de ellos ameritan estar conectados a equipos de ventilación mecánica, monitores cardíacos, monitores de presión venosa central, bombas de infusión de medicamentos, nutrición parenteral total, entre otros.

En estas unidades los pacientes cuentan con un equipo de profesionales de la salud altamente especializada disponible de forma permanente. Esto permite un diagnóstico y manejo rápido y oportuno de eventos y complicaciones.

En estas unidades existe un equipo de trabajadores de la salud altamente especializados. Los médicos que laboran aquí son intensivistas, muchos de ellos son anestesiólogos o internistas con una especialización en medicina crítica.

Otros miembros del equipo son el personal de enfermería, también es altamente calificado y los fisioterapeutas que además de las movilizaciones intervienen en procedimientos como la fisioterapia respiratoria.

Este personal labora cumpliendo turnos diurnos y nocturnos rotativos que permitan una atención continua de 24 horas.

Muchas veces el ingreso a estas unidades es asociado con un estado de salud terminal. Esto no es del todo cierto.

Un paciente que amerita estos cuidados no necesariamente va a morir. Todo lo contrario, estas unidades brindan el soporte para mantener la vida hasta que se restablezca la salud o hasta que se establezca una determinada condición, tras lo cual la persona pasa a una unidad de cuidados intermedios o a la hospitalización general hasta que pueda ser dado de alta del hospital.

El presente trabajo dará una explicación acerca de la historia de terapia intensiva y como ha estado evolucionado a lo largo de los años, el proceso de ingreso del paciente las causas, que pueden llevar a un paciente a estar en una estancia de terapia intensiva, como se decide si ingresar o no el paciente, todo el proceso que debe de hacer los familiares y el personal médico para él, los documentos legales que se deben de llenar, y ya estando en la unidad de terapia intensiva, todo el proceso de conexión a la ventilación mecánica, los cuidados de enfermería en el catéter venoso central, brindar soluciones y nutrición parenteral.

Posibles causas y consecuencias que van a enfrentar los pacientes después de haber saliendo de terapia intensiva, y si tiene que tomar alguna terapia para poder recobrar su vida normal, además de brindar los cuidados de enfermería necesarios, para el momento que lo requiera el paciente, por ejemplo en el área de terapia, o los cuidados posteriores.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRAS

Elaboro el Proyecto Internacional para la Humanización de los Cuidados Intensivos: Proyecto HU-CI Madrid Experiencia Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva Director del Comité de Humanización Creador de Proyecto HU-CI febrero de 2014 - Present Madrid y alrededores internacionales.

El Proyecto de investigación HU-CI (Humanizando los cuidados intensivos) nace de la necesidad de mejorar. De comprender que los cuidados intensivos están formados por mucha gente (pacientes, familias y profesionales) y que toda ella es igual de importante. Es hora de pararse a pensar y mirar 360 °. Se trata de hacer una visión integral de la situación actual para entre todos, mejorar la atención de las UCI de todo el mundo para pacientes, familias y profesionales. En el momento de crisis actual, es necesario analizar los puntos débiles para realizar las mejoras correspondientes y volver a motivar a los profesionales de la salud, personas vocacionales que corremos el riesgo de perder la ilusión porque la Medicina y la Enfermería que tenemos no es la que habíamos soñado.

Desarrollo de TICS (técnicas de información y comunicación aplicado al ámbito de la salud) SEMICYUC Webmaster y redes sociales febrero de 2012 - julio de 2013 (1 año 6 meses) Hospital Universitario Infanta Leonor F.E.A Medicina Intensiva marzo de 2008 - octubre de 2012 (4 años 8 meses) Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva Hospital de Son Llàtzer F.E.A Medicina Intensiva mayo de 2009 - mayo de 2011 (2 años 1 mes) Médico adjunto del Servicio de Medicina Intensiva y miembro de la Unidad Multidisciplinar de Sepsis (UMS) Hospital Madrid Torreldones F.E.A Medicina Intensiva agosto de 2007 - mayo de 2009 (1 año 10 meses) Torreldones Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario Fundación Alcorcón F.E.A Medicina Intensiva octubre de 2008 - marzo de 2009 (6 meses) Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva hospital universitario la paz F.E.A Medicina Intensiva junio de 2007 - octubre de 2007 (5 meses) Médico adjunto del Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario

Severo Ochoa Médico Interno Residente en Medicina Intensiva Page 2 of 3 junio de 2002 - junio de 2007 (5 años 1 mes) Educación Universidad de Alcalá Licenciado en Medicina y Cirugía - (1995 - 2001) Colegio San Buenaventura. En sólo 8 meses de andadura Proyecto HU-CI ha sido galardonado con el Premio a las Mejores Ideas de la Sanidad 2014 de Diario Médico en la iniciativa Legal, Ética y Deontológica.

Y este es sólo el principio de lo que Gabriel Heras siente, piensa y vive como su proyecto de vida y su aportación a la medicina.

Este es el testimonio más cercano y personal de un médico que un buen día se quitó la bata, le dio una patada a ese pedestal con el que jamás se sintió identificado, y se sentó a pie de cama a escuchar a sus pacientes y a ejercer la medicina tal como él la entiende; con Alma.

Gabriel Heras abre su blog diciéndonos que “El arma más poderosa en la tierra es el alma humana en llamas”. LA SUYA, BRILLA CON LUZ PROPIA.

- ¿Cómo están orientadas las Unidades de Cuidados Intensivos actualmente en España?

La especialidad de cuidados intensivos es joven, tiene realmente 40 años y así tampoco existe prácticamente en todo el mundo. Me refiero a la formación específica durante 5 años: en España, en Suiza y en Australia invertimos un tiempo similar. El resto de los países tienen gente que se forma en intensivos pero que viene de otras especialidades como anestesia, cardiología, neumología, medicina interna. Deciden que les gusta el trabajo de intensivos y entonces hacen un curso puente de uno o dos años y con eso pueden ejercer como médicos intensivistas.

- ¿Cuál es la dinámica de una UCI?

Los Cuidados Intensivos es una especialidad que lo que hace es soportar la vida del paciente mientras encontramos qué es lo que le pasa, y hasta que conseguimos resolver la patología que lo ha tenido ahí con el objetivo de devolver al paciente a su situación previa.

Esto es importante y una cosa que hay que cambiar, porque ése es un objetivo marcado inicialmente en la especialidad probablemente hace 30 o 40 años. Lo importante es el proceso además del resultado y ahora somos conscientes de que los pacientes muchas veces, de hecho, gracias a nuestros cuidados o por nuestros

cuidados, quedan con por ejemplo con poli neuropatía del paciente crítico, sufren neumonías asociadas a la ventilación mecánica o con secuelas psicológicas al alta de UCI. O sea, pasar por la UCI no suele ser gratuito. Es como tomar una medicación que tiene sus cosas buenas y sus efectos secundarios, tú te tomas una aspirina y se te va el dolor de cabeza, pero te puede dar una úlcera.

Antes no caíamos en este concepto y ahora cada vez hay más patología asociada a los propios cuidados.

- ¿Están mejorando las actuaciones?

Sin duda. Se están creando programas de detección y de medicina preventiva como pueden ser los proyectos de “Bacteriemia Zero” para intentar que los catéteres de los pacientes no se infecten. “Resistencia Zero” para que evitar la resistencia a los antibióticos por el sobre uso. “Neumonía Zero” para intentar que los pacientes estén cuanto menos tiempo en ventilación mecánica y con una serie de medidas que eviten mejor la infección. Al final tendríamos que aprender de Oriente, donde la Medicina busca evitar la enfermedad y promocionar la salud en todos sus ámbitos. Esa es la mejor medida para ahorrar dinero.

La especialidad es joven, somos jóvenes y estamos cambiando con los tiempos, pero, hay gente que no cambia.

- ¿A qué te refieres?

Esto es como en todos los ámbitos, cuando tú estás en un espacio a gusto y con una situación controlada y de poder pues cuesta hacer cambios, cuesta mucho.

Mi mujer, Elena, siempre dice: “es que vosotros los intensivistas os creéis los más listos del hospital” y sí que es verdad que muchos médicos piensan de esta manera... porque muchas veces ingresamos gente que se ha puesto más enferma porque alguien no ha detectado su enfermedad. Como estamos los últimos en la cadena y vemos la concatenación de posibles fallos diagnósticos, o lo que sea, claro, desde la barrera es muy fácil, cuando ya sabes el final de la película, ya sabes de qué va la historia.

Aquí todo el mundo se cree que “el más tonto hace relojes de madera” Y para nada, somos personas absolutamente normales. Que sí que es verdad que vivíamos en un castillo y ahora hay una serie de personas que lo que intentamos hacer es tirar

los muros del castillo y construir puentes de ida y vuelta para aprender del resto de la gente y para que también la gente pueda aprender de nosotros.

- ¿Cómo es el día a día en una UCI?

Pues normalmente hay una serie de pacientes ingresados en la UCI, hay un equipo de médicos, enfermeras y auxiliares y repartimos los pacientes para su valoración. Eso es muy fácil, si hay 15 pacientes y hay 4 médicos, pues hacemos la cuenta y repartimos la carga de trabajo. Y luego el que está de guardia normalmente lleva la busca y atiende las llamadas de fuera de la UCI, posibles ingresos, etc.

Concretamente en Torrejón estamos uno de guardia para 16 camas, reforzado con otra persona de tarde que se queda hasta las diez de la noche. El equipo de enfermería tiene un equipo /paciente de 1-3 o 1-4 que está bastante justo, y auxiliares hay un par de ellas por turno.

En Inglaterra por ejemplo las ratios de enfermería son 1-1, o sea, un paciente-una enfermera. Esto sale a colación porque hace poco lancé la campaña “UCI sin sujeciones” y hubo mucho debate porque claro, en los sitios donde no hay personal ¿la gente que hace? Pues sobre pasa a los pacientes, y los ata con la excusa lógica de que no se entuben.

Había gente que decía, “claro en Inglaterra con una ratio 1:1, es que así...”. Yo pregunto ¿Cuál es el problema entonces, que tienes poco personal? Pues entonces lo que hay que atacar es que tienes poco personal, porque además estás incurriendo en un conflicto probablemente legal porque atar a un paciente tiene sus implicaciones legales. Una cosa es una sujeción mecánica, una contención utilizada por un psiquiatra para un paciente que está en riesgo de autolesionarse y otra cosa es que cuando venga un paciente de quirófano se le pongan sujeciones sistemáticamente porque no tienes tiempo de estar con él.

- Además del estrés añadido que supone para el paciente.

Sí, se aprovecha un poco ese momento en que el paciente está medio dormido, “entre los vivos y los muertos”, recuperándose de la anestesia, despertándose. Y en el momento en que ya está más consciente se prueba si respira, y si respira se le quita el tubo y se le desata.

Vamos a ver, el sistema hace que tus prácticas no sean las correctas y eso es así; si tú tuvieras un ratio correcto lo harías bien. Y esto son cosas que queman a la gente. Todo el personal sanitario somos gente vocacional y además somos muy agradecidos y con poquito que nos cuiden.

¡Si a nosotros nos encanta nuestra profesión! Lo que nos gustaría es ejercer con las mejores medidas técnicas, económicas por supuesto, como a todo el mundo, y estar tranquilos trabajando.

- La evidencia científica demuestra además que una ratio inadecuada enfermera-paciente incide directamente en los índices de mortalidad.

Sin duda, hay muchísimos artículos que así lo avalan. Parece lógico, cualquiera con sentido común lo entiende sin tener que presentarle los artículos. Pero parece ser que los que gestionan no quieren verlo. Y hay que seguir denunciando este hecho. ¿Quién cuida al cuidador? Tendremos que hacerlo nosotros mismos.

- ¿Qué propones para que los profesionales recuperen la ilusión?

Párate y piensa ¿Por qué elegiste esta profesión? Es una pregunta que yo le hago a la gente cuando me dicen: “Es que el gerente no sé qué, es que nos están machacando”. Yo suelo contestar: “Un momento ¿Tú por qué elegiste hacer esto? porque tu querías ¿no? Y tú pensabas que la medicina, la enfermería o la psicología eran una cosa y de repente te has encontrado metido en un sistema haciendo una cosa que no es lo que tú querías. Y eso ¿De quién es responsabilidad? ¿Del gerente o tuya? Porque tú en tu día a día no le ves la cara al gerente, aunque te pague poco. Tú en tu día a día podrás hacer algo por cambiar tu situación, depende de ti. “

Ahora bien, que puedes estar mosqueado porque te pagan poco o por lo que sea, perfecto, pero ¿solo nos vale el incentivo económico o hay que buscar otros valores añadidos? A Elena, mi mujer, ahora en su hospital le pagan poco, pero ella quiere ser matrona, a ella lo que le hace feliz es ser matrona, y ha dejado otro trabajo en un Centro de Atención Primaria para ser matrona, ese es su valor añadido.

- Claro, los intangibles que dan valor añadido.

Y además, un recado para todos estos señores que mandan. Nosotros tenemos una cosa que ellos no tienen, y es que nosotros sabemos hacer este trabajo, entonces:

Empodérate, date valor, que lo que tú haces es muy difícil y es precioso y vívelo. Nadie te ha obligado a estudiar 4 o 3 años de enfermería, 6 años de medicina, el MIR y 5 años de especialidad. ¿Qué has elegido ser? Profesional de la salud y cuidar a la gente, pues muévete, o sea movilízate para hacer lo que tú quieras en las mejores condiciones posibles. Dentro de que las condiciones sean adversas, pero hay cosas que dependen de ti.

Y que tus vayas con una sonrisa todos los días a trabajar, eso depende de ti. Y que tú te pares a escuchar al paciente depende de ti. Si te apetece, claro. Lo que pasa es que tenemos la costumbre de “balón fuera”, sistemático, “balón fuera”, la culpa es de otro: “Es que es el sistema... Es que son los políticos”. Bueno, que ya somos mayores, vamos a comportarnos como tal. No podemos estar siempre echando balones fuera.

- Además del estrés añadido que supone para el paciente.

Sí, se aprovecha un poco ese momento en que el paciente está medio dormido, “entre los vivos y los muertos”, recuperándose de la anestesia, despertándose. Y en el momento en que ya está más consciente se prueba si respira, y si respira se le quita el tubo y se le desata.

Vamos a ver, el sistema hace que tus prácticas no sean las correctas y eso es así; si tú tuvieras un rato correcto lo harías bien. Y esto son cosas que queman a la gente. Todo el personal sanitario somos gente vocacional y además somos muy agradecidos y con poquito que nos cuiden...

¡Si a nosotros nos encanta nuestra profesión! Lo que nos gustaría es ejercer con las mejores medidas técnicas, económicas por supuesto, como a todo el mundo, y estar tranquilos trabajando.

- La evidencia científica demuestra además que una ratio inadecuada enfermera-paciente incide directamente en los índices de mortalidad.

Sin duda, hay muchísimos artículos que así lo avalan. Parece lógico, cualquiera con sentido común lo entiende sin tener que presentarle los artículos. Pero parece ser que los que gestionan no quieren verlo. Y hay que seguir denunciando este hecho. ¿Quién cuida al cuidador? Tendremos que hacerlo nosotros mismos.

- ¿Qué propones para que los profesionales recuperen la ilusión?

Párate y piensa ¿Por qué elegiste esta profesión? Es una pregunta que yo le hago a la gente cuando me dicen: “Es que el gerente no sé qué, es que nos están machacando”. Yo suelo contestar: “Un momento ¿Tú por qué elegiste hacer esto? porque tú querías ¿no? Y tú pensabas que la medicina, la enfermería o la psicología eran una cosa y de repente te has encontrado metido en un sistema haciendo una cosa que no es lo que tú querías. Y eso ¿De quién es responsabilidad? ¿Del gerente o tuya? Porque tú en tu día a día no le ves la cara al gerente, aunque te pague poco. Tú en tu día a día podrás hacer algo por cambiar tu situación, depende de ti. “

Ahora bien, que puedes estar mosqueado porque te pagan poco o por lo que sea, perfecto, pero ¿solo nos vale el incentivo económico o hay que buscar otros valores añadidos? A Elena, mi mujer, ahora en su hospital le pagan poco, pero ella quiere ser matrona, a ella lo que le hace feliz es ser matrona, y ha dejado otro trabajo en un Centro de Atención Primaria para ser matrona, ese es su valor añadido.

- Claro, los intangibles que dan valor añadido.

Un recado para todos estos señores que mandan. Nosotros tenemos una cosa que ellos no tienen, y es que nosotros sabemos hacer este trabajo, entonces:

Empodérate, date valor, que lo que tú haces es muy difícil y es precioso y vívelo. Nadie te ha obligado a estudiar 4 o 3 años de enfermería, 6 años de medicina, el MIR y 5 años de especialidad.

¿Qué has elegido ser? Profesional de la salud y cuidar a la gente, pues muévete, o sea movílízate para hacer lo que tú quieras en las mejores condiciones posibles. Dentro de que las condiciones sean adversas, pero hay cosas que dependen de ti. Y que tus vayas con una sonrisa todos los días a trabajar, eso depende de ti. Y que tú te pares a escuchar al paciente depende de ti. Si te apetece, claro. Lo que pasa es que tenemos la costumbre de “balón fuera”, sistemático, “balón fuera”, la culpa es de otro: “Es que es el sistema.” Es que son los políticos”. Bueno, que ya somos mayores, vamos a comportarnos como tal. No podemos estar siempre echando balones fuera.

- Tenemos que tomar las riendas y aprender a sentirnos cómodos con esa responsabilidad.

Robín Youngson, un anestesiista de Nueva Zelanda, fundó la asociación “Hearts in Healthcare” y tuvo una idea buenísima hace poco: Todo el mundo conoce a gente en su día a día que pasa de todos los problemas, que va feliz, con una sonrisa, que nunca se enfada, que se siente realizada, que está tranquila.

Robin pensó: pues que cuenten como lo hacen.

Hacemos un libro, y lo publicamos gratis. Y que sea gente de todas partes del mundo para que el resto de la gente que está quemada vea que es posible.

- Y esa actitud se contagia y tiene poder creador.

Hay gente a tu lado que irradia, que vibra en otra energía y que encima, ¡les va bien! Y la verdad es que el poder que tienen ahora mismo las redes sociales y la comunicación, nos hace conocer mucha gente que vibramos en la misma sintonía y que parece que nos conocemos de toda la vida. Es lo mismo que a mí me ha pasado contigo, ¡si hay gente con la que no tienes que dar explicaciones! Y encima hay buen rollo. Desde febrero que empecé con el blog yo no sé la cantidad de gente que he conocido y es alucinante porque parece que nos conocemos desde siempre.

- Dices que es hora de parar, de revisar qué estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo. Que es hora de repensar los cuidados que necesitan las personas, las familias y el equipo de profesionales de la salud. Eso es muy revolucionario.

Eso parece revolucionario en España ahora, porque si buceas un poco por el mundo en general, hay instituciones que llevan más de treinta años. Antes de nombrar todos los contactos internacionales, es necesario señalar la Comisión de Humanización del Hospital San Juan de Dios de Alicante. Mucha gente no tiene ni idea de que existe, pero lo cierto es que en España fueron pioneros en los años 80 y aún siguen existiendo como tal, organizando sus reuniones y un sinfín de actividades con una constancia y humildad encomiables. El propio Robin Youngson con “Hearts in Healthcare” lleva casi treinta años en Nueva Zelanda hablando de esto, de que hay que rehumanizar la medicina, no sólo los intensivos si no la medicina en general.

“The Arnold P. Gold Fundación” de Nueva York, que publicó un post mío en septiembre, lleva 29 años hablando del trato humanizado. “The Beryl Institute” de

Texas, exactamente lo mismo. El “Family centered intensive care” de los holandeses hace poco también ganaron un premio por su iniciativa, pues ya llevan unos cuantos años hablando de eso. Algo está moviéndose en el mundo y una de dos, o entras al trapo o te quedas fuera. O escuchas o te quedas fuera. Creo que cada vez hay más gente que se está dando cuenta.

Mira. El 70% de la gente busca por internet qué es lo que tiene y cuando le das un diagnóstico de su patología, lo busca. Entonces eso está muy bien, pero puede ser peligroso. Ojo donde busques. Ojo la fuente que consultas. Los profesionales sanitarios tenemos la responsabilidad de ayudar a la gente a estar bien informada y a consultar fuentes fiables.

- Esa actitud mantenida en el tiempo

Bueno, yo creo que el cuerpo es muy sabio y cuando te tienes que parar, te para, si no te has parado. Y a mí esto me ha pasado.

Nada es casual. Tú biografía, tu pasado, y cómo te has relacionado tú con el resto de la gente durante todos los tiempos influye directamente en tu situación actual.

Parar y mirar atrás te ayuda a comprender cómo eres y quién eres. Entonces, la única manera desde mi punto de vista de generar cambios es comprendiendo. Cuando tu comprendes las cosas puedes evitar cometer ciertos errores, puedes decir, “vale ahora ya se lo que quiero”.

- ¿Qué ocurrió cuando te paraste?

Que acabé extenuado. Siendo paciente, como paciente y con paciencia he podido comprender muchas cosas. Una crisis es una oportunidad de cambio, y si tienes paciencia para aguantar el temporal, cambias.

El 90% de la gente deprimida nunca pide ayuda: uno se da al alcohol, otro se da a las drogas para no escuchar, otro se suicida, son decisiones. Y yo creo que lo más difícil ahí es tener paciencia, darte tiempo.

Los profesionales del paciente crítico vivimos en constante urgencia y encima ahora con las tecnologías todo es inmediato. Antes te dejaban un mensaje en el buzón, una carta y tú veías si contestabas. Y ahora con el teléfono, el Facebook y todo este rollo... ¡Ojo! Que va a haber muchas enfermedades porque hemos perdido este

concepto de que no hace falta ir a toda prisa por la vida, y soy el primero que me incluyo.

Pararse lo tenemos etiquetado como “no hacer nada”, como algo peyorativo. “Es que no estoy haciendo nada”. ¿Cómo que no estás haciendo nada? ¡Descansar! A mí esto me pasaba, jamás me acostaba después de una guardia de 24 horas porque pensaba “es que no vivo” y me ponía a hacer recados, a hacer las cosas de la casa, y ahora he aprendido que es tan importante o más descansar que trabajar.

- Tomaste consciencia y conseguiste romper con la inercia.

También me ha costado aceptarlo porque yo soy una persona tremendamente cuidadora, y de tanto cuidar me descuidé yo y esta ha sido mi situación de crisis.

Una etapa muy, muy dura, y si a eso le sumas que uno tiene su familia, un trabajo súper estresante, que todo el mundo demanda atención, y que no descansas porque vas corriendo de un lado a otro para intentar atender a todo el mundo, y llegó un día en que dije: “necesito ayuda, no puedo más, me estoy volviendo tarumba”. Le decía a mi mujer: “yo ya no sé hacer nada, ya no quiero hacer nada, me voy a ir a vivir al campo, a comprarme unas vacas y que nadie me moleste. Quiero estar tranquilo”.

- ¿Qué te ayudó a reencontrarte contigo mismo?

Varias cosas. Pararme a mirar los árboles y ver como se movían. Hay un libro que me ha cambiado la vida, “El poder del ahora” y “Practicando el poder del ahora” de Eckhart Tolle. Y Tolle dice:

“Cuando no sepas que hacer y estés desesperado mira la naturaleza”. Y mí me ha ayudado; y no es una pastilla ni un antidepresivo.

Y supe buscar ayuda profesional, que eso también es una cosa muy revolucionaria. Un médico siempre está bien y nunca necesita ayuda. Yo cada vez estoy leyendo más artículos de otros profesionales exitosos de la Medicina que hacen públicas sus depresiones; de hecho, la historia de Eckhart Tolle fue precisamente esa, era un tío hiperactivo que tuvo una depresión mayor y supo escuchar y está ayudando a la gente con su experiencia. Deja de cargar con tu pasado, deja de estar agobiado porque el 80% de las cosas que pasarán en el futuro nunca pasan. Siempre estamos con él “y si y si “y luego nunca pasa nada. No tengas miedo.

- ¿Qué aprendiste siendo paciente?

Ser paciente me ayudó mucho, soy mucho mejor médico desde que he sentido la crisis absoluta porque ahora me paro a escucharme yo y eso también me permite pararme a escuchar a la gente y recuperar el amor por la medicina. A mucha gente que trabaja conmigo, y a los residentes cuando los tenía en Mallorca le decía “Para y piensa. Para y piensa que son 3 minutos” y escucha. Sobre todo, en una situación de estrés, concéntrate. Y ahí sale la resiliencia. Luego ya te temblaran las piernas, pero ahora tú, piensa.

- Fruto de ese viaje interior y del deseo de cambiar un sistema que está obsoleto nace Proyecto HU-CI. Resiliencia pura.

Nuestro proyecto empieza en Torrejón, en nuestro hospital, porque pensamos “esto hay que mejorarlo” ¿Qué hay que hacer? Escuchar, lo primero es escuchar que es lo que quiere la gente.

- ¿Cómo reaccionaron tus compañeros a tu iniciativa?

Muchos intensivistas y gente además con criterio y conocida del mundo de intensivos me dicen:

” Es que a mí el término humanizar no me gusta. ¿Qué pasa, que antes no humanizábamos?” Y otros decían “Pero ¿qué vas a poner ahí? Cuidado que estás representando a una sociedad científica.”

Y yo digo hay que estudiar, hay que leerse la literatura. Claro que humanizábamos, nuestras profesiones son el paradigma de lo que es el cuidado al ser humano, pero igual que se investiga si hay que transfundir al paciente con 7 gr/dl de hemoglobina, o se investiga sobre el uso de los antibióticos, o si la presión del respirador tiene que estar en 30 cm de agua para evitar el distres pulmonar. Pues vamos a estudiar si podemos tratar mejor a los pacientes, igual podemos ver si está bien que estén sin ser informados, o lejos de su familia, o si eso interfiere en nuestro día a día o como lo vamos a manejar, porque no tenemos habilidades para manejar el trato con las familias.

Me preguntan también “¿Cómo vas a cambiar la realidad con esto?”

Pues publicando, haciendo investigación, para que quede constancia, para que quede por escrito como pensamos que hay que hacer las cosas y luego lo difundimos.

Presenté el proyecto a los premios de investigación de la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (ESICM) y el objetivo que yo proponía era hacer una guía de práctica clínica del trato humanizado. Ni pasamos el primer corte, quizás era demasiado pronto, acabábamos de empezar. Pero eso no ha hecho que tiremos la toalla, todo lo contrario.

Lo seguiré defendiendo en todos los ámbitos, lo que pasa es que en estas cosas es muy difícil encontrar evidencia. Tú dices, por ejemplo: evidencia 1 A, tienes que hablar con la familia e informar en un despacho, y alguien te puede decir es que en mi uci si siquiera hay despachos para informar.

Entonces, lo hemos retomado para hacer una serie de recomendaciones de expertos. Por ahí vamos a atomizar el proyecto en vez de hacer una guía de práctica clínica. Hemos detectado a través de la interacción con la gente 9 acciones de cambio, vamos a ir una por, a una. Revisaremos la literatura existente y trabajaremos una por una cada una de estas iniciativas y haremos publicaciones. Como en el proyecto hay mucha gente y cada vez más, cada uno podrá investigar en lo que quiera. Si yo tuviera que “apostar mi dinero al póker” apostaría como primera medida en modificar la comunicación. Hay muchas denuncias porque nos faltan habilidades formativas en comunicación.

- ¿Cuáles son las acciones de cambio que propones?
 1. Comunicación: información a pacientes/familias y entre los profesionales.
 2. Burn- out de los profesionales.
 3. Horarios de visita-UCI de Puertas abiertas-flexibilización horarios-presencia, satisfacción y participación y familiar en los cuidados.
 4. Narrativa en UCI (pacientes y familiares): recuperar la historia clínica.
 5. Medicina Integrativa: incluir musicoterapia, actividades, fisioterapia, etc.
 6. Mejoras arquitectónicas en UCI.
 7. Secuelas postUCI: psicológicas, depresión, manejo del dolor.
 8. Habilidades formativas: resiliencia, trabajo en equipo, relación de ayuda (counselling), empatía, escucha.
 9. Manejo de situaciones terminales: “Código muerte”, limitación soporte vital, cuidados paliativos.

- En un entorno tan hermético y tecnificado como es una UCI tus propuestas son realmente ¡La revolución! Algunas de ellas abren la puerta a otra forma de entender la salud, la enfermedad y el proceso de sanar.

Hay que generar alternativas, porque lo que tenemos no es suficiente. El desarrollo tecnológico en las UCI ha sido brutal, y hemos conseguido disminuir la mortalidad a cifras record gracias a este progreso, y esto es maravilloso. Ahora bien, creo que es el momento de que las personas recuperen el lugar natural que les corresponde. Soy amante de la tecnología, pero esta debe estar siempre al servicio de la gente. Y luego hay otro tema: en mi humilde opinión, no todo se explica por el Método Científico. Hay una parte que reside en el subconsciente, en lo emocional, en lo espiritual, que a los médicos parece no habernos importado demasiado, quizás porque no se ajusta a lo que viene en los libros.

¿Por qué unos pacientes van mejor que otros con las supuestas mismas patologías? Pues porque ni son las mismas patologías, ni son las mismas personas. La expresión de la enfermedad en un ser humano es absolutamente entrópica: creemos saber por estadística, y porque estudiamos, qué le ocurrirá al paciente, pero desde luego desconocemos mucho porque siempre intentamos buscar una explicación reproducible. Ahí está la vuelta de tuerca que yo propongo: abramos los sentidos, escuchemos, miremos a las personas desde otros ángulos, con más corazón; entendamos la perfecta comunión del cuerpo y del alma en cada uno de nosotros y busquemos el porqué de las enfermedades atendiendo a la biografía de las personas.

- Crear realidad y generar evidencia para afianzar el cambio.

Yo sé que si hacemos ciencia, que es de lo que se trata, ganamos años. Porque, como te decía antes, igual que nadie discute que en el síndrome de distres respiratorio hay que ventilar con tal presión en el respirador, si hacemos un documento sobre cómo hay que tratar a la gente, los profesionales ya no podrá mirar a otro lado. Y si tú lo publicas en una revista de impacto...ya es la leche.

Pues bueno, lo publicamos en una revista de impacto y luego lo publicamos en el blog y lo hacemos universal porque la potencia que tiene el blog es que llega a todo el mundo, que no hace falta ser médico, no hace falta ser enfermero, no hace falta

ser sanitario. Es un punto de encuentro donde todo el mundo si quiere decir algo, lo dice. Y una de las cosas que me gusta cuando alguien me dice algo del blog es “no tengo ni idea de medicina y se entiende todo”. Claro, si es que no hay que ser médico. En cambio mucha gente dice: “Es que eso de los blogs es para la gente que tiene mucho tiempo libre”, y lo dicen porque no alcanzan a comprender la potencia que tiene ahora mismo esto en comunicación. Ahora mismo el blog de Proyecto HU-CI es líder de opinión en Medicina Intensiva no solo a nivel nacional, también internacional. Y es líder de opinión porque usamos ciencia.

Todos los días cuando publico un post siempre intento comentar un artículo científico. No mira, es que “esto”, lo han dicho “estos” y encima les cito, y publicito su hospital. Entonces ese ego que hay en la Medicina está satisfecho en el blog porque la gente se siente reconocida. Y siente que su trabajo sirve.

Mucha gente me pregunta cómo me da tiempo de publicar un post todos los días. Pues con mucho esfuerzo y trabajo. Y si pudiera publicar dos lo haría, ¡con toda la conciencia que hay que generar!

Yo creo que no, porque cuando escribo no sé qué tecla le va a resonar a la gente. Entonces igual a ti un post no te gusta, que me parece bien porque el tema no te interese, y ni lo lees. Pero igual el del día siguiente sí que te gusta.

Es muy sorprendente porque a veces que escribo un post que digo, esto es lo mejor que he escrito y no lo lee ni Dios. Y hay otros que dices, porque cada día me mandan más colaboraciones, y yo digo bueno esto a mí no me llama, y triunfan.

- ¿Cómo formaste el equipo?

Hice el equipo leyendo la literatura. Así de sencillo, al final no hay tanta gente que se preocupe en los cuidados intensivos de estas cosas, y la inmensa mayoría de gente que se preocupa de estas cosas son enfermeros.

El primer contacto que hice fue con Concha Zaforteza y con todo mi morro la llamé por teléfono a la Universidad de las Illes Balears y le dije: “Concha, me gusta tu trabajo y estoy haciendo esto ¿Te subes al carro?” Y bueno Concha flipaba, me decía: “ostras yo que estoy en la universidad, que un clínico, médico venga a invitarme a un proyecto me parece..., pues eso: ¡la revolución!”.

Y luego fue Lola Escudero de la UCI del Hospital Universitario Central de Asturias, una jefa de servicio que había publicado un artículo que se llama “Por una uci de puertas abiertas”. De José Manuel Velasco de Málaga me enamoré en una charla suya sobre la apertura de las UCI a M^a Sol Holanda del Hospital de Valdecilla porque había hecho justo el mismo trabajo que nosotros sobre las encuestas de satisfacción, sin que ninguno lo supiéramos.

Y claro, si te paras a leer la literatura no somos tantos. Entonces a todo el mundo le digo: “te quiero en mi equipo”, entre otras cosas porque yo no soy investigador. A mí me gusta, pero yo nunca he hecho investigación. Y en este equipo cada uno va a tener unas habilidades, unos “súper poderes”. Somos un “Súper Equipo”, y lo que tenemos que hacer es poner al servicio del equipo las habilidades que tenga cada uno.

Entonces, en el equipo hay gente muy potente en metodología de la investigación, pues eso lo hacen ellos. Hay gente que es experta en comunicación, se encargan de eso. Hay un enfermero que es informático, pues da soporte informático. Y yo no sé que soy. Quizás el que prende la llama, sin más.

- Yo diría que estás incendiando la red...

El proyecto es una mezcla loca de gente muy brillante y con mucha ilusión. Hay tres jefes de servicios de Medicina Intensiva de España, se ha ido uniendo gente, 3 coordinadores de grupos de trabajo de la SEMICYUC. Hay una enfermera de Chile, Verónica Rojas, un médico intensivista de Uruguay, el brillante Nicolás y está Kathy Torpie, que es una psicóloga de Nueva Zelanda, ex paciente de UCI y cuyo video ha dado la vuelta al mundo y ha penetrado en España y Latinoamérica gracias a Proyecto HU-CI. Si conseguimos hacer rodar esto... Fíjate que en 8 meses nos han dado el premio a la mejor idea 2014 de Diario Médico y ¡justo ahora acabamos de publicar el primer artículo! : “HU-CI se escribe con H de HUMANO”.

El proyecto de lo que trata es de tender puentes, y mi ilusión sería que fuéramos todos a una a nivel mundial. Abrí mi cuenta de LinkedIn con el blog, aunque es una red social que no me gusta mucho. No la abrí como médico intensivista si no como

bloguero y tengo que decir que ha sido una de las redes que más ha ayudado al blog.

Yo veía que desde la mitad del mapa hacia Sudamérica entraba mucha gente, pero de España para el otro lado nadie. Y ahora veo las estadísticas del blog y me quedo alucinado. Entran al blog desde Estados Unidos (el segundo país que más entra) China, Canadá, Australia, Países Bajos, Rusia, Ucrania, Arabia, Canadá... El único continente que no entra es África. Es muy difícil acceder a África. Yo estuve en Ghana cooperando un mes, y el cambio cultural es impresionante, la gente no tiene la herramienta integrada todavía igual que el resto de los países.

- ¿Y Sudamérica?

Sudamérica adora el blog: Argentina, México, Colombia, Bolivia, Chile, Uruguay.

Y luego cada vez hay más profesionales que me mandan cosas para publicar, incluso ha habido países que me han dicho que querían hacer un Proyecto HU-CI Uruguay, un Proyecto HU-CI Argentina y he dicho que no. Hacemos lo que queramos, pero todos juntos. Si ahora hacemos un estudio metacéntrico que estamos preparando para el burnout, lo lanzamos desde aquí y todos juntos a una porque lo que nos da potencia es estar todos juntos. Estamos en un tiempo de atomización autonómica y justo el Proyecto HU-CI es todo lo contrario.

Todos estamos hechos de la misma materia. Hablo con bastante frecuencia por Skype con Kathy Torpie de Nueva Zelanda y sentimos las cosas como si estuviera hablando contigo ahora mismo y está en la otra parte del planeta. Vamos a darle valor a eso. Da igual que uno esté en Chile o que Nicolás que está en el proyecto esté en Uruguay y me dice “hay que empezar aquí ya porque si en España estamos mal pues no veas allí como están”.

Mucha gente tiene prisa, pero tranquilos, que esto es un proyecto de vida, esto no es una maratón. Aquí lo que hay que saber es que estamos ahí y seguir estando.

- Visitas diarias, comentarios, participación, ahí está el pulso del blog.

Yo creo que la gente está un poco abrumada, en el blog hay unos 550 comentarios. Al principio la gente comentaba mucho, de hecho, hubo un pico de subida al principio había unas 15.000 visitas y ahora unas 7 u 8 mil visitas. En el último mes volvemos a las 13.000, espero que siga así.

En cambio, el blog inglés va como un tiro, ahora tiene 40.000 visitas y al principio no entraba ni Dios. Para mí tiene mucho más mérito haber penetrado en el mundo anglosajón. En España casi que se da por hecho que la gente, aunque sea por curiosidad pica y ahora pues cada vez hay más comentarios de gente de Estados Unidos. ¿Cómo va a evolucionar proyecto HU-CI? A mí me gusta imaginar el Proyecto como la Fundación HU-CI de los pacientes, familiares y profesionales para la investigación y humanización de los cuidados intensivos.

- Proyecto HU-CI es la primera piedra de esa Fundación, estoy convencida de ello. Las Sociedades Científicas te apoyan. Ojalá llegue también una inyección económica que ayude a convertirlo en realidad.

Obviamente para eso necesitamos financiación, y estamos dándole vueltas al tema. Creo sinceramente que esta idea es un fenómeno social, desde que empezó. Poco a poco cada vez hay más gente convencida de esto. Probablemente es hora de contactar con grandes empresas para que a través de sus departamentos de Marketing o de Responsabilidad Social Corporativa, consigamos fondos para desarrollar al máximo Proyecto HU-CI.

Pero también creo que a través del crowdfunding o del teaming, o sea, de la gente que sigue el blog, los profesionales del paciente crítico, las familias y los pacientes, podemos ir sumando granos de arena. Al final lograremos ser un oasis en el desierto, y seguiremos creciendo. El éxito del proyecto depende de todos, y para que sea sostenible cada uno ha de aportar lo que pueda, de forma libre y sincera.

- ¿Te gustaría añadir algo más?

Pues sí, me gustaría invitar a todos a asistir a las Próximas Jornadas de Humanización que tendrán lugar en mayo de 2015 en el Hospital Universitario de Torrejón y que organizaremos de forma conjunta con el Centro de Humanización de la Salud, toda una referencia y un equipo humano al que admiramos profundamente. Y que nos animemos entre todos a seguir. Hay que buscar soluciones imaginativas y alternativas a lo que tenemos. Hay mucho que hacer, y al final somos lo que hacemos para cambiar lo que somos, como diría Eduardo Galeano.

Y darte las gracias especialmente a ti, Elena Lorente por querer conocer Proyecto HU-CI y darnos a conocer de una manera tan profunda. Haciendo un juego de palabras, en este proyecto cabe gente “De tots els colors”.

2.2 INFLUENCIAS

Le hicieron esta pregunta

¿Por qué elegiste la especialidad de Medicina Intensiva?

Es una excelente pregunta para empezar. Tuve la suerte de recibir una beca de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) para ir a Bolivia en el año 2000. Mi labor era ser profesor de primeros auxilios en la Universidad Evangélica Boliviana de Santa Cruz de la Sierra. Como tenía tiempo libre, me presenté en los hospitales de la ciudad y me abrieron sus puertas. En el Hospital Universitario Japonés conocí a un médico residente, el Dr. Alex Castello, que me enseñó la UCI y los pacientes que tenían ingresados. Sigo recordando aquel día como si fuese ahora mismo. La Medicina Intensiva es magia pura, vivimos día a día en la fina línea de la vida y la muerte, y eso la convierte en una Especialidad durísima y maravillosa. Pues bien, la Medicina Intensiva en Bolivia era en 2000 un auténtico drama: si a los pacientes se les acababa el dinero, se les daba el alta y muchos de ellos fallecían; incluso muchos ni entraban porque pertenecían a familias de muy escasos recursos. No se podían establecer agravios comparativos. Aquello me dejó marcado para siempre, y me hizo entender que la vida no vale igual según donde estés y la suerte que tengas.

2.3 HIPÓTESIS

Que las enfermeras que se encuentran en el servicio de terapia intensiva tengan trato digno y con amabilidad a los pacientes y se den cuenta que los pacientes, aunque estén inconscientes se les debe de decir todos los procedimientos que se les realiza y deben de tratarlo con amabilidad. Ya que son personas que sienten y escuchan, aunque muchas veces se piense que no, se ha preguntado a diversos pacientes que es lo que sienten cuando están en la terapia intensiva, y muchos

dicen que escuchan todo, y perciben todos los sentimientos de las enfermeras y familiares, y muchas veces ha visto cosas un tanto extrañas.

2.4 JUSTIFICACIÓN

Este proyecto se hablará de la medicina intensiva o de cuidados intensivos atiende aquellos pacientes cuya enfermedad pone en peligro su vida de forma real o potencial y son susceptibles de recuperarse; estos enfermos necesitan ser atendidos en áreas de asistencia específicas como son las Unidad de terapia intensiva, que constituyen el escalón más avanzado de un esquema gradual de atención al paciente. Actualmente se tiende a iniciar los cuidados intensivos donde surge el problema patológico por medio de las UCI móviles.

El personal de enfermería recién llegado a una UCI (enfermeras y alumnos), se enfrenta por primera vez al tratamiento de pacientes en estado crítico y se da cuenta, rápidamente, de que cuida a enfermos graves e inestables, que les exigen estar en alerta constante y ser capaces de observar y responder con celeridad a cambios en su estado. No es extraño pues que, comenzar a trabajar en una UCI, produzca ansiedad, miedo, etc. Según la bibliografía consultada, esto se puede deber a falta de conocimientos y destreza en las técnicas, desconocimiento de la organización propia del servicio y de las patologías propias de los pacientes. No debemos esperar pues, que el personal de nueva incorporación tenga habilidades propias de la unidad, sobre todo en relación a procedimientos invasivos o que requieran de un período de entrenamiento; posiblemente la enseñanza del cuidado del paciente crítico deba alejarse de la docencia clásica para avanzar en una educación continuada y dirigida.

Por tanto, se hace necesario disponer de guías prácticas en las que, tras su lectura, los diplomados universitarios en enfermería, al incorporarse a los servicios de pacientes críticos, obtengan la información que les permita un saber hacer y estar en la práctica diaria, una pérdida del miedo escénico y un dónde buscar y encontrar. Guías prácticas que, unidas al plan de acogida para nuevos profesionales que funciona en muchas unidades, facilitarían la incorporación de éstos.

En la actualidad, se considera al ordenador una excelente herramienta para apoyar el trabajo de los profesionales de la salud. La informática, instaurada como herramienta de trabajo imprescindible en casi todos los órdenes laborales, puede y debe ser incorporada y utilizada por enfermería para el desarrollo de sus funciones propias: asistencial, administrativa, docente e investigadora, obteniendo así las ventajas que se derivan de su uso.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde mi práctica cotidiana en el servicio de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) a diario se observó hechos de la práctica profesional que se los puede calificar de rutinarios ya que, se limitan a acciones desarticuladas, segmentadas y otras prescritas desde la medicina. Dentro de ellas se enumeran las siguientes: al ingreso de cada turno de trabajo posterior al pase de guardia, deviene el control de signos vitales (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria) que se continúa cada dos horas. Seguidamente se administra la medicación (ampollas, comprimidos, grageas, geles, pomadas, etc.) en los diferentes horarios según la indicación médica y por la vía que está oportunamente indicada (vía oral, oftálmica, intramuscular, endovenosa, nasal, intradérmica, subcutánea) también se lleva a cabo la higiene de los pacientes generalmente en el turno mañana. En los otros turnos lo realizan sólo si la situación lo requiere y si el paciente no puede realizarlo por sus propios medios. Con el armado o acondicionado de la unidad del paciente se tiene la misma modalidad. Durante el resto de la jornada las actividades de la enfermera giran en función a: el control y/o instalación de Venoclisis, control de drenajes en sus diferentes modalidades, el cambio de soluciones para hidratación parenteral, la administración de oxígeno, colocación y/o cambio de sondas naso gástricas, vesicales etc.; el control y valoración de diuresis, catarsis, ingresos y egresos hídricos, la curación de heridas quirúrgicas, y/o traumatismos varios, de escaras simples siempre que estas no revistan mayor complejidad, colocación y/o cambio de bolsas para colostomía, aspiración de secreciones del tracto respiratorio cuando la situación lo requiere. Se valoran las secreciones de los pacientes (orina, heces, hemesis, etc.) y se registra

oportunamente. La movilización de los pacientes, así como la rotación para la prevención de escaras también forman parte del accionar de las enfermeras.

La relación enfermero – paciente (REP) se circunscribe a la interacción en los diferentes procedimientos que el profesional debe ejecutar; lo que consiste en saludos y en ocasiones en información del procedimiento que se va a realizar, que en reiteradas oportunidades no se comunica o se realiza de modo parcial o ambiguo.

“la enfermería, basada en las ciencias humanas, se centra en el ser humano como unidad vital y en su participación cualitativa en las experiencias de salud” y que “la práctica de la enfermería está orientada a iluminar y movilizar las relaciones familiares en virtud del significado dado a la salud y a sus posibilidades como lenguaje en los esquemas creados de relación”.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

El objetivo general del trabajo consiste en conocer mediante un estudio descriptivo, transversal y prospectivo cuáles son las técnicas, procedimientos y cuidados del paciente en terapia intensiva para brindar un cuidado integral, y humanizar al personal de salud para proporcionar buen trato para ayudar al paciente, a su recuperación y conocer el punto de vista del paciente sobre su experiencia en terapia intensiva.

2.6.2 ESPECIFICO

- Investigar las intervenciones de enfermería en terapia intensiva para que el personal de salud conozca y las pueda llevar a cabo de la mejor manera su práctica.
- Proporcionar información de alas enfermeras sobre los cuidados a los pacientes en terapia intensiva y proporcionar confianza para realizarlos, para proporcionar una mejor estancia hospitalaria.

- Brindar información al personal de enfermería sobre los cuidados que se le deben de realizar y el momento específico en los pacientes críticos en la terapia intensiva.
- Conocer el significado de las experiencias vividas en una unidad de cuidado intensivo.

2.7 MÉTODOS

El método que utilizare en mi tema de investigación será el cualitativo, descriptivo, con enfoque científico porque realizare diferentes investigaciones con base científica para conocer los cuidados e intervenciones de enfermería además de realizar entrevistas a pacientes entre 22 y 75 años que estuvieron hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo con diagnóstico distintos, pero en la misma situación de gravedad. Como estrategia de investigación, se utilizará el método de Gabriel Heras la Calle siguiendo cada uno de los pasos sugeridos y guardando el rigor ético correspondiente.

2.7.1 CIENTÍFICO

Me basare en el método científico, para conocer las normas, planes de cuidado y todo lo necesario para poder desarrollar mi tema.

2.7.2 INTERROGATIVO

Me preguntare todos los posibles adversidades de los pacientes ingresados a el área de terapia intensiva, además se sus mismas interrogantes al momento de egresar de la misma área.

2.8 VARIABLES

A mayor conocimiento científico del personal de enfermería menor incidentes en el área de terapia intensiva.

A mayor capacitación de personal de enfermería mayor enfermeras capaces de resolver problemas espontáneos que puedan suceder.

A mayor interés en satisfacer las necesidades básicas de los pacientes inconscientes menor índice de mortalidad.

A mayor índice de Habilidades comunicativas entre el personal que labora en el área de terapia intensiva menor errores al realizar las indicaciones médicas.

A mayor uso de la tecnología en el personal de enfermería menor incidentes por falta del uso de las tecnologías.

2.9 ENCUESTAS Y RESULTADOS

Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud

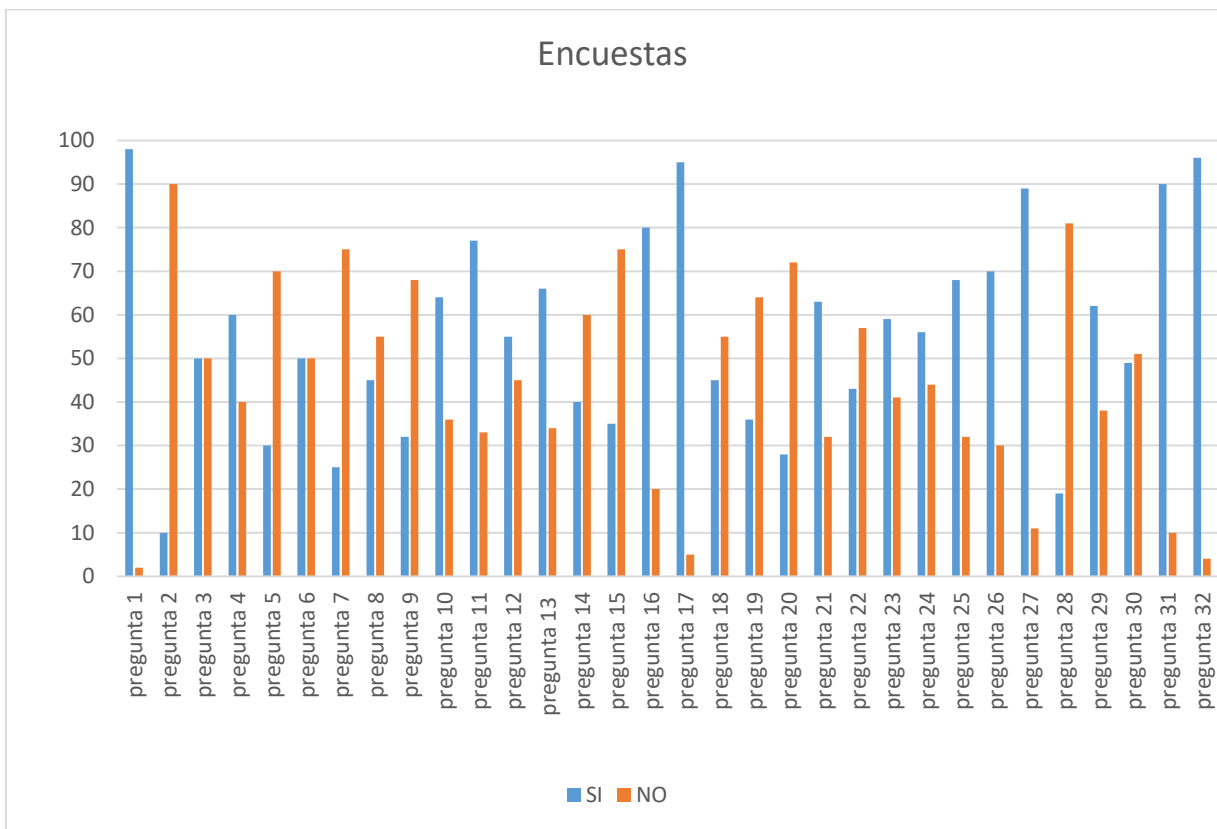
Encuesta dirigida al personal de salud acerca del tema intervenciones de enfermería y experiencias vividas de pacientes sobre vivientes de terapia intensiva.

Interrogantes	Si	No
1.- ¿Conoce la unidad de terapia intensiva?	98%	2%
2.- ¿A oído hablar de la historia de terapia intensiva?	10%	90%
3.- ¿Sabe las características estructurales de una habitación de terapia intensiva?	50%	50%
4.- ¿Conoce el espacio que debe de haber entre cada paciente?	60%	40%
5.- ¿Se da cuenta con que servicios del hospital debe de tener conexiones el área de terapia intensiva?	30%	70%
6.- ¿Ha recibido orientación el material y equipo que debe de haber en el área de terapia intensiva?	50%	50%
7.- ¿Conoce las funciones de enfermería en la unidad de terapia intensiva?	25%	75%
8.- ¿Domina las tareas asistenciales de terapia intensiva?	45%	55%
9.- ¿Sabe el uso de los aparatos electrónicos utilizados en terapia intensiva?	32%	68%
10.- ¿Conoce el Triage de admisión a terapia intensiva?	64%	36%
11.- ¿Domina cuáles son los criterios de ingreso a terapia intensiva?	77%	33

12.- ¿Ha visto el consentimiento informado de ingreso a terapia intensiva?	55%	45%
13.- ¿Conoce las funciones del consentimiento informado de ingreso a terapia intensiva?	66%	34%
14.- ¿conoce las excepciones del conocimiento informado?	40%	60%
15.- ¿Ha recibido orientación de los aspectos bioéticos en la atención de terapia intensiva?	35%	75%
16.- ¿Tiene conocimiento pleno del cómo se realiza la ventilación mecánica?	80%	20%
17.- ¿Conoce cómo se realiza la aspiración de secreciones pulmonares en pacientes entubados?	95%	5%
18.- ¿Posee amplio conocimiento sobre la administración de la nutrición enteral por sonda?	45%	55%
19.- ¿Sabe realizar la desfibrilación?	36%	64%
20.- ¿Conoce los cuidados del catéter venoso central?	28%	72%
21.- ¿Domina los cuidados de traqueostomía?	63%	32%
22.- ¿Conoce los eventos adversos en terapia intensiva?	43%	57%
23.- ¿Sabe usted cómo manejar un evento adverso en terapia intensiva?	59%	41%
24.- ¿Sabe lo que es un evento centinela?	56%	44%
25.- ¿Ha recibido orientación los trastornos cerebrales, posterior a una intervención en terapia intensiva?	68%	32%
26.- ¿Le han orientado como tratar un trastorno cerebral de un paciente de terapia intensiva?	70%	30%
27.- ¿Conoce las alteraciones emocionales de un paciente de terapia intensiva durante su ingreso?	89%	11%
28.- ¿Le interesa saber sobre las alteraciones emocionales de un paciente de terapia intensiva durante su estancia hospitalaria?	19%	81%
30.- ¿Conoce las alteraciones emocionales de un paciente de terapia intensiva durante su egreso?	49%	51%

31.- ¿Ha recibido orientación de los factores estresantes para la familia de un paciente hospitalizado en terapia intensiva?	90%	10%
32.- ¿Muestra interés en conocer el tratamiento de secuelas emocionales y psicológicas de un paciente de terapia intensiva?	96%	4%

2.10 GRAFICADO



3. GENERALIDADES

3.1 CONCEPTOS

Esta unidad también recibe el nombre de “cuidados intensivos” y es el lugar del hospital en el cual se recuperan las personas que han sufrido accidentes, que padecen enfermedades graves o que han sido operadas. En la unidad de terapia

intensiva, los pacientes reciben la ayuda adicional de máquinas, así como la atención especial de médicos, enfermeros y otras personas.

Área tributaria, al espacio que circunda un mueble, equipo o accesorio, que debe permitir el desarrollo de las actividades del personal que intervenga en el proceso de atención médica, así como la libre circulación de las personas.

Cubículo o módulo de cuidados intensivos, al lugar delimitado físicamente con su respectiva área tributaria, donde se ubica el mobiliario y equipamiento necesarios para la atención del paciente en estado agudo crítico.

Cuidados intensivos, a la forma de proporcionar atención médica multi e interdisciplinaria a pacientes en estado agudo crítico.

Cuidado progresivo del paciente, a la forma en que se organizan y estratifican los servicios hospitalarios según las necesidades del paciente, de tal forma que reciba el tipo de atención médica, con la complejidad requerida, en el momento más oportuno, en el sitio y área física del hospital más apropiado a su estado clínico.

Estado agudo crítico, a la existencia de alteraciones fisiológicas que ponen en peligro inmediato la vida de los pacientes que presentan enfermedades con posibilidades razonables de recuperación. Medicina crítica, a la rama de la medicina que tiene como objetivo principal la atención de los estados fisiopatológicos que ponen en peligro inmediato la vida.

Paciente en estado agudo crítico, aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.

3.2 CARACTERÍSTICAS

La planificación de una nueva UCI debe ser organizada por un equipo multidisciplinario que incluya al futuro director, un representante del personal médico, la jefa de enfermería, el arquitecto, un representante de la administración del hospital y un ingeniero. Este equipo debe ser asesorado por un funcionario de

seguridad, un especialista en control de infecciones hospitalarias y representantes de los servicios de clínica y cirugía del hospital.

Planos y conexiones

El **diseño** de la UCI debe permitir el rápido acceso desde:

- el servicio de urgencias;
- el quirófano y las áreas pots operatorias;
- el servicio de estudios por imágenes;
- las instalaciones para pruebas funcionales (sala de hemodinámica, endoscopia).

Se deben establecer **conexiones rápidas y fáciles** con:

- el servicio de hemoterapia
- la farmacia
- los servicios de apoyo técnico
- el laboratorio y la sección de bacteriología
- el servicio de fisioterapia

Debe haber vías de comunicación durante las 24 horas.

Habitaciones

Zona de pacientes: La zona para la atención de los pacientes debe tener un mínimo de 25 m² para las habitaciones individuales y de 20 m² para cada una de las habitaciones compartidas. El plano básico es rectangular y deja por lo menos 2,5 m para la circulación alrededor de las camas. Las puertas son lo suficientemente anchas como para que pueda pasar fácilmente una cama (con tracción ortopédica, equipamiento para la oxigenación por membrana extracorpórea, etc.). Se debe pensar en la posibilidad de empleo de equipos pesados (cámaras móviles de

gammagrafía, equipo de rayos portátil, etc.). El diseño se debe adaptar para que los pacientes que están conscientes no sean importunados por los problemas agudos de otros pacientes. Es necesario asegurar el respeto por la privacidad del paciente.

Se recomiendan las habitaciones individuales para reducir al mínimo la contaminación cruzada y el estrés del paciente por los ruidos y las distintas actividades.

Algunas de las habitaciones individuales se deben equipar como habitaciones de aislamiento con otras características técnicas (presión negativa). La proporción entre habitaciones de aislamiento y el número total de camas de la UCI debe ser de 1-2 por cada 10 camas, pero puede ser mayor (5-6:10) en ICU especiales (quemados, trasplantes, etc.). Las habitaciones de aislamiento tienen una antesala de por lo menos 3 m² para el lavado de manos, los camisolines y el depósito de materiales.

Observación visual del paciente. Se debe poder observar al paciente en todo momento para facilitar la detección de cambios en su estado, así como la implementación de las acciones terapéuticas. Los pacientes deben poder ver a la enfermera, pero no a los otros pacientes. El contacto visual constante entre enfermera y paciente puede ser a través de grandes ventanas, puertas de vidrio, etc. Todas las habitaciones deben tener luz natural e idealmente se debe poder ver hacia el exterior. Las ventanas sólo se pueden abrir con un cerrojo de seguridad.

Comunicación:

1. Funciones de gestión en el área de pacientes.
 - Teléfono para las llamadas salientes y la comunicación intrahospitalaria
 - Intercomunicador entre las habitaciones de los pacientes y la enfermería.
 - Sistema de alarma manual para la notificación inmediata del personal médico
 - Acceso a internet y otras herramientas de comunicación no verbales.

2. Equipamiento administrativo: Se recomiendan puestos de trabajo por cada cama para archivos, historias clínicas, estudios por imágenes, informes de laboratorio.
3. Visor para radiografías o pantalla para ver imágenes digitales.
4. Almacenamiento: Armario con cerrojo, con cajones y estantes para almacenar pequeñas cantidades de material descartable, medicamentos, apósitos y vendajes, material para intubación y medicamentos de urgencia.
5. Armarios diferentes para material limpio y contaminado
6. Equipo para monitorización.

Servicios en las áreas de pacientes. El acceso al paciente es prioridad máxima para los cuidados intensivos. Todos los enchufes y los tomacorrientes deben estar distribuidos a ambos lados de la cama y de manera que la interferencia con las tareas de enfermería sea mínima. Debe haber acceso adecuado a la cabecera de la cama para la intubación endotraqueal, la reanimación y otros procedimientos. Aunque es caro, es preferible que los servicios estén suspendidos del techo. Los tomacorrientes se colocan a 120-180 cm del piso. Los servicios deben incluir electricidad, aspiración, oxígeno, aire comprimido y agua. El equipamiento electrónico comprende los sistemas de monitorización y de computación.

Estación central de enfermería Su función es administrativa.

Contiene:

- Estantes para formularios, biblioteca
- Medicamentos con estante central con cerrojo para narcóticos
- Terminal(es) de computadora
- Teléfono, intercomunicador y sistemas de llamadas de urgencia
- Depósito para materiales limpios esterilizados y no esterilizados

- Monitor central opcional con acceso a la monitorización de cada paciente y registro de alarmas
- Zona de preparación de los medicamentos

Esta estación tiene aire acondicionado, buena iluminación, reloj de pared, lavabo y mostradores para escribir.

Almacenamiento. Es esencial que haya espacio suficiente para almacenamiento fuera del área de los pacientes. El depósito debe ser de fácil acceso, a un máximo de 30 m de la zona de los pacientes. Debe tener por lo menos 10 m²/cama.

Cuarto de lavandería y utensilios. Son necesarios dos espacios totalmente separados para lavandería limpia (15 m²) y sucia (25 m²), con accesos separados. En la lavandería limpia se almacena la ropa blanca y el material estéril. La lavandería sucia se emplea para desechar la ropa blanca sucia, los residuos, etc. Un segundo cuarto sucio es deseable para desarmar el equipamiento usado. Todos estos cuartos tienen aire acondicionado. Debe haber un sistema de extracción del aire de los cuartos sucios. La remoción de los elementos sucios y los desechos se debe efectuar por un corredor Despacho de la jefa de enfermeras. Debe tener por lo menos 15 m², extensión telefónica, intercomunicador, tableros de anuncios y sistema de alarmas para las llamadas desde las camas de los pacientes.

Despacho de los médicos. Proporcionar por lo menos 20m² para cada médico con actividad de tiempo completo en la UCI. Debe estar equipado con teléfono, intercomunicador y registro de las alarmas de la UCI. Una computadora con acceso a los monitores de los pacientes, al laboratorio y a los servicios diagnósticos es esencial.

Secretaría. Por cada ocho camas de cuidados intensivos, se necesitan 20 m².

Sala de estar para el personal. Una sala de 40 m² por cada ocho camas de cuidados intensivos, que debe tener:

bar con bebidas, sistema de alarma con código de emergencia, intercomunicador. Dormitorios para los médicos de guardia. Habitación de 15 m² con cama, lavamanos, ducha, baño, teléfono, intercomunicador, sistema de alarma.

Laboratorio. El laboratorio debe tener un espacio de 15 m² para los análisis de urgencia (gases en sangre, hemoglobina, hematocrito, glucemia, lactato, electrolitos, etc.). Debe tener un mínimo de 12 tomacorrientes, lavatorio, centrífuga, refrigerador para las muestras, intercomunicador y teléfono. El laboratorio central del hospital puede ser otra opción si el servicio y las líneas de comunicación son rápidos.

Taller. Se reserva un espacio de 28 m² como taller técnico. Debe tener una mesa de trabajo, estantes, lavabo, seis tomacorrientes, oxígeno, aspiración y aire comprimido. Se emplea para reparaciones menores, ajuste, ensamblado.

Cocina. Proporcionar una cocina de 25 m² para preparar las comidas especiales para los pacientes y refrigerios para el personal. Incluye microondas, refrigerador, piletta, cocina y lavaplatos. Es deseable otra cocina para el personal.

Zona de recepción y habitaciones de los familiares. Para los familiares, 10 m² por cada ocho camas (1-2 sillas/cama). Intercomunicador, teléfono, radio, baño, lavabo, enchufe para TV y teléfono público. Es conveniente que haya entradas separadas para las visitas y el personal sanitario.

Oficina de recepción. Debe tener una ubicación estratégica para que las visitas deban pasar por la zona de recepción a fin de identificarse y notificar al personal de enfermería.

Cuarto para procedimientos especiales/tratamiento/admisión. Puede ser importante para unidades específicas (quemaduras, implantación de marcapasos, internaciones de urgencia). Se necesitan todas las instalaciones a la cabecera de la

cama para continuar el control y el tratamiento del paciente, luz intensa y pileta para el lavado de manos quirúrgico.

Sala de conferencias. Un espacio de 40 m² para la enseñanza formal, la educación continua y la discusión interdisciplinaria se equipa con asientos, proyector, pizarrón, video y aire acondicionado. Cuarto de limpieza. Se reserva un espacio de 3-4 m² cada ocho camas para almacenar los equipos y materiales limpios. Los elementos de limpieza no se deben emplear indistintamente para las zonas públicas debido a la posibilidad de contaminación cruzada.

Pasillos. El traslado de los pacientes hacia la ICU y desde ella debe estar separado de los pasillos para el público y de las salas de espera para las visitas. Los pasillos deben ser suficientemente anchos (2,5 m) y altos como para no obstaculizar el traslado de los pacientes y del equipo de apoyo (balón intraaórtico, corazón artificial, respirador). Son necesarios ascensores de gran tamaño.

Revestimiento del piso. El revestimiento del piso no debe tener juntas, debe ser químicamente inerte, resistente a los antisépticos y absorber los ruidos. Se deben evitar las diferencias de niveles. El revestimiento será resistente a los equipos pesados y permitir que éstos se muevan con facilidad.

Paredes y cielorraso. Es necesario emplear materiales de fácil limpieza, con buenas características acústicas. Se recomiendan colores neutros.

Seguridad contra incendios. Cada miembro del personal debe conocer la planificación para prevenir y afrontar incendios y los planes de emergencia. Se recomiendan simulacros anuales. Los pacientes en estado crítico son muy vulnerables no sólo a los incendios sino también a la interrupción de los dispositivos de soporte vital. Plano de la planta. Debe haber un plano de la planta en un lugar visible.

Humo y gases tóxicos. El control de la aparición de humo y de gases tóxicos se

puede lograr por contención (paredes, cielorrasos, pisos, puertas resistentes al fuego, diseminación (natural de la ventilación mecánica) y presurización de las zonas de pacientes (que previene la entrada de humo).

Medios de escape. Se debe tener una vía alternativa de escape y un espacio contiguo seguro para reubicar al paciente. Este espacio, equipado con instalaciones para la administración de oxígeno, aire comprimido y electricidad, debe estar preferentemente en el mismo piso del edificio y protegido del viento y la lluvia. Servicios centrales. Los interruptores, las llaves de paso y los controles deben estar contiguos a la unidad, donde puedan ser manejados por el personal en caso de emergencia. Tienen que estar marcados claramente para indicar el tipo de servicio que suministran. Todos los gases comprimidos deben tener siempre la misma presión. Los servicios centrales comprenden la electricidad, la aspiración, el oxígeno, el aire comprimido, otros gases médicos, la ventilación, el suministro de agua, la plomería, la calefacción y la iluminación.

Comunicación. La comunicación dentro de la unidad y con el resto de los sistemas del hospital debe ser fácil y rápida y causar las mínimas molestias auditivas.

3.3 CLASIFICACIÓN DISEÑO DE UNIDAD

El diseño de la planta física de una Unidad de Terapia Intensiva debe ser establecido sobre la base de los pacientes que presuntamente serán asistidos en ella. En este sentido, para reconocer esta relación es clásica la frase “la forma sigue a la función”. Las características de la planta física deben ser tales que faciliten:

- 1) La observación directa de los pacientes como parte de la función de monitoreo;
- 2) La vigilancia de los monitores de variables fisiológicas
- 3) La realización de intervenciones terapéuticas de rutina y de emergencia
- 4) La obtención y el almacenamiento de la información referida al cuidado de los pacientes.

Siguiendo a L. Hudson, parece conveniente diseñar una unidad nueva en dos etapas, en cada una de las cuales se fijarán objetivos y se involucrará a un grupo de individuos determinados. En la primera etapa, o de planeamiento, se deberán reunir los arquitectos, los médicos responsables del área y la jefa de enfermeras, y un representante de la administración del hospital. En esta fase, los arquitectos deberán establecer varios planos alternativos, que serán discutidos con los representantes médicos hasta definir la idea más aproximada al proyecto final. En la segunda etapa, el grupo deberá expandirse, incorporando a representantes de todos los departamentos que van a trabajar en la Unidad, incluso los de terapia respiratoria, radiología, farmacia, servicios centrales y control de infección. Los representantes de estos departamentos podrán proveer información útil para establecer un diseño final lo más libre posible de incongruencias o “errores de planeamiento”. El número de camas La mayoría de las recomendaciones en este sentido establecen que la sala ideal no debe tener menos de 8 camas ni más de 12, lo cual permite una adecuada división de los recursos humanos y un adecuado rendimiento económico. Existen varias maneras de establecer el número de camas necesarias en una institución en particular. Las fórmulas generales 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. Una recomendación aceptable es utilizar valores históricos de ocupación de camas de pacientes críticos, ya sea en la misma institución o en instituciones similares en la misma área geográfica. Los requerimientos de espacio Una vez que se ha establecido el número de camas de la unidad, se deben establecer el tamaño total de la misma. En adición al número de camas, existen otros determinantes del espacio. En efecto, en una UTI se requieren distintos tipos de espacios:

- 1) el espacio asignado para las camas, incluyendo el lugar necesario para los equipos de control y la actividad a desarrollar
- 2) el espacio de soporte para todas las actividades dentro de la unidad, incluyendo 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 ello deben agregarse los espacios de tránsito, tanto para el personal de la unidad como para los visitantes. La localización de la Unidad En esta situación se presentan dos posibilidades distintas: el diseño de una unidad nueva o el reacondicionamiento de una preexistente. En cualquiera de las dos situaciones se deberá tener en cuenta que existen servicios que deben estar próximos a la Unidad, otros que deben estar a distancia y otros en que es indiferente. Por ejemplo, es deseable que una UTI que se ocupa fundamentalmente de pacientes quirúrgicos esté localizada lo más próxima posible al área quirúrgica y a la sala de emergencia. También es conveniente tener cerca el departamento de diagnóstico por imágenes; y si no se dispone de un laboratorio cercano en la institución, tener en la unidad un equipo para los exámenes de rutina inmediata. Un aspecto a tener en cuenta son las vías de comunicación, incluyendo el servicio de ascensores para traslado a otras áreas de la institución. Se debe prever una circulación separada para el personal de la unidad y para los visitantes. Por su parte, 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 En adición al 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.

El espacio de una cama Una consideración muy importante al diseñar la unidad es establecer el espacio por cama, incluyendo el área de apoyo adyacente. El requerimiento mínimo para cada cama exigido por la legislación de nuestro país es de 9 m², debiendo considerarse las necesidades implícitas en los equipos de asistencia y monitoreo habituales, y el espacio necesario para equipos de uso no continuo, como máquinas para hemodiálisis, equipos de circulación extracorpórea, equipos de plasmaferesis, etc.

Otras consideraciones a tener en cuenta son:

1) la posibilidad de mantener en los pacientes críticos la orientación en el tiempo, fundamentalmente en la secuencia día-noche, para lo cual es muy útil disponer de ventanas con vista al exterior.

2) el ayudar a mantener en el paciente una patente de sueño adecuada;

3) el mantener un correcto nivel de estímulo sensorial. Utilitarios Cada UTI debe tener fuentes de poder eléctrico, de agua, oxígeno, aire comprimido, vacío y control ambiental (temperatura, humedad, iluminación) capaces de sostener las necesidades de los pacientes y del equipo de asistencia bajo situaciones normales y de emergencia, debiendo cumplir con los requerimientos y standard de las respectivas entidades de control. La recomendación actual es 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. Esta podrá estar montada del techo y en relación con un ángulo de la cama. Si no se puede 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 de salud, y varían para cada país e incluso para cada localidad dentro de un mismo país. Todas ellas, sin embargo, deberán proveer el máximo de eficiencia y seguridad, tanto para los pacientes como para el personal de asistencia.

3.4 ANTECEDENTES ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA MEDICINA CRITICA

La medicina del enfermo en estado crítico, constituye una rama bien definida de la medicina y tiene por objetivos la prevención, el diagnóstico y tratamiento de los estados fisiopatológicos que ponen en peligro inmediato a la vida. Como tal, esta actividad implica una especialización que requiere un perfil de conocimientos, habilidades y destrezas que le son propias para el proceso de adquisición y prácticas de esta especialidad. Y, es Misión de una UCI generar, dentro del marco

institucional hospitalario, una estructura capaz de cuidar y sostener las funciones vitales de los pacientes con riesgo actual o potencial de vida. Además, deberá establecer las pautas de acción, coordinar, evaluar y efectuar el ordenamiento de los pacientes críticos derivados de los distintos servicios.

El nacimiento de la práctica de la MC, aunque no bien determinado, es tan antigua como la propia medicina. No obstante, puede considerarse a las guerras napoleónicas como punto de partida de la especialidad, cuando los heridos en combate catalogados como graves, pero recuperables, eran evacuados del campo de batalla en carretones especiales dedicados exclusivamente a esta actividad. Posteriormente en la guerra de Crimea, Florence Nightingale agrupó a los heridos más graves en un área especial del hospital de campaña para que recibieran cuidados especiales.

En la década de 1920, Walter Dandy agrupó en una sala especial a los enfermos neuroquirúrgicos graves para que fueran sometidos a una vigilancia estrecha. En los años 30 se inició en Alemania la preparación de locales destinados al tratamiento de los recién sometidos a intervenciones quirúrgicas; F. Sauerbruch y M. Kirscher establecieron servicios de este tipo en sus clínicas. En la Segunda Guerra Mundial se desarrollaron las salas de choque y los servicios de recuperación posquirúrgica, antecedente de las salas de cuidados intensivos, que se afinaron y especializaron aún más en las guerras de Corea y Vietnam, con los avances y conocimientos en ventilación mecánica, técnicas de reanimación, ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico, reemplazo renal y el empleo de antibióticos. América Latina no fue ajena a este desarrollo. Las primeras unidades de cuidado intensivo han sido creadas a finales de la década de 1960 y comienzos de los años 1970. Por otro lado, cabe señalar, que, como consecuencia del deseo de unión, no solo nacional sino internacional, surgió la idea de crear una asociación internacional de cuidado crítico, que agrupara a todos los países del continente americano, junto con España y Portugal. La Asamblea Constitutiva de la naciente Federación se realizó en la Ciudad de México, D.F. el 26 de septiembre de 1979, con la presencia de los delegados acreditados como representantes de las Sociedades de Terapia

Intensiva de Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, España, Estados Unidos, México, Perú, Portugal y Venezuela; y como observadores, los Delegados de Chile, Ecuador, Panamá y Uruguay. Su formación, fue protocolizada mediante Escritura de Constitución, en México, D.F., el 12 de septiembre de 1980 en la Notaría García Diego, No 38, Vol. 554, Folio 70, No 21244, firmada por los doctores Alberto Villazón Sahagún y Sergio Rangel Carrillo, fijándose como tiempo de duración de la Federación de 99 años.

Hoy podemos asegurar, que todos los países de Latinoamérica poseen unidades de cuidado intensivo, dirigidas por intensivistas, dotadas con tecnología suficiente para brindar un adecuado manejo a los pacientes que lo requieran.

Es también curioso que la especialidad aún no ha podido definir hasta el presente un nombre exacto y de consenso para designarla: Terapia o Medicina Intensiva, Medicina Crítica o Medicina de Emergencia, o simplemente Cuidados intensivos. Sea cual fuera el término que se elija, es ahora una práctica cotidiana en cualquier hospital del mundo y reconoce las actividades generales de asistencia médica emergente en las patologías graves, potencialmente recuperables.

Las UCI se desarrollaron como áreas intrahospitalarias de mayor diferenciación funcional con personal médico, de enfermería y paramédico especializado y multidisciplinario que atiende las 24 horas del día y los 365 días del año, y que se ayuda con equipos de monitoreo y de apoyo extracorpóreo. Son ámbitos de actuación de la medicina intensiva, tanto los polivalentes como los dedicados a una sola especialidad, médica o quirúrgica, y otras áreas del Sistema de salud donde haya pacientes gravemente enfermos que requieran una atención integral como consecuencia de la progresiva demanda social, que exige cada vez mayores niveles de asistencia, y del desarrollo profesional que permite asistir a los pacientes por encima de los límites convencionales.

La MC representa la adquisición de competencias que son la suma de conocimientos, habilidades y actitudes que significan el último escalón asistencial de un sistema de progresiva atención a los pacientes gravemente enfermos.

La especialidad de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

La especialidad de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (MCYTI) es una especialidad médica creada oficialmente en nuestro país en el INT el año 1991, con un programa formativo de 3 años, en una Unidad de Terapia Intensiva (UCI), acreditada para la docencia, habiendo desarrollado durante este tiempo (24 años), una actividad intensa y variada, lo que ha permitido posicionarse como una especialidad atractiva y con futuro en el mundo hospitalario. Este hecho implicó el diseño en el INT -a cargo del Dr. Oscar Vera Carrasco- del Programa y estrategias de enseñanza basadas en competencias para la formación de Intensivistas, con la aprobación y el aval respectivo del CNIDAI y el Comité Regional de Integración Docente e Investigación (CRIDAI).

Esto con el objetivo de lograr una interrelación fructífera entre los fundamentos teóricos y la clínica, los mismos a ser transmitidos a través de su equipo médico tanto en conocimientos como en experiencia adquiridas a partir de muchos años de práctica profesional asistencial e investigación.

Situación actual

El modelo actual en nuestro país de la MC ha sido positivo por varios aspectos. Desde el punto de vista asistencial, el modelo polivalente ha resultado ser eficiente y así ha sido reconocido por la mayoría de los administradores de la salud, ya que un único especialista por turno es capaz en la práctica de resolver la mayoría de las situaciones críticas del hospital durante las 24 horas del día y todo el año.

Las UCI se encuentran en prácticamente todos los hospitales de primer y segundo nivel, y centros privados. En los grandes hospitales, tanto universitarios como no universitarios, y en los grandes centros privados, existen UCI llevados en su mayoría por médicos especialistas en medicina crítica.

3.5 CONSECUENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA

Después de haber estado en la terapia intensiva las personas suelen sufrir de Ansiedad, depresión y síndrome de estrés postraumático. Recientemente ha cobrado importancia el bienestar psíquico luego de la internación en Terapia Intensiva (TI). Jones Ch y colaboradores, en el año 1998, describieron una serie de síntomas psíquicos que pueden afectar la sobrevivida, como pesadillas, agorafobia, ataques de pánico, ira, miedo a la muerte, depresión y ansiedad (2). El reconocimiento de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático (SEPT), este último caracterizado por síntomas de hipervigilancia, reviviscencia del hecho y evasión, es de vital importancia, dado que impacta negativamente en la calidad de vida y retrasa el retorno al trabajo (3,4). Una revisión sistemática sobre depresión en sobrevivientes de la población general de TI arroja una incidencia de 28% (rango 8% a 57%), mucho más elevada que en la población general (7%-8%) y que en pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio.

Los síntomas depresivos mejoran en el transcurso del primer año; los síntomas de ansiedad pueden persistir más allá del año, y el SEPT parecería permanecer estable. Se han descripto potenciales factores de riesgo para la presencia de trastornos psíquicos: el predictor más importante es la presencia de patología psiquiátrica previo al ingreso a TI. La falta de recuerdos de los eventos ocurridos en TI, el registro de eventos traumáticos, la presencia de ilusiones o alucinaciones y el uso de sedantes se relacionan con el desarrollo de secuelas psíquicas. A su vez, la presencia de secuelas físicas pre o pos TI aumentan el riesgo de presentar depresión luego del alta de TI, mientras que otras variables como la edad, el sexo y la severidad de la enfermedad de base no tienen influencia alguna. Factores de riesgo específicamente relacionados a ansiedad son la duración de la ventilación mecánica y el desempleo 1 año luego de la internación, mientras que tener una personalidad optimista es un factor protector. En relación al SEPT, la agitación, la sujeción durante la internación, la presencia de alucinaciones y el uso de sedantes son factores predisponentes; mientras que la interrupción diaria de estos últimos

parecería ser un factor protector. Jones y colaboradores realizaron un estudio controlado con el objetivo de evaluar el impacto de la entrega a los pacientes, al mes del alta, de un diario redactado por enfermeras y familiares, donde se registraban los eventos ocurridos durante la internación en TI, sobre la incidencia de SEPT.

El estudio de deterioro cognitivo crónico se ha extendido a la población de pacientes críticos en general y los hallazgos se pueden sintetizar de la siguiente manera (14,15): El deterioro cognitivo en los sobrevivientes de TI afecta a más de 1/3 de los pacientes que estuvieron con asistencia respiratoria mecánica.

- Se describen subpoblaciones de pacientes especialmente vulnerables, como aquellos que sufrieron ARDS.
- El deterioro observado a los 6 meses es equivalente al patrón de demencia leve.
- Existe una mejoría de la función cognitiva entre los 6 y 12 meses del alta hospitalaria. Sin embargo, muchos pacientes sufrirán deterioro neurocognitivo crónico hasta 6 años luego del evento.
- Memoria, atención y función ejecutiva son las áreas más afectadas
- La afectación de la función es independiente de la edad y severidad de la enfermedad de base.
- Se postulan diferentes mecanismos fisiopatológicos responsables que incluyen hipoxemia, uso de drogas sedantes y analgésicos, hipotensión, delirium e hiperglucemia.
- El deterioro cognitivo puede tener importantes consecuencias en la calidad de vida, capacidad de retornar al trabajo y sustancial impacto económico en el entorno de paciente.

3.6 EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Una Unidad de Terapia Intensiva debe tener la capacidad de proveer monitoreo básico y ofrecer un apoyo terapéutico completo al paciente crítico. A los fines de cumplir con estos objetivos, toda UTI debe disponer de los siguientes elementos:

- Monitoreo continuo de electrocardiograma, con alarmas de baja y alta frecuencia. b.- Monitoreo arterial continuo, invasivo y no invasivo.
- Monitoreo de presión venosa central y de presión de arteria pulmonar.
- Equipo para el mantenimiento de la vía aérea, incluyendo laringoscopio, tubos endotraqueales.
- Equipo para asistencia ventilatoria, incluyendo bolsas, ventiladores, fuente de oxígeno y de aire comprimido.
- Equipo para realizar aspiración.
- Equipo de resucitación, incluyendo cardioversión y desfibrilador, y drogas para el tratamiento de las emergencias.
- Equipo de soporte hemodinámico, incluyendo bombas de infusión, equipos de calentamiento de sangre, bolsas de presurización, filtros de sangre.
- Monitores de transporte.
- Camas con cabecera desmontable y posiciones ajustables.
- Marcapasos transitorios.
- Equipos de control de temperatura.
- Sistema de determinación de volumen minuto cardíaco.
- Registro de oximetría de pulso para todos los pacientes que reciben oxígeno.
- Registro de capnografía para los pacientes que se encuentran en asistencia respiratoria mecánica.
- Ecografía a la cabecera del paciente.
- Acceso al departamento de diagnóstico por imágenes para realización de tomografía computada, centello grafía; y al laboratorio de cateterización cardíaca.

- Posibilidad de realización de broncofibroscopía.
- Equipamiento para monitoreo de presión intracraneana y saturación de oxígeno en el bulbo de la yugular.

En servicios de derivación y en aquellos con alto volumen de cirugía cardiovascular también se deberá disponer de sistema de oxigenación extracorpórea, balón de contra pulsación aórtica, dispositivo de asistencia ventricular izquierda y posibilidad de administración de óxido nítrico.

El monitoreo fisiológico Cada cama debe disponer de la posibilidad de monitoreo completo, que incluye la presentación y el análisis de una o más derivaciones electrocardiográficas, al menos dos presiones, y la medición directa o indirecta de los niveles de oxígeno arterial. Esto debe ser mostrado tanto en formato analógico como digital, para proveer la forma visual de las ondas y la interpretación numérica de frecuencia y valores máximos, mínimos y medios de los distintos registros. Cada monitor debe tener la capacidad de registrar en papel al menos dos ondas analógicas en forma simultánea en un formato de dos canales. Debe disponer de alarmas para los valores críticos preestablecidos, tanto audibles como visibles. Los monitores de cabecera deben estar localizados para permitir un fácil acceso y visión, y no deben interferir con la visualización o el libre acceso al paciente. Si bien puede existir una conexión de los monitores de cabecera a una central de monitoreo, ésta de ningún modo puede reemplazar los controles a la cabecera del paciente. Es deseable obtener los siguientes registros:

3.7 FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA

Funciones asistenciales:

- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Realizar y controlar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión
- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.

- Valorar la información recogida para realizar acciones de Enfermería, registrándolos en la H.C.
- Evaluar las respuestas del individuo y registra en la H.C
- Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente
- Realizar y controlar la recepción del paciente revisando la historia clínica.
- Controlar y realizar la preparación física preoperatoria del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.
- Controlar el cumplimiento del tratamiento pre anestésico
- Identificar, comunicar y ejecutar acciones ante reacciones producidas por los agentes anestésicos y otros fármacos
- Identificar y comunicar signos y síntomas de emergencia quirúrgica, tales como evisceración, sangramiento, shock hipovolémico, dehiscencia de la herida
- Preparar, conectar y controlar funcionamiento del equipo de sello de agua y otros drenajes pleurales
- Controlar, tomar decisiones y brindar atención a pacientes con pleurotomía, colostomía, traqueostomía, abdomen abierto y otros procedimientos de alta complejidad.
- Definir las soluciones y otros elementos a utilizar durante las curas de heridas.
- Evaluar, controlar y realizar curas húmedas y secas, incluyendo las de alta complejidad como por ejemplo abdomen abierto.
- Indicar, ejecutar, interpretar y consultar investigaciones clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, Benedicta, Imbert, ECG, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, creatinina, leuco grama).
- Identificar, tomar decisiones junto con el médico, controlar y ejecutar tratamiento en pacientes con signos y síntomas de alteraciones del equilibrio hidromineral y ácido básico.
- Interpretar, participar en la valoración y tomar decisiones junto con el médico y ejecutar acciones según el caso, ante investigaciones clínicas con

alteración (hemogasometría, hemograma, glicemia, hemocultivo, Benedicta, ECG., orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, creatinina, leuco grama)

- Identificar, tomar decisiones, controlar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones, Ej.: Hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, sangramientos.
- Identificar y tomar decisiones en pacientes con alteraciones en los parámetros vitales.
- Tomar decisiones, controlar y ejecutar la administración de analgésicos y antipiréticos.
- Evaluar suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo.
- Decidir y ejecutar colocación de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos.
- Ejecutar el manejo de bombas perfusoras.
- Ejecutar acciones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.
- Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos y evaluar el momento oportuno para retirarlos.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
- Ejecutar acciones según el caso y tomar decisiones junto con el médico en la valoración electrocardiográfica.
- Planificar, controlar y ejecutar la preparación del paciente en investigaciones clínicas especiales (colon por enema, tracto urinario simple, Rx de columna, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía, punción lumbar).
- Planificar, controlar, y ejecutar la necesidad de la alimentación del paciente por diferentes métodos (gastrostomía y yeyunostomía).
- Decidir y ejecutar la colocación y permanencia de sonda vesical.
- Ejecutar y evaluar la administración de nutrición parenteral.

- Identificar, participar en la valoración y tomar decisiones junto con el médico y ejecutar acciones en pacientes con signos y síntomas de alteración del equilibrio hidromineral.
- Identificar, participar en la valoración y tomar decisiones junto con el médico y ejecutar acciones en pacientes con alteraciones del equilibrio ácido básico.
- Identificar, tomar decisiones, controlar y ejecutar la necesidad de administrar aerosol.
- Identificar, tomar decisiones junto con el médico, controlar y ejecutar acciones según el caso en pacientes con signos y síntomas de intoxicación digitálica.
- Prevenir deformidades articulares en pacientes comatosos y con enfermedades neuromusculares.
- Prevenir y detectar úlceras por presión.
- Valorar y ejecutar debridación de las úlceras por presión. De ser necesario consultar con especialistas.
- Decidir administrar oxígeno por diferentes métodos.
- Realizar ventilación manual.
- Seleccionar, ejecutar y controlar el tipo de fisioterapia respiratoria.
- Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.
- Detectar y valorar la crisis convulsiva ejecutando acciones independientes.
- Indicar y participar en la RCP básica y avanzada.
- Interactuar en la implantación de marcapaso.
- Controlar funcionamiento de ventiladores mecánicos.
- Detectar y consultar intubación selectiva.
- Elaborar y ejecutar técnica de comunicación extra verbal en los pacientes que lo requieran.
- Aplicar y controlar programa de prevención y control de infecciones nosocomiales.

- Valorar y decidir conducta con el médico frente a reacciones adversas durante y después de la administración de drogas vaso activas (como dopamina, dobutamina, digitálicos, trombolíticos y nitroprusiato).
- Valorar y tomar decisiones junto con el médico ante emergencia quirúrgica y politrauma (herida con armas blancas en tórax con compromiso respiratorio.) y ejecutar acciones según el caso.
- Decidir y tomar conducta junto con el médico ante intoxicación por fármacos y ejecutar acciones según el caso.
- Aplicar la política de uso de desinfectantes, antisépticos y esterilizantes.
- Detectar y comunicar signos reales de muerte.

Tareas asistenciales que puede realizar:

- Realizar examen físico.
- Oxigenoterapia.
- Administración de nutrición enteral.
- Administrar medicamentos por vía oral.
- Administración de medicamentos y nutrición por vía parenteral (SC, IM, EV).
- Administración de medicamentos por vías mucosas.
- Administración de medicamentos por vía dérmica.
- Aplicar tratamientos con fuentes radioactivas.
- Aspiración de secreciones pulmonares en pacientes intubados.
- Medición de constantes vitales.
- Realizar benedicta.
- Realizar lavados oculares.
- Cura de ostomías.
- Realizar desfibrilación y cardioversión.
- Aerosol terapia.
- Realizar electrocardiograma.
- Realizar electroencefalograma.
- Realizar potenciales evocados.

- Canalización de vías centrales con acceso periférico.
- Canalización de vías venosas periféricas.
- Extracción de muestras sanguíneas venosas y arteriales mediante punción directa.
- Fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos.
- Fisioterapia respiratoria.
- Realizar Diálisis Peritoneal, previa punción por especialista.
- Hemodiálisis.
- Inmovilización de fracturas, esguinces, luxaciones.
- Colocar Sondas Nasogástricas.
- Realizar aspiración gástrica.
- Colocar Sondas Vesicales.
- Cura de las heridas quirúrgicas.
- Manejo del balón de contra pulsación (en cirugía cardiaca).
- Manipulación de bombas perfusoras.
- Movilización de pacientes.
- Preparación y administración de fármacos.
- Preparación y administración de contrastes radio-opacos (para radiografías contrastadas)
- Preparación y administración de sustancias radioactivas.
- Curas de las úlceras por presión.
- Debridación de las úlceras por presión.
- Administrar enemas con distintos fines.
- Higiene corporal del paciente encamado.
- Reanimación Cardiopulmonar.
- Intubación endotraqueales.
- Extubación.
- Recogida de distintas muestras corporales para análisis y cultivos (sangre, orina, esputos, heces)
- Retirar drenajes quirúrgicos.
- Retirar puntos y demás medios de sutura quirúrgica.

- Retirar catéteres centrales y arteriales.
- Monitorización clínica y eléctrica (invasiva y no invasiva).
- Llevar hoja de balance hidromineral.
- Realizar hemocarboperfusión.
- Realizar mortaja.
- Realizar sutura de las heridas en piel.

3.8 LA TECNOLOGÍA EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

El cuidado y la tecnología El cuidado de enfermería que se lleva a cabo en las Unidades de Cuidados Intensivos requiere de diferentes tipos de tecnologías: tecnología blanda, blanda dura y dura. La tecnología blanda se refiere a las relaciones, recepción, la gestión de los servicios; la blanda dura remite al conocimiento bien estructurado, tal como lo es el proceso de enfermería; y la tecnología dura consiste en equipos, como maquinarias y normas. Incluso con el avance de las tecnologías duras, la atención recibida en las Unidades de Cuidados Intensivos requiere el desarrollo de las tecnologías de enfermería, blanda y blanda dura, que contribuyan a la superación de la falta de una atención basada en la evidencia, la alta incidencia de complicaciones iatrogénicas, la deficiente comunicación interprofesional entre el paciente o el familiar y el profesional, las dificultades para el trabajo en equipo y la resolución de problemas, las deficiencias en los cuidados paliativos. Es indispensable repensar estos puntos con el fin de mantener la calidad de la atención, la seguridad del paciente, optimizar el cuidado, cuantificar y calificar las acciones de la atención. En las Unidades de Cuidados Intensivos, la tecnología pone en situaciones y dilemas muchas veces difíciles, porque ayuda a mantener al paciente con vida, pero no da la certeza de que va a salir indemne. La tecnología dura da el apoyo de la ventilación mecánica, las bombas de infusión; la tecnología blanda dura ofrece los protocolos, directrices, procesos; y la tecnología blanda orienta sobre la forma como debemos cuidar, al valorar las relaciones y los procesos de comunicación. No podemos pensar que solo la tecnología nos permite avanzar en la atención, a menudo la restringe, la limita a una tecnología dura, al uso indeterminado de aparatos, a relaciones sin

comunicación, a la reducción del 18 contacto, del afecto, de la acogida, del establecimiento del vínculo. La tecnología no puede ser vista solo como algo concreto, como un producto tangible, sino como resultado de un trabajo que implica un conjunto de acciones abstractas o concretas que tienen un propósito, en este caso, la atención de la salud. Por lo tanto, la tecnología permea el proceso del trabajo en salud, contribuyendo a la construcción del conocimiento (y a su propia expresión): está presente desde el momento de la idea inicial, en el diseño y en la aplicación del conocimiento, pero también es el resultado de esta misma construcción. O sea, es al mismo tiempo el proceso y el producto. Además, la tecnología también aparece en cómo las relaciones se establecen entre los agentes, en la forma como se realiza el cuidado de la salud, entendido aquí como un trabajo vivo en acción debemos reconocer que nuestro compromiso como profesionales de la salud es la proposición de tecnologías duras, blandas duras y blandas, y su incorporación a la práctica de manera equilibrada, tomándolas como un medio y no un fin, ya que el objetivo de la atención es satisfacer las necesidades reales de los seres humanos). La intensidad de la experiencia que supone el paso por una Unidad de Cuidados Intensivos es innegable. El paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte puede estar cercana. Los familiares se encuentran en un ambiente desconocido, intuyendo que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace.

4.-TRIAGE PARA ADMISIÓN A UCI

4.1 CRITERIOS DE INGRESO

El paciente admitido en el nivel intensivo de asistencia precisa tratamiento activo, esto es, las tareas y técnicas de las cuales depende para conseguir y mantener su estabilización, que sólo pueden ser aplicadas en los servicios de MI.. Estos pacientes requieren de cuidados médicos y de enfermería constantemente y consumen una elevada cantidad de recursos. Los criterios son categorías flexibles que no pueden suplantar al proceso juicioso de toma de decisiones. Este

no solo tiene en cuenta hechos clínicos (diagnóstico, alteración funcional o paramétrica, edad, reserva fisiológica) sino otros más valorativos, pero no menos importantes, sobre todo si proceden del paciente (sus valores, calidad de vida subjetiva, preferencias basadas en una correcta información, instrucciones previas), aunque también del intensivista (pronóstico considerando las comorbilidades, oportunidad, disponibilidad, etc.).

A pesar de sus limitaciones, si un clínico advierte que alguno de los criterios está presente en su paciente, son de gran valor como señales de alerta de que puede estar indicada una interconsulta con el intensivista.

Mención especial merece la consideración de la edad. Aunque es inadecuado poner límites exclusivamente en base a la misma, el anciano que ha sufrido declive hasta ser dependiente para todas o casi todas las actividades de la vida diaria está cerca de su final (muerte previsible en menos de 6 meses), y no sería candidato a tratamientos de soporte vital.

CRITERIOS DE INGRESO

Están basados (y modificados parcialmente) que siguen diferentes categorías o modelos:

A) EL MODELO DE PRIORIDADES

Define los pacientes que pueden beneficiarse más del ingreso en UMI (prioridad 1) frente a los que no se van a beneficiar (prioridad 4):

Prioridad 1

Pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UMI. Para los pacientes de este grupo generalmente no hay límites establecidos en el tratamiento que reciben. Ej.: disfunción respiratoria aguda que precisa soporte ventilatorio. Pacientes chocados

o con hemodinámica inestable que precisan monitorización invasora o fármacos vaso activo.

Prioridad 2

Precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Generalmente no hay límites terapéuticos para estos pacientes. Ejemplo: pacientes con patologías crónicas que desarrollan una enfermedad médica o quirúrgica grave.

Prioridad 3

Se trata de pacientes inestables y críticos pero que *tienen pocas posibilidades de recuperarse* a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir trto. Intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar Reanimación Cardiopulmonar. Ej.: pacientes con metástasis que se complican con infección, taponamiento cardiaco u obstrucción de la vía aérea.

Prioridad 4

Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado:

- Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo
- Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente la muerte.

4.2 MODELO DE DIAGNÓSTICO

Según condiciones específicas que indican su ingreso

Sistema circulatorio

- Parada cardiaca.
- Choque cardiogénico.
- Insuficiencia cardiaca congestiva aguda con disfunción respiratoria y/o necesidad de soporte hemodinámico.

- Emergencias hipertensivas.
- Infarto agudo de miocardio (IAM) con complicaciones.
- Angina inestable, con arritmias, inestabilidad hemodinámica o dolor torácico persistente.
- Taponamiento pericárdico con inestabilidad hemodinámica.
- Disección de aneurisma aórtico.
- Arritmias complejas con inestabilidad hemodinámica o insuficiencia cardiaca congestiva.
- Bloqueo cardiaco completo.

Sistema respiratorio

- Disfunción respiratoria aguda que precisa soporte ventilatorio o intubación inminente.
- Embolismo pulmonar con inestabilidad hemodinámica.
- Hemoptisis masiva.

Trastornos neurológicos

- Coma: metabólico, tóxico o anóxico.
- Accidente cerebro-vascular agudo*.
- Meningitis con alteración del nivel de consciencia o disfunción de otro órgano o sistema.
- Trastornos neuromusculares o del SNC y disfunción de otro órgano o sistema.
- Estado epiléptico.
- Muerte cerebral o su posibilidad en pacientes que podrían donar sus órganos.
- Traumatismos craneoencefálicos graves +

Intoxicaciones

- Inestabilidad hemodinámica.

Alteración del nivel de consciencia con inadecuada protección de la vía aérea.

- Crisis convulsivas.

Trastornos gastrointestinales

- Hemorragia Digestiva con amenaza vital, incluyendo hipotensión, angina, sangrado continuo o pluripatología coexistente.
- Disfunción hepática fulminante.
- Pancreatitis grave.
- Perforación esofágica.

Endocrino

- Cetoacidosis diabética complicada con inestabilidad hemodinámica, alteración del nivel de consciencia, disfunción respiratoria o acidosis grave.
- Tormenta tiroidea o coma hipotiroideo con inestabilidad hemodinámica.
- Hiperosmolaridad con coma o inestabilidad hemodinámica.
- Crisis adrenal con inestabilidad hemodinámica.
- Hipercalcemia grave con alteración del nivel de consciencia, que precise monitorización hemodinámica.
- Hipo o hiponatremia con crisis o alteración del nivel de consciencia.
- Hipo o hipermagnesemia con compromiso hemodinámico o arritmias.
- Hipo o hipercalcemia con arritmias o debilidad muscular.
- Hipofosfatemia con debilidad muscular.

Quirúrgicos

- Postoperatorio de pacientes que precisen soporte ventilatorio, monitorización hemodinámica o cuidados extensos de enfermería.

Miscelánea

- Choque séptico o sepsis grave.
- Monitorización hemodinámica.
- Pacientes que precisen muchos cuidados de enfermería.

- Accidentes medioambientales.
- Tratamientos experimentales con potenciales complicaciones.

4.3 MODELO DE PARÁMETROS OBJETIVOS

Es un listado consensuado, por tanto, arbitrario y modificable según las circunstancias locales.

Signos vitales

- FC 150 latidos pm.
- TAS < 80 mmHg o 20 mmHg por debajo de su TA habitual
- TAM < 60 mmHg
- TAD >120 mmHg
- FR > 35 respiraciones pm.
- *Hipo o hipertermia graves*

Valores de laboratorio

- Na⁺ 170.
- K⁺ 7
- PaO₂ < 50 mmHg
- pH 7,7
- Glucemia > 800 mg/dL
- Calcemia > 15 mg/dL
- Niveles tóxicos de drogas o de otras sustancias químicas en pacientes hemodinámica o neurológicamente comprometidos.

Signos radiológicos

- Hemorragia cerebral, contusión o H. sub aracnoidea con alteración del nivel de consciencia o focalidad

- neurológica.
- Rotura de vísceras, vejiga, hígado, esófago o útero con inestabilidad hemodinámica.
- Disección de aneurisma aórtico.

Signos electrocardiográficos

- Taquicardia ventricular sostenida o Fibrilación ventricular.
- Arritmias complejas que precisan estrecha monitorización y tratamiento.
- Bloqueo AV completo con inestabilidad hemodinámica.

Signos físicos (de comienzo agudo)

- Coma.
- Asimetría pupilar en paciente inconsciente+.
- Quemados en más del 10% de la superficie corporal (*).
- Anuria.
- Obstrucción de la vía aérea.
- Cianosis.
- Taponamiento cardiaco.

Postoperatorio inmediato de los siguientes procedimientos quirúrgicos

Cirugía general

- Esofagectomía
- Duodenopancreatectomía
- Hepatectomía parcial
- Resección feocromocitoma

Cirugía torácica

- Resecciones de pared torácica
- Resecciones pulmonares mayores (neumonectomía, lobectomía...)

- Resección mediastínica o esternotomía.

Cirugía vascular

- Cirugía de troncos supraaórticos
- Cirugía aorta abdominal
- Cirugía torácica endovascular: endoprótesis en aneurismas o en alguna disección crónica.
- Las fibrinólisis intra arteriales a través de catéter.

ORL

- Comando (Cáncer de base de lengua)
- Cirugía de base del cráneo
- Taponamiento orofaríngeo por sangrado (24-48 h)
- Intubación prolongada postquirúrgica (24-48 h) para evitar la traqueotomía

- Intervenciones con potencial compromiso de vía aérea (por ej. Estenosis)

Urología

- Cistectomía radical

De los anteriores consideramos al modelo de prioridades como el más relevante, de modo que, si un paciente está dentro de las prioridades 1 ó 2, con alguno de los criterios B y/o C, su ingreso estará justificado casi siempre, y sería el intensivista quien con su valoración dé razones para no ingresarlo. Por el contrario, en el caso de las prioridades 3 y sobre todo 4, será el médico que proponga el ingreso del paciente quien debiera argumentar de modo suficiente para ser aceptado.

Es importante remarcar que el ingreso en UMI debe obedecer a indicaciones médicas, con el consentimiento del paciente o su representante. Pero estos no

tienen derecho a exigir tal ingreso, de la misma manera que no puede exigir un tratamiento médico o quirúrgico si no está indicado.

4.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El CI de un enfermo es "la aceptación autónoma de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos posibles". En otras palabras, el CI es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le ha informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios respectivos.

Según el Manual de Ética de 1984 de la Asociación Médica Americana sostiene que "Consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente".

Es un acto por medio del cual el médico debe informar al paciente la variedad de métodos diagnósticos y terapéuticos, explicando, además, las ventajas y desventajas de estos, para que sea el paciente quien elija la alternativa que mejor le parezca según la información brindada por el facultativo. La explicación se efectúa a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su situación, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos o intervenciones recomendadas, para a continuación consentir o rechazar los mismos de acuerdo con su escala de valores.

FUNCIONES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las funciones del CI son las siguientes:

1. Promover la autonomía de los individuos

2. Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas
3. Proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación
4. Evitar el fraude y la coacción
5. Alentar al auto evaluación y auto examen de los profesionales de la salud
6. Disminuir celos y aliviar temores
7. Introducir en la medicina una mentalidad más probabilística y con mayor capacidad de hacer frente a la incertidumbre.

En suma, defiende al paciente, al profesional y a la institución.

LÍMITES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El CI es un derecho del paciente, pero no es un derecho ilimitado. Y no significa que los pacientes puedan imponer al médico cualquier cosa que deseen. La profesión médica y la sociedad en su conjunto pueden imponer restricciones a la capacidad de elección de los pacientes.

Los médicos no tienen obligación de realizar intervenciones dañinas para el enfermo o que sean médicamente inútiles; y tampoco tiene que informar acerca de las mismas. Las normas de buena práctica médica también imponen restricciones. La selección de las técnicas corresponde exclusivamente al médico. Y una vez que el paciente una intervención, la ley establece cómo tiene que ser realizada. La sociedad puede establecer límites a la capacidad de elección de los pacientes por razones de justicia distributiva. Por ejemplo, puede restringir el uso de ciertas alternativas terapéuticas excesivamente costosas, siempre que existan otras más baratas, con igual eficacia.

4.5 PUEDE UNA PERSONA RECHAZAR O NEGARSE ENTRAR A TERAPIA INTENSIVA

La persona dentro del principio de autonomía de la voluntad puede aceptar o rechazar las indicaciones del acto médico, como un tratamiento o tomar uno que no sea el más apropiado para su condición de salud.

Si el proceso de obtención del Consentimiento pretende ser significativo, el rechazo debe ser parte de las opciones del enfermo. Si después de la discusión de los riesgos y beneficios de los tratamientos propuestos, el paciente desea rechazar el tratamiento o procedimiento, debe quedar claramente especificado en la hoja de consentimiento, como medida para salvaguardar la responsabilidad del profesional, si a futuro se presenta un daño.

Cuando un paciente rechaza una opción de tratamiento no significa que no desee continuar su atención, habrá que entregarle todo tratamiento en función de su cuidado general. Si la tardanza en iniciar un tratamiento eficaz le afectará su pronóstico debe ser señalado oportunamente a fin de que el paciente conozca exactamente su situación y los riesgos que corre de rechazar un tratamiento y luego arrepentirse.

La persuasión es una buena herramienta a la hora de asegurar la decisión informada y cabalmente comprendida de la situación en que se encuentra el paciente. Esta consiste en el "uso de argumentos razonables con la intención de inducir en otra persona la aceptación de una determinada opción. No pretende anular la autonomía del individuo. La argumentación debe ser leal y no estar sesgada por intereses ajenos al paciente"

Lo importante es hacer del consentimiento informado un instrumento para que el paciente sea dueño efectivo de su destino, respetando su dignidad personal, brindándole información auténtica, clara y acertada de la enfermedad que padece, los posibles tratamientos a seguir y las consecuencias positivas y negativas de los mismos.

¿CUÁNDO Y DÓNDE INFORMAR?

Es conveniente cuando se trate de procedimientos electivos, que se entregue el consentimiento con anterioridad al día de la intervención. Se considera que debe mediar un periodo como mínimo de 24 horas entre el consentimiento y la realización del procedimiento médico. En cualquier momento la persona afecta puede revocar libremente su consentimiento.

El paciente tiene la potestad de establecer una segunda consulta con otro profesional antes de firmar una autorización. Esta autorización no debe ser inmediata, sino luego de 72 horas de reflexión. Sobre el documento, es aconsejable una copia al participante y preferible que la firme con el testigo.

Es necesario contar con lugares apropiados que permitan proteger la intimidad del paciente y la confidencialidad de los datos. Es deseable que el consentimiento informado se realice en un ambiente adecuado tanto para el médico que entrega la información como para el paciente o los familiares que la reciben y deben acceder o rechazar las propuestas. Luego debe archivarse en la ficha clínica o historia clínica.

¿CÓMO SE DEBE INFORMAR Y ENTREGAR LA INFORMACIÓN AL PACIENTE?

En la información debe utilizarse un lenguaje simple, tiene que ser adecuada, suficiente, comprensible y clara, es decir, el profesional debe adaptar la información a las características particulares y al nivel intelectual del paciente, además de ser oportuna y veraz. La comunicación se debe dar en un ambiente apropiado, con calma y sin interferencias. El objetivo fundamental es calmar la ansiedad y fomentar la confianza. El paciente debe tener claro que no está firmando una autorización para que se realice cualquier cosa. Debe ser redactado en un lenguaje breve, directo y simple. No debe de contener palabras abreviadas ni terminología científica. Debe de estar de acuerdo al nivel cultural de la población a la que está dirigida en nuestro país.

¿CUÁNDO, CÓMO Y QUIÉN DEBE OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

El cambio en la relación Médico-Paciente, en cuanto al protagonismo ante la toma de decisiones, ha hecho que el paciente tenga derecho a ser informado de su situación; al mismo tiempo ha convertido al médico en el proveedor de la información. El correcto equilibrio entre el cómo, cuánto, cuándo y a quién informar ha sido conseguido con mayor facilidad, toda vez que la motivación es entregar la información y ayudar para que sea el propio paciente o su familia quién decida

4.6 EXCEPCIONES DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En principio, el CI es necesario siempre. Y la obligación de obtenerlo explícitamente es mayor o menor dependiendo de las circunstancias del caso. Por el contrario, existen ciertas situaciones en las que se puede prescindir del CI. Los casos en los que la obtención del CI no es necesaria, o no es recomendable, constituyen las excepciones siguientes:

1. Urgencia real y grave para el enfermo, que obliga a actuar sin tiempo para obtener un CI. El tiempo que demandaría suministrar la información y obtener el CI provocaría irremediablemente un daño grave a la integridad, salud o vida del paciente. El paciente necesita asistencia urgente por la gravedad del cuadro, permanece inconsciente y no hay familiares, ni allegados que puedan representarlo.
2. Grave riesgo para la salud pública, donde se puede omitir el CI para la internación, cuarentena u hospitalización. Existen supuestos en donde el derecho a participar del CI cede por intereses vinculados a la comunidad y a la salud pública.
3. Imperativo legal o judicial. En los casos que representan un peligro para la salud pública. Así se justifica la obligatoriedad para ciertas pruebas diagnósticas, vacunaciones y tratamientos forzosos.

4. Pacientes incapaces para decidir, que no pueden otorgar un CI válido. Sin embargo, la capacidad admite grados. Un mismo paciente puede ser capaz para decidir ciertas cosas y no serlo para otras. De modo que, cuanto más trascendente o delicada sea una decisión, mayor debe ser el nivel de capacidad exigible. Cuando el paciente no esté capacitado, corresponde a sus familiares, personas allegadas o responsable legal para conceder el CI.

5. Privilegio terapéutico. Cuando a juicio del médico, la información puede resultar perjudicial para el curso de la enfermedad. Tradicionalmente, este privilegio abarcaba a la inmensa mayoría de los enfermos; pero en la actualidad, ha quedado muy restringido, y solo debe ser invocado en situaciones muy especiales. El privilegio terapéutico (un médico puede ocultarle información a un paciente si tiene la firme certeza de que su revelación le produciría un daño psicológico grave), está en tela de juicio ya que deben ser rigurosamente justificadas para no caer en arbitrariedades difíciles de demostrar.

6. Renuncia expresa del paciente. El paciente puede, si quiere, renunciar a la información y dejar voluntariamente que otros decidan por él. En este caso debe existir algún familiar o sustituto legal dispuesto a asumir la responsabilidad de las decisiones. Aunque el paciente también podría designar para ello al propio médico. En la medida en que el paciente actúe en forma autónoma y competente, debe respetarse su derecho a la renuncia.

7. Posibilidad de corregir de corregir una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada. Como, por ejemplo, un tumor o malformación que se encuentra en el curso de una laparotomía que había sido indicada por otras razones.

8. En las prácticas que sean programadas y no necesariamente urgentes, puede prescindirse del CI en aquellos pacientes incompetentes, que no posean representantes que los subroguen y que exista amplio consenso sobre la necesidad médica de realizar el procedimiento, y al mismo tiempo, los riesgos sean manifiestamente menores a los beneficios esperados; en caso contrario deberá preverse la autorización judicial.

- En todas las supuestas excepciones, mientras no medien circunstancias de urgencia, sería conveniente contar con la recomendación del comité de ética hospitalario para un mejor estudio y fundamento en el empleo de la medida de excepción.

4.7 ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

El proceso de toma de decisiones como la cuestión de que un enfermo debe admitirse en una UCI, la determinación del grado de agresividad de los tratamientos, cuando dar estos por terminados o la limitación del esfuerzo terapéutico, la decisión de la donación de órganos, del alta médica y otros, se constituyen en grandes dilemas bioéticos permanentes, por lo que uno de los retos que se le presenta a este tipo de atención médica sea precisamente un reto para la solución de los problemas éticos, morales y legales.

Toda esta serie de dilemas pueden presentarse en la atención del paciente en estado crítico, especialmente los siguientes:

Encarnizamiento terapéutico o distanasia.

El encarnizamiento terapéutico o distanasia es sinónimo de *tratamiento fútil o inútil* sin beneficio para el paciente en su fase terminal. Es el proceso por el cual se prolonga solamente el proceso de morir, y no la vida propiamente dicha, teniendo como consecuencia una muerte prolongada, lenta y, con frecuencia, acompañada de sufrimiento, dolor y agonía. Cuando se invierte en curar, delante de un caso incurable, se trata de una agresión a la dignidad de esa persona.

Los enfermos graves o en estado crítico generalmente se encuentran en las UCI, en las cuales tanto en los enfermos recuperables como no recuperables se utilizan diversos recursos y equipo sofisticado en diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos: catéteres arteriales y venosos, sondas, monitores, respiradores, bombas de infusión, transfusiones, nutrición parenteral, antimicrobianos y fármacos vaso activos, por mencionar algunos. Todas estas medidas no son inocuas, con

frecuencia son invasivas, tienen riesgo, pueden ocasionar molestias y complicaciones, las que a su vez dan lugar a nuevas complicaciones que pueden terminar con la vida del paciente.

El respeto a la dignidad del enfermo con la aplicación de medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles, evita el encarnizamiento terapéutico, lo que se denomina distanasia, que permite una muerte con dignidad; estos pacientes pueden tratarse en hospitalización, habitaciones aisladas y aún en su domicilio.

Eutanasia

Etimológicamente el término eutanasia significa "buena muerte" o "el bien morir", lo que no es del todo apropiado; a pesar de que en determinadas circunstancias la muerte debe aceptarse desde el punto de vista técnico, social y moral, no es aceptable el deseo o precipitación de la misma, lo que lleva implícita en primer lugar la voluntad orientada hacia la muerte, y en segundo término la acción que la desencadena.

Actualmente es conceptuada como la acción que tiene por finalidad poner término la vida del ser humano por consideraciones humanísticas para con la persona o con la sociedad, es ética y legalmente incorrecta en la mayoría de los países de nuestro planeta. La eutanasia se clasifica en dos tipos: la eutanasia pasiva y la eutanasia activa voluntaria.

1. Eutanasia pasiva: su motivo y justificación puede ser evitar molestias, dolor o sufrimiento al paciente, en el que no se ejecuta ninguna acción ni se aplica ningún procedimiento o medicamento que termine con la vida del mismo. Esta conducta está dirigida a pacientes terminales con patología avanzada, la que de acuerdo con la valoración clínica e índices pronósticos se considera irreversible, en los que se retiran todas las medidas extraordinarias o desproporcionadas, las que representan un riesgo para el enfermo, y que se considera, fútiles al no esperarse ninguna respuesta favorable; sin embargo, se debe continuar con las medidas ordinarias o proporcionadas, medidas de sostén habituales que actúan como paliativos,

alimentación, hidratación parenteral, movilización, aseo, fisioterapia, dejando que la enfermedad tenga una evolución natural.

La eutanasia pasiva puede ser solicitada por el mismo paciente, o sus familiares, los que manifiestan el deseo de no ingresar a la UCI ni ser sometidos a maniobras de resucitación cardiopulmonar, todo esto puede ser expresado por el enfermo antes del inicio de su enfermedad, a lo que se denominó "testamento en vida", en lo que se invoca el derecho a la muerte o muerte con dignidad.

2. Eutanasia activa voluntaria

(EAV): es aquella conducta dirigida intencionalmente a terminar con la vida de una persona afectada por una enfermedad terminal o irreversible, que le provoca sufrimiento que considera intolerable, y a petición expresa suya por un motivo compasivo y en un contexto médico. Es un acto deliberado por acción u omisión para dar fin a la vida de un paciente incurable, cuya muerte es inminente y que las continuaciones de los cuidados intensivos servirán únicamente para prolongar sufrimientos (en Holanda-2011). El suicidio médico asistido (SMA) es aquel por el que un paciente competente en fase terminal y de conformidad con sus familiares o persona responsable, pide al médico que le proporcione los medios médicos para que cometa suicidio, pero es el mismo paciente quien pone en marcha el mecanismo para infundir la solución con el o los medicamentos letales.

La eutanasia activa comprende todas las medidas encaminadas a terminar con la vida del enfermo, mediante la aplicación de un procedimiento o medicamento que suprime la función cardiorrespiratoria y encefálica, la cual no es aceptable desde el punto de vista legal ni ético. No obstante, es cada vez más frecuente, sobre todo en países donde legalmente es aceptada, como Holanda, Australia u Oregón en EUA, en los que la solicitud parte del enfermo o sus familiares para la aplicación de procedimientos o medicamentos letales en enfermos en fase terminal de padecimientos crónicos como insuficiencia renal, insuficiencia cardiorrespiratoria, neoplasias malignas avanzadas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o en

padecimientos agudos portadores de disfunción orgánica múltiple sin respuesta a las medidas de terapia intensiva.

Limitación del esfuerzo terapéutico

El término de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es una expresión médica acuñada en nuestro entorno, no exenta de polémica. Existen múltiples definiciones de LET. Suelen coincidir en referirse a no iniciar o retirar un determinado tratamiento, en el que no se genera beneficios al paciente, tanto en situaciones en las que éste puede o no puede decidir por sí mismo. Su justificación se da ante la percepción de desproporción entre los fines y medios terapéuticos. En el momento actual la LET está plenamente acreditada, siendo muy frecuente en el ámbito de los cuidados críticos, existiendo posicionamientos de diferentes sociedades científicas que las avalan, hasta considerarla un estándar de calidad.

Partiendo de esta realidad en la que los pacientes, en su mayoría, no están en condiciones de poder decidir, las decisiones de LET se pueden tomar a partir de estas tres posibilidades u orientaciones que recomienda Quintana:

- a) declaraciones expresas que hubiera hecho el paciente previamente
 - b) lo que decida el allegado más próximo al enfermo
 - c) actuar en función de lo que más favorezca al enfermo, entendiendo que lo que más le favorece es lo que le proporciona mayor bienestar. Además de lo anterior, cabe tomar en consideración estas propuestas para la toma de decisiones de LET en los pacientes de medicina intensiva.
- La decisión debe ajustarse al conocimiento actual de la medicina, fundarse en la medicina basada en la evidencia y "hacer correctamente las cosas que son correctas".
 - La decisión debe discutirse colectivamente y tomarse en consenso. La presencia de dudas por parte de un solo miembro del equipo implicado en la decisión debe

hacer que ésta se posponga, o bien se debe apartar al profesional en la toma de decisiones respetando el derecho de objeción de conciencia.

- Debe siempre informarse y consultar a los familiares, intentando alcanzar un acuerdo, en lo posible, directo. En ningún caso debe responsabilizarse a la familia en la toma de decisiones, ya que eso no sólo es cruel sino además inadmisibles desde el punto de vista profesional. La LET en los sistemas de medicina intensiva porcentualmente es una decisión médica. En menos ocasiones es autónoma.

- No ingresar a un paciente en una UCI es una forma de LET. Por ello hay que procurar que los profesionales de los servicios de hospitalización y los médicos de cabecera aconsejen a sus pacientes, fundamentalmente a los crónicos, la realización de voluntades anticipadas o "testamento vital".

Una vez tomada la decisión de LET, existe la obligación ética de no abandonar al paciente durante el proceso de la muerte y garantizar que reciba las necesarias medidas de bienestar, cuidados, analgesia y sedación, asegurando la ausencia de dolor físico o psíquico.

- Admisión o no de un paciente en una UCI

En las UCI y los servicios de Emergencias no se presenta el problema relativo a la aceptación de la internación, ya que se trata de pacientes que por su estado crítico no están en condiciones de expresar su voluntad. Cuando los cuidados deben reemplazar al tratamiento porque éste resulta inaplicable dada la irreversibilidad del cuadro, es imprescindible la derivación a una sala de cuidados paliativos para rodear al paciente de la comodidad necesaria y procurarle el mayor bienestar posible en la última fase de su vida. Sin embargo, cabe señalar que en nuestro medio no existen disposiciones legales que regulen este tipo de decisión.

Según Castillo Valery (2016), en situaciones límites en que se debe tomar una decisión acerca de internar a un paciente o no, habría dos tipos de enfermos graves que serían los siguientes:

- Pacientes en estado crítico: con frecuencia ingresan en una UCI o de Emergencias. Son los que presentan un estado agudo de descompensación y tienen peligro de vida, pero con posibilidades de recuperación.
- Pacientes en estado terminal: son los que el pronóstico indica que morirán en un plazo relativamente breve. En estos casos no estaría indicada su internación en una UCI o un Servicio de Urgencias, sino más bien en una Unidad de cuidados paliativos.

En principio se estima que para que se lo admita en una UCI, un paciente debe tener posibilidades definidas de recuperación, presentar la gravedad suficiente como para que no pueda tratarse en un servicio menos complejo y, en último lugar, requerir apoyo de sus funciones vitales, además, en términos específicos asistencia respiratoria mecánica.

5.-INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA

El rol de enfermería profesional en terapia intensiva se ha ido desarrollando en la medida que se ha incrementado la necesidad de un cuidado más especializado. Y es que el profesional de enfermería de terapia intensiva proporciona cuidados a pacientes con situación clínica crítica que presentan un desequilibrio severo de uno o más sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica.

Las intervenciones de enfermería están orientadas a la atención integral del usuario, incluyendo aspectos bio-psicosociales, y la inclusión participativa del grupo familiar. La práctica asistencial incluye la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos, psicosociales y espirituales del usuario. Actualmente los lineamientos para la educación de profesionales de salud, describen que el desarrollo de competencias encaminado a la obtención de la integralidad en la atención del proceso salud-

enfermedad, favorece la formación de un profesional de enfermería, con aptitudes para la toma de decisiones, liderazgo, comunicación y educación permanente.

El tratamiento de la enfermedad y la humanización deben darse simultáneamente en la atención de enfermería, estableciendo la necesidad de un determinado perfil del profesional. Se promueve la reflexión de la humanización de los cuidados en unidades de críticos, considerando las relaciones que se pueden establecer entre todos los participantes en la atención (paciente, familia y el equipo asistencial).

Por ello, se requiere un real compromiso institucional de los valores que sustentan la atención humanizada, las relaciones interdisciplinarias y la humanización en las unidades de cuidados intensivos.

5.1 VENTILACIÓN MECÁNICA

La ventilación mecánica se conoce como todo procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato para suplir o colaborar con la función respiratoria de una persona, que no puede respirar por sí mismo o que por fines terapéuticos, se requiera que no lo haga, con el objetivo de mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar.

Vigilancia del Ventilador.

- Evaluar el correcto funcionamiento del ventilador.
- Ajustar las alarmas del ventilador y comprobar que funcionan los indicadores acústicos y luminosos.
- Comprobar que el patrón ventilatorio establecido corresponda a los parámetros pautados, por el médico.
- Mantener el ventilador conectado permanentemente a la red eléctrica.

- Verificar que el ventilador posea batería para funcionar sin estar conectado a la red eléctrica central.

- Supervisar que las conexiones y humidificadores funcionen correctamente.

Vigilancia del paciente.

- Monitorizar y registrar según indicación médica parámetros ventilatorios: presiones, volúmenes, fracción inspiración de oxígeno, saturación de oxígeno, CO₂ en el aire inspirado, presión positiva espiratoria (PEEP), frecuencia , modo de ventilación

- Comprobar la adaptación del paciente al ventilador observando:

- Cambios en la frecuencia y profundidad de la respiración. Existencia de acortamiento de la respiración y uso de musculatura accesoria.

- Simetría del movimiento del tórax o nivel de vibración en pacientes en ventilación de alta frecuencia oscilatoria (adulto hasta abdomen; pediátrico y neonato hasta muslo).

- Vigilancia del estado hemodinámico del paciente y morfología de la onda de pulsioximetría.

- Vigilar el nivel de conciencia e intranquilidad del paciente sedado.

- Vigilar el color de la piel y el llene capilar.

- Control de gases arteriales o venosos según indicación médica.

5.2 OXIGENOTERAPIA

Procedimiento por el cual se administra oxígeno a una persona por vía respiratoria mediante el equipo adecuado con el fin de mejorar la hipoxia.

Cuidados enfermeros

1. Explicar al paciente, el procedimiento.
2. Colocar al paciente en la postura más confortable, elevando la cabecera de la cama.
3. Comprobar la permeabilidad de la vía aérea.
4. Ajustar la concentración de O₂ prescrito.
5. Comprobar el correcto funcionamiento.
6. Informar que la duración del tratamiento dependerá de la evolución de su proceso.
7. Informar que este tratamiento reseca las vías respiratorias.
8. Insistir en la ingesta de abundantes líquidos, si no existen contraindicaciones.
9. Vigilar nivel de conciencia, somnolencia, confusión mental.
10. Vigilar al paciente durante las primeras horas (sobre todo cuando se administran concentraciones elevadas de oxígeno por riesgo de depresión cardio-respiratoria).
11. Vigilar que la mascarilla o sonda estén siempre puestas y que no se produzcan acodamientos al largo del tubo.
12. Mantener el nivel adecuado de agua en el humidificador.
13. Conectar un tubo alargador, para que el paciente tenga movilidad, siempre que sea posible.
14. Vigilar los puntos de apoyo de la sonda o mascarilla, para evitar lesiones cutáneas.
15. Cambiar la cánula o mascarilla siempre que sea necesario.

5.3 ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL

El soporte nutricional es el aporte de los nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales en el recién nacido (RN) cuando no es posible la alimentación convencional, así sea mediante la nutrición parenteral total, la nutrición enteral o

ambas. Este tipo de soporte tiene como propósito reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la malnutrición.

Cuidados de enfermería generales en el RN con NPT:

1. Utilizar siempre una bomba de infusión para la administración de la NPT, para llevar un control estricto del flujo por horas y así evitar una hiperhidratación en el paciente.
2. Utilizar la hidratación siempre dentro de las primeras 24 h posteriores a su preparación, para evitar la precipitación de las mezclas y su contaminación.
3. Medir e interpretar los signos vitales cada 4 h, enfatizando en la frecuencia cardíaca, que varía en caso de una hipo e hipovolemia y en la temperatura, que indica infección.
4. Pesar diariamente al RN, para llevar un control estricto de su evolución; normalmente el RN debe aumentar +/- 25 g diarios, de lo contrario la hidratación no es eficaz.
5. Llevar un control del balance hidromineral, cuantificar los ingresos y egresos totales, para analizar si el balance es positivo o negativo.
6. Evitar usar esta vía para otros propósitos, no se recomienda la administración simultánea de drogas, antibióticos u otros expansores. Hay muchos electrolitos y vitaminas que se inactivan o precipitan al interactuar con otros medicamentos.
7. Cambiar el equipo de Venoclisis y filtros cada 24 h, para evitar las infecciones y la acumulación de residuos que pueden provocar un trombo embolismo.
8. Garantizar la vía distal de los miembros superiores para administrar la NPT por los beneficios que reportan con respecto a las vías de los miembros inferiores.
9. Evitar utilizar llaves de tres vías para la administración de la NPT, porque se acumulan residuos de los mismos electrolitos y pueden provocar una obstrucción en el catéter de pequeño calibre o un trombo embolismo.
10. Impedir que el frasco o bolsa de la NPT permanezca instalado en el paciente por más de 24 h, pues la mezcla puede precipitarse o contaminarse.

11. Mantener refrigerada la mezcla a una temperatura de 4 °C en caso de no administrar en el instante, y retirar del refrigerador 15 min antes de su administración, para que alcance la temperatura ambiente.
12. Observar la mezcla constantemente en el momento que se está administrando al paciente, en busca de precipitaciones y turbidez; en caso de aparecer retirar inmediatamente.
13. Administrar heparina a la hidratación, según el peso del RN, para evitar la obstrucción por coágulos en el catéter de pequeño calibre.
14. Realizar controles microbiológicos a las mezclas preparadas, la sepsis es una de las complicaciones más frecuentes, fundamentalmente cuando se administran lípidos

5.4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La “administración de medicamentos” consiste en preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación. Por tanto, el termino seguridad implica, no solo la ausencia de errores (y por supuesto ausencia de negligencia), sino una actitud positiva previsor (proactiva) en la reducción de efectos adversos acorde con los conocimientos del momento. Medidas de seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo en el paciente adulto.

Medidas Generales de Seguridad:

- Capacitar al personal encargado de administrar medicamentos.
- Diseñar intervenciones educativas dirigidas a los integrantes del equipo multidisciplinario que incluya temas sobre fármaco vigilancia.
- Revisar de manera periódica las causas y soluciones para evitar nuevos errores, en aquellos casos en que ya se hayan presentado.
- Almacenar los medicamentos en lugares diferentes. Los usos de etiquetas adicionales permiten diferenciarlos.

- Disponer de protocolos detallados y explícitos, cuando todos los profesionales implicados en el uso de los medicamentos siguen protocolos establecidos se crean de forma automática múltiples controles a lo largo del sistema y son especialmente útiles en quimioterapia, ya que los esquemas de tratamiento con estos medicamentos son complejos y cambiantes, lo cual facilita la aparición de errores.
- Reducir en número de presentaciones de medicamentos de alto riesgo para disminuir la posibilidad de error.
- Utilizar membretes con datos de los pacientes y los medicamentos, organizar por horario y dosis.
- Usar código de barras para la identificación de fármacos y concentración de los mismos.
- Verificar además de paciente, medicamento, dosis, vía y hora correcta, la caducidad del medicamento y la velocidad de infusión durante la transcripción, preparación y administración de los medicamentos.
- Verificar alergias del paciente, así como tratamientos previos.
- Etiquetar los medicamentos parenterales que son considerados de alto riesgo, con la leyenda "medicamento de alto riesgo" en el envase secundario y en ambos cuando el envase primario es mayor a 5 ml.
- Utilizar antes, durante y posterior a la transcripción, preparación y administración de medicamentos los correctos de la medicación.

5.5 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES PULMONARES EN PACIENTES INTUBADOS

La aspiración de secreciones es un componente básico de la higiene bronquial del paciente sometido a ventilación mecánica. Diferentes estudios realizados en los

últimos años han valorado la repercusión de distintos factores sobre esta técnica (sonda más adecuada, profundidad de inserción de la sonda, duración del tiempo de succión, instilación de suero fisiológico para fluidificar secreciones, utilización de sistemas de aspiración abiertos o cerrados, justificación de medidas higiénicas, hiperoxigenación de los enfermos antes de la técnica, complicaciones asociadas, nivel de formación y conocimientos del profesional de Enfermería), y a partir de los resultados se han elaborado diversas guías clínicas y protocolos que se utilizan en las Unidades de Cuidados Intensivos .

Intervenciones de enfermería aspiración de secreciones

- No intentar forzar la entrada de la sonda de aspiración cuando hay resistencia, ya que puede ocasionar traumatismos de las membranas o pólipos nasales. Si existen datos de hemorragia notificar al médico
- La aspiración repetida puede producir irritación de las membranas mucosas, edema, dolor, edema laríngeo y traumatismo. Suspender la aspiración si ésta es difícil o existe obstrucción.
- Determinar la necesidad de aspirar las secreciones del árbol traqueo bronqueal, valorando el estado del paciente, y evitar una acumulación excesiva de las secreciones.
- Mantener una técnica estéril para reducir el riesgo de infecciones.
- El procedimiento de la aspiración de secreciones no debe durar más de 10 segundos en cada aspiración, y debe haber un intervalo de uno a dos minutos entre cada episodio para dar tiempo al paciente a respirar.
- Tener ambú para oxigenar los pulmones del paciente antes y después de aplicar la técnica, para reducir el riesgo de hipoxemia, disrritmias y micro atelectasias.
- Control de los signos vitales antes y después de realizar el procedimiento, para detectar problemas respiratorios, disrritmias e hipotensión.
- Evitar los traumatismos de la mucosa traqueal durante la aspiración, utilizando sondas de aspiración estéril de material blando con múltiples

orificios (las sondas con un solo orificio pueden adherirse a la mucosa adyacente, aumentando posteriormente el traumatismo local).

- Utilizar solución estéril para el lavado traqueal cuando las secreciones están espesas.

Consideraciones especiales para la prevención de infecciones

- La sonda utilizada para aspirar la tráquea, no debe utilizarse para aspirar la nariz y la boca.
- Utilizar una sonda estéril nueva para cada episodio de aspiración. Esta recomendación es para el uso único estricto, debe tenerse en cuenta como medida importante para la prevención de infecciones, mejor atención en el cuidado del paciente. En caso de que no se pueda llevar a cabo la técnica con el uso de nueva sonda, se recomienda la desinfección de la siguiente manera:

a) Enjuagar la sonda en solución estéril (colocar en un recipiente estéril la cantidad

necesaria de solución para utilizar por única vez) para dejarla libre de secreciones.

b) Sumergir la sonda en solución antiséptica.

c) Cambiar las soluciones (para irrigación y antiséptica) cada ocho horas.

Las sondas y los sistemas de aspiración deben ser transparentes para que puedan ser observables las secreciones residuales.

Es esencial el uso de guantes estériles, ya que se considera a la técnica de aspiración de secreciones una técnica estéril.

La técnica de aspiración se debe realizar suavemente, ya que la aspiración en forma vigorosa (brusca) puede interrumpir la barrera protectora de moco y producir abrasiones locales, aumentando la susceptibilidad a la infección.

El aspirador de secreciones debe contar con un filtro para disminuir la aerosolización de microorganismos o partículas de materias de la bomba de vacío. Cambiar los frascos del sistema de aspiración cada ocho horas en caso de equipos portátiles, y el contenedor desechable en caso de equipos fijos cada 24 horas o antes de ser necesario.

5.6 REALIZAR DESFIBRILACIÓN Y CARADIOVERSIÓN

El término “desfibrilación” corresponde a la contra descarga de corriente directa, electroterapia de contra descarga o cardioversión no sincronizada. Es la terapia más importante utilizada en los pacientes que sufren una arritmia ventricular letal (FV y TV), y consiste en la despolarización simultánea y momentánea de la mayoría de las células cardíacas, mediante descargas eléctricas de alto voltaje, que anulan bruscamente la actividad eléctrica cardíaca desorganizada, y permiten que el nodo sinusal-auricular asuma de nuevo un ritmo cardíaco normal.

Interacciones de en de enfermería

Todo enfermero, ante un episodio de estas características, debe ser capaz de apreciar y diagnosticar las alteraciones más evidentes y destacables en toda PCR originada por una FV, responsable de la mayor parte de los casos:

- Alteración del estado de consciencia.
- Hipoxia cerebral: convulsiones, relajación de esfínteres y síncope.
- Palidez de los tejidos y membranas: cianosis.
- Piel fría. - Ausencia de pulso carotideo.
- ECG: frecuencia cardíaca superior a 250 latidos por minuto, y un ritmo irregular, de morfología caótica. - Ausencia de presión arterial.
- Paro respiratorio.

- Laboratorio: hipoxemia, hipercapnia, alcalosis, acidosis o hipoglucemia.

- Electrolitos: hipocalcemia o hipercalcemia.

En el caso planteado, los datos subjetivos (palpitaciones, disnea, dolor en el pecho, sensación de muerte inminente o ansiedad) están ausentes por el estado neurológico de la víctima, a diferencia de una PCR cuya causa inicial es, por ejemplo, una TV10-20-21. Debido a que cada PCR presenta unas circunstancias particulares, la forma de abordarla puede contar también con peculiaridades. Esto obliga a enfermería y al resto de profesionales sanitarios a adaptarse al medio y a las características de cada episodio, aunque el empleo del DESA se mantenga constante en todos ellos. En el ámbito hospitalario, enfermería es a menudo el primer testigo de las PCR, puesto que se trata del sanitario que más tiempo dedica a la asistencia directa del paciente. Frente a estas situaciones, beneficiadas por la gran ventaja de disponer de una intervención especializada inmediata, está el campo extra hospitalario, donde con frecuencia la víctima no ha sido correctamente atendida por testigos en los primeros y decisivos minutos⁵⁻²². Determinar los riesgos del entorno y reaccionar ante ellos, colocar a la víctima de manera apropiada (en decúbito supino, sobre superficie dura y con el pecho descubierto), sabiendo que lo más adecuado es que el desfibrilador se encuentre a la altura de la cabeza del paciente y en el lado del reanimador para facilitar su utilización y manejo⁹, considerar los obstáculos para suministrar la descarga eléctrica (exceso de vello pectoral, humedad del pecho, parches transdérmicos, marcapasos, desfibrilador electrónico interno o hipotermia) y adherir los parches del DESA en la situación exacta (uno en la región para esternal derecha y el otro en la línea media axilar izquierda), bastan para asegurar una buena actuación hasta disponer de un tratamiento especializado. Al mismo tiempo que se desarrolla la reanimación o que colocamos y conectamos el DESA al paciente, enfermería debe valorar y comprobar las condiciones de la víctima que puedan contribuir a la evolución del cuadro de la misma, para tratarlas cuando sea conveniente: hipovolemia, hipoxia, acidosis, hipoglucemia, hipotermia, toxinas, taponamiento, neumotórax a tensión, trombosis coronaria o pulmonar, o traumatismos. Una vez que la asistencia es ejecutada por

un equipo de emergencias especializado, compuesto por integrantes coordinados y con responsabilidades bien definidas, el empleo del DESA se combina a la perfección con las maniobras de RCP y las medidas del soporte vital avanzado (SVA), entre las que se encuentran⁹ : - Apertura de la vía aérea con cánulas orofaríngeas. - Aspiración de secreciones. - Ventilación. - Valoración del estado de la víctima. - Continuación de la desfibrilación. - Fármacos y fluidos. La canalización de un acceso venoso periférico en los primeros instantes, por el que administrar la medicación correspondiente por parte de enfermería, es una de las actividades de nuestra profesión de mayor relevancia en estos episodios.

5.7 CUIDADO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

El catéter venoso central consiste en un catéter (tubo) intravenoso espacial y es indispensable para tener una vía permeable permanente para poder administrar medicamentos, nutriciones parenterales y realizar diálisis.

Cuidados generales:

Higiene de manos: lavado higiénico de manos con agua y jabón y posteriormente solución hidroalcohólica o lavado antiséptico de manos y Manipular lo mínimo indispensable el catéter y Ponerse guantes estériles para cada manipulación. y Posición adecuada y cómoda del paciente y del personal.

Recomendaciones:

- Tener presente alergias al Látex.
- Vigilar presencia de arritmias sería deseable la monitorización del paciente con ECG.
- Vigilar presencia de hemorragia o hematoma.

- Evitar rotura del catéter, embolia gaseosa y hemorragia.
- Controlar constantes y estado general del paciente por posible producción de neumotórax-hemotórax.

- Animar a los pacientes a comunicar al personal sanitario, cualquier cambio notado en la zona de inserción de su catéter o cualquier molestia

5.8 DRENAJES QUIRÚRGICOS.

Los drenajes son sistemas destinados a eliminar o evacuar colecciones serosas, hemáticas, purulentas o gaseosas desde los distintos tejidos al exterior. Por tanto, reducen el riesgo de complicaciones clínicas y aceleran la recuperación al eliminar espacios muertos así previenen la necrosis tisular y reducen la inflamación en el postoperatorio. Con el uso de los drenajes se previenen también las infecciones locales o generalizadas por acumulación de bacterias y la compresión sobre tejidos u órganos adyacentes.

Cuidados de enfermería en pacientes con drenajes quirúrgicos.

- ❖ Vigilar la zona de inserción y fijación del drenaje, la posible aparición de hemorragias e infecciones, así como también vigilaremos los cambios significativos en la calidad y cantidad del débito.
- ❖ Realización de curas periódicas de la zona de inserción para evitar la infección de la piel y si está indicado, realización de lavados a través del drenaje para evitar obstrucciones. Estos lavados se harán con suero fisiológico estéril.
- ❖ Vigilar que el dispositivo colector este siempre situado por debajo de la altura del punto de inserción del drenaje para evitar reflujos.

Evitar los tirones al monitorizar al paciente, que pueden conllevar fallos en el funcionamiento del drenaje.

En el drenaje Kehr, hay que tener en cuenta que la bilis es muy irritante y, es prioritario evitar su contacto con la piel del paciente. En los drenajes redón, pera

hemovac, hay que tener en cuenta que si se llena el recolector pierde efectividad y capacidad de aspiración. Cambiaremos el recolector restableciendo el vacío (recomprimiendo).

Criterios de permanencia / retirada de drenajes

- Según calidad del exudado: Seroso, serohemático, hemático, bilioso, pus, fecaloideo.
- Según la cantidad de débito; Que depende del tipo de drenado; así, por ejemplo, es normal o esperable que una S.N.G drene más de 500 ml/24 h, en obstrucciones intestinales o que un Kehr drene 200 – 400 ml/24 h, de bilis. NORMA GENERAL: el drenaje se retirará cuando el drenado sea seroso y/o mínimo. Esta es un área de controversia entre los distintos especialistas y facultativos de una misma especialidad.

5.9 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

Los pacientes críticamente enfermos con frecuencia presentan desarreglos fisiológicos tan extremos que llevan a que los cuidados que reciben dentro de las unidades de terapia intensiva (UTI) prioricen la recuperación y el mantenimiento de la homeostasis. De esta manera, la falla orgánica aguda recibe mayor atención en la UTI, particularmente durante las etapas iniciales de la enfermedad.

Debilidad adquirida en UTI La debilidad adquirida en UTI es una complicación frecuente de la enfermedad crítica. Aunque fue descrita por primera vez en pacientes asmáticos severos que requirieron altas dosis de corticoesteroides y bloqueantes neuromusculares, también ha sido reportada en pacientes con sepsis o disfunción multi orgánica. La característica principal de este síndrome es la debilidad muscular que afecta las extremidades, particularmente los miembros inferiores. Esta debilidad suele tener una distribución simétrica y ser más evidente a nivel proximal (por ejemplo hombros y caderas). No es frecuente el hallazgo de debilidad en los músculos faciales y oculomotores. Sin embargo, la musculatura respiratoria puede encontrarse afectada e impedir o retrasar el destete y prolongar

la ventilación mecánica. De Jonghe y col.16 hallaron una correlación significativa entre la fuerza muscular de las extremidades y la fuerza de los músculos respiratorios, sugiriendo que ambas alteraciones representan dos aspectos de la misma enfermedad. Los estudios electrofisiológicos y las evaluaciones histológicas han permitido sub clasificar la debilidad adquirida en UTI en polineuropatía del paciente crítico (PPC) o miopatía del paciente crítico (MPC), aunque existe una clara superposición entre ambas entidades. La PPC se caracteriza por presentar degeneración axonal primaria, inicialmente distal, a predominio motor. Los estudios electrofisiológicos muestran una reducción en la amplitud de los potenciales de acción compuestos motores y sensitivos, con velocidad de conducción conservada y sin signos de desmielinización. La MPC se presenta con debilidad muscular generalizada y función sensitiva conservada.

Barreras de la Movilización:

- Presencia de CVC femorales
- Tiempo de otros procedimientos
- Manejo de sedación
- Inestabilidad respiratoria
- Inestabilidad hemodinámica
- Inestabilidad Neurológica
- Indicación médica

Beneficios de la movilización temprana:

- Disminución del delirium
- Disminución de días de VM y NAMV

- Disminución de la estadía en UCI y de la estadía Hospitalaria
- Reduce el uso de CVC
- Reduce las IAAS
- Reduce sedación
- Disminuye readmisión y mortalidad a 12 meses

Alteraciones durante la movilización: Varían de 0 a 70%

- Hipotensión arterial
- Arritmias
- Hipo ventilación y desaturación
- Desplazamiento o retiro de dispositivos
- Dolor
- Vómitos- aspiración
- Perdida de monitorización
- Cese de administración de drogas
- Desconexión de VM

Complicaciones asociadas al reposo prolongado en cama:

- Atrofia Muscular
- UPP • Atelectasias.
- Disminución de la presión inspiratoria máxima y la capacidad vital

- Desmineralización ósea
- Disminución: GC, RVS.
- La debilidad puede persistir durante años post alta

Consecuencias de la inmovilización prolongada:

Inmovilización por tres semanas:

- Pierde el 50% de la fuerza muscular
- Perdida aumentada de nitrógeno ureico de 2 a 12 g/día
- Perdida de calcio de hasta 4 g/día
- Balance negativo de Na, K y P

Consecuencias de la inmovilización prolongada: Después de 8 semanas:

- Se desarrolla intolerancia a los carbohidratos
- Perdida del 16% de masa ósea
- Mayor riesgo de desarrollar TVP
- Hipotensión ortostática
- UPP
- Anquilosis articular

5.10 ULCERAS POR PRESIÓN

La úlcera por presión como la lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por la presión prolongada o fricción entre dos planos duros; y de la misma manera denominamos

úlceras iatrogénicas a la pérdida de continuidad de ciertas superficies epiteliales del organismo provocadas por "accidente asistencial". En su producción intervienen mecanismos de presión y roce derivados del uso de materiales o utillaje empleados en el tratamiento de un proceso distinto.

Cuidados de las úlceras por presión En la planificación de los cuidados del paciente con úlceras por presión deberíamos tener presente:

- Contemplar al paciente como un ser integral
- Hacer un especial énfasis en las medidas de prevención
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familia en la planificación y ejecución de los cuidados
- Configurar un marco de práctica asistencial basada en evidencias científicas
- Tomar decisiones basadas en la dimensión coste/beneficio
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de investigación.

1. Localización de las UPP Zonas más susceptibles de desarrollar UPP

• Decúbito supino: Occipital, escápulas, codos, sacro, coxis, talones, dedos de pies.

Decúbito lateral: Pabellón auricular, acromion, costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias, maléolos tibiales, dedos/lateral del pie.

• Decúbito prono: Frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas, ilíacas, pubis, genitales (en los hombres), rodillas, y dedos de los pies.

- Sedestación: Occipital, escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas. Glúteos, huecos poplíteos y talones
- Sujeción mecánica y otros dispositivos: fosas nasales (con sondajes), pabellón auricular (gafas nasales), meato urinario (con sondaje vesical), muñecas y tobillos (con sujeciones).

5.11 HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO.

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, y tratar de ofrecerle buenos hábitos de higiene para el futuro - Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe

- Recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente, así como el estado de su piel
- Activar la circulación sanguínea
- Establecer una relación con el paciente, alentándolo a ser tan independiente como le sea posible
- Evitar las enfermedades de la piel más comunes, manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente.

Precauciones

- Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada
- Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos.

- Durante todo el procedimiento, mantener la puerta y la ventana cerradas, proteger la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente.

Lavado de la cara:

- Retirar la ropa de la cama, dejando al paciente cubierto con la sábana encimera hasta las axilas
- Utilizar una de las esponjas para el lavado de cara, cuello y orejas
- Si se aplica jabón tener mucho cuidado de verterlo en los ojos por posibles irritaciones
- Aclarar
- Secar con la toalla.

Lavado de miembros superiores:

- Utilizar el mismo material que para la cara
- Lavarle las manos introduciéndolas en la palangana, si es posible y haciendo hincapié en zonas interdigitales y uñas
- Aclarado y secado de las mismas
- Lavado de antebrazo, brazo y axila; aclarado y secado
- Comenzar si el aseo lo realizan dos TCE (técnicos en cuidados de enfermería) por el brazo contrario al lugar en que se esté realizando el aseo.

Lavado de tronco:

- Descubrir al paciente hasta la zona perineal

- Utilizar el mismo material que en el apartado anterior, realizando el lavado, haciendo hincapié en las zonas debajo de las mamas y ombligo

- Reservar ese material para el lavado de espalda.

Lavado de extremidades inferiores:

- Cambiar el material: agua, esponja y toallas

- Cubrir tronco con sábana encimera

- Descubrir las piernas y proceder a su lavado, poniendo especial atención a las ingles, huecos poplíteos, espacios interdigitales y uñas.

La puesta en orden se debe realizar antes y después de realizar el procedimiento

- Siempre se debe respetar la intimidad del paciente

- Las zonas que no están siendo aseadas deben permanecer cubiertas

- Se debe vigilar que la temperatura del ambiente sea la adecuada para realizar el procedimiento

- El personal que realiza el procedimiento debe tener en cuenta la edad del paciente, el estado neurológico, cual es el grado de dificultad que presenta el paciente para realizar su propio autocuidado y el grado de movilidad.

- Se debe recordar siempre que la higiene se realiza de la zona menos contaminada a la más contaminada, para evitar contaminar zonas que no lo están.

- El personal que realiza el procedimiento debe siempre aplicar las normas de la mecánica corporal para evitar así lesiones innecesarias.

5.12 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

La parada cardio-respiratoria (PCR) es una de las principales causas de muerte, y se considera un problema sanitario importante (4-7). En el mundo industrializado afecta entre 30 y 55 personas por cada 100.000 habitantes al año y con una supervivencia que en el mejor de los casos no llega al 8% (7-8).

- actuación del equipo de enfermería en la parada cardiorrespiratoria

En todas las paradas cardiacas intrahospitalarias hay que:

- ♣ Reconocer la PCR inmediatamente
- ♣ Activar el sistema de alerta hospitalario
- ♣ Inicio inmediato del Soporte vital básico o inmediato Los enfermeros y auxiliares de enfermería, deben estar capacitados para iniciar y mantener el SVB hasta la llegada del equipo SVA. Esto debe ser un proceso continuo desde que se detecta la situación hasta la valoración por el equipo de SVA (NE IV, GR C) (19,26). El auxiliar de enfermería realizará todas las actividades delegadas por el enfermero durante las maniobras de soporte vital.

Reconocer la PCR inmediatamente Se debe valorar:

- ♣ Nivel de consciencia. Comprobar la respuesta de la víctima
- ♣ Ausencia de respiración o respiración ineficaz

Activar el sistema de alerta hospitalario Activar el sistema de alarma establecido en cada hospital, para movilizar y dirigir al equipo de SVA al lugar de la PCR, transmitiendo el mensaje: "Parada cardiorrespiratoria y la localización". Verificar la correcta recepción del mismo y regresar con el paciente para realizar maniobras de SVB hasta que llegue ayuda. Si hay varios profesionales, el más entrenado comienza el SVB mientras el otro llama al equipo de reanimación y lleva el carro de

parada y el desfibrilador. Si solo está presente un profesional, dejará al paciente y solicitará ayuda.

Revisión del carro de parada y reposición del material Se recomienda consultar el Procedimiento de dotación y mantenimiento del carro de RCP. Tras finalizar las maniobras de Soporte Vital, el personal de enfermería (enfermero y auxiliar de enfermería) revisará el carro de Parada y repondrá el material utilizado y la medicación inmediatamente.

5.13 CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA.

La intubación endotraqueales es un procedimiento médico que consiste en introducir una cánula o tubo en la tráquea a través de la boca o nariz para permeabilizar la vía respiratoria con el fin de conservar o restablecer el medio interno mediante la optimización de la oxigenación que permita conservar o mejorar la perfusión a órganos vitales,

Cuidados y mantención de la traqueostomía:

- a. Vigilar, riesgo de ocurrencia de hemorragias y obstrucción de la cánula por coágulos esencialmente durante las primeras horas
- b. Mantener la cabecera de la cama en ángulo de 30° durante las primeras horas post procedimiento y mantener la alineación del cuello.
- c. Evitar la flexión anterior del cuello para facilitar el paso expedito del aire. Evite el uso de almohadas durante los primeros días post procedimiento.
- d. Explicar al paciente que no podrá hablar y facilitar la comunicación escrita o mediante gestos.
- e. Mantener la fijación de la cánula externa introduciendo una cinta a través de los orificios de la placa frontal y rodeando el cuello por la parte posterior. El nudo debe quedar siempre visible, a un costado del cuello.

f. Evitar desplazamiento o retiro accidental de la cánula externa puede gatillar una emergencia vital por obstrucción de la vía aérea.

Esencialmente antes de las 48 hrs. que no se ha formado un trayecto seguro

g. Mantener el balón inflado con una presión de 15 a 20 mmHg. La presión correcta es aquella que impide el desplazamiento, medir y registrar la presión del balón cada 12 horas y cada vez que exista sospecha de fuga y/o desplazamiento.

i. Limpiar la estoma con suero fisiológico y utilizando técnica aséptica.

j. Mantener la estoma cubierta con una gasa que se fija por debajo de la placa frontal o moltopren que facilita aireación

k. Aportar oxígeno humidificado., recordar que la cánula de traqueostomía, obvia los mecanismos fisiológicos de humidificación y filtración de la vía aérea.

l. Evitar la tracción de las conexiones de oxígeno sobre la traqueotomía. Si el paciente ventila en forma espontánea, aportar oxígeno a través de un collar de traqueostomía. m. Si el paciente está en ventilación mecánica, utilizar un codo angulado para conectar el circuito de mangueras a la traqueostomía. La tracción que ejerce el peso de las conexiones puede desplazar la cánula y ocasionar daños:

- Erosión de la mucosa traqueal por un roce mantenido
- Enfisema subcutáneo por fuga de aire a través del tejido celular subcutáneo (pacientes en ventilación mecánica)
- Salida accidental de la cánula
- Si cuenta con cánula interna, cambiar cada 8 horas

5.14 REALIZAR MORTAJA

La operación de amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función en auxiliares de enfermería (personas encargadas). En ambos casos, el celador de planta se limita a colaborar en la práctica del amortajamiento, simplemente movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a los enfermeros la realización de su cometido. El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuario.

Técnica de amortajamiento

El amortajamiento del cadáver consiste en la preparación del mismo para que pueda ser velado por los familiares antes de proceder a su entierro o incineración.

Consiste en proporcionar cuidados técnicos a la persona después del fallecimiento. La primera maniobra a realizar en los Cuidados Post-Mortem es retirar drenajes y sondas del fallecido.

Material de amortajamiento

- Guantes
- Sábanas
- Mascarilla
- Etiquetas
- Pinzas
- Material de aseo
- Bata
- Vendas
- Algodón
- Bolsas de basura
- Toallas

Se debe Solicitar a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento, ayudarles en todo lo necesario en esos difíciles momentos.

Trasladar al paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación o, en su defecto, aislarlo mediante un biombo o cortina para respeto del mismo y los demás usuarios ya que tiende en ocasiones a encontrarse en pabellón.

Técnica

1. Lavarse las manos correctamente y colocarse los guantes.
2. Poner el cuerpo en posición de decúbito supino y alineación recta con una almohada bajo la cabeza para elevarle junto a los hombros y así impedir el estancamiento de sangre en la cara que provocaría cambios de color.
3. Retirar todos los apósitos sucios, vendas, y retirar tubos y catéteres. Cubrir las heridas o incisiones abiertas con un nuevo apósito limpio y pequeño
4. Realizar el aseo de todo el cuerpo (Realizar la higiene completa del fallecido. Lavarle la cara y afeitarle si hace falta, limpiar secreciones) poner especial cuidado en la limpieza de boca, dientes y encías.
5. Peinar el cabello
6. Taponar con algodón todos los orificios naturales: boca, fosas nasales, oídos, recto y, en la mujer, vagina.
7. Colocar las prótesis dentales (si se es el caso) en la boca y cerrarla. Esta operación se efectúa colocando la mano en forma de copa bajo el mentón y ejerciendo una ligera presión, anudándola fuertemente a la cabeza. Cerrar los ojos si están abiertos, estirando levemente de las pestañas ejerciendo una presión suave con las yemas de los dedos. Si no permanecen cerrados, se coloca una torunda de algodón húmeda sobre cada uno
8. Antes del traslado, asegurarse de que las puertas de las demás habitaciones están cerradas y de que no circulan pacientes por los pasillos.
9. Entregar las bolsas con las pertenencias a la familia. Deben anotarse los artículos reunidos y la persona a quien se hace la entrega y registrar en la historia clínica y en las gráficas correspondientes todos los datos de interés

10. Comprobar que el parte de defunción esté bien cumplimentado y se haya entregado a la familia.
11. Anotar en los registros de enfermería de evaluación: día y hora del fallecimiento y proceso de atención llevado a cabo.
12. Recoger toda la documentación de la historia.

6. EVENTOS ADVERSO EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

6.1 CONCEPTOS DE CALIDAD EN SALUD

La OMS define como requisitos de la calidad en salud: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población.

- En Colombia hay una reglamentación para la prestación de los servicios de salud y con el fin de mejorar los mismos en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida está que precisa en su artículo 4º: “La calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

- Específicamente para enfermería se encuentra que reglamenta el ejercicio profesional de enfermería y precisa que la calidad en el cuidado es una ayuda eficiente, efectiva y oportuna, con un uso adecuado de los recursos de tal forma que genere el impacto deseado para los receptores de ese cuidado, bien tal, que debe tener su fundamento en valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos Gilmore C. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg. Aun cuando estas definiciones están más ligadas a las competencias del quehacer médico, ya el mismo Donabedian, nombra y resalta la importancia de la participación de las enfermeras en la calidad de la atención en salud y de cómo la calidad de su atención no se debe limitar a la aplicación de las técnicas o normas

con experticia teniendo en cuenta para esto que la labor de la enfermera es algo más que un trabajo, es una vocación. "al fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema. El comercialismo no debe ser la fuerza central en el sistema".

De acuerdo a las definiciones anteriores, la calidad debiera ser inherente a la prestación de los servicios de salud un bien y un valor de los mismos con el fin de brindar esta atención y que el usuario/cliente/paciente satisfaga sus necesidades presentes y porvenir.

6.2 ÉTICA Y PROFESIÓN

PROFESION

Una profesión es una actividad humana y social en la que se presta un servicio específico de forma institucionalizada. Este servicio debe ser único, claramente definido y sobre todo debe hacerse o generarse por ser indispensable, es decir aquel del que la sociedad necesita para obtener o mejorar la salud, educación, convivencia, entre otros. Quienes ejercen una profesión tienen inherente una misión y vocación que exige de ellos una preparación específica y dedicación de su tiempo de ocio para su perfeccionamiento, obteniendo con esta su medio de vida, así mismo este perfeccionamiento, esta dedicación vocación le otorga a ese la autonomía necesaria para tener un sentido de pertenencia con la profesión que le otorga el título de "experto" en el saber correspondiente. La práctica de cualquier profesión exige que esta sea ejercida con presteza y entrega, desarrollando las destrezas necesarias para poner al servicio de la población que requiera de dicho servicio, aquellas cualidades y unificación de criterios que influyen en los diferentes comportamientos y situaciones, en la toma de decisiones y en la participación desde su ámbito profesional con otras disciplinas. Esto conduce a pensar y aplicar la ética en todos los actos de enfermería y no solo en aquellos que se consideren excepcionales (aplicación reductiva de la ética), el profesional de enfermería debe estar en permanente búsqueda de respuestas acerca de cuál debe ser su

comportamiento en cada situación. Como se ha dicho antes, los profesionales de enfermería trabajan con otras ramas de la salud, principalmente con la medicina con la que está en estrecha relación de colaboración y coordinación y en algunas situaciones dependencia de su accionar, sin embargo no debe entenderse esta dependencia como una subordinación, como un desentendimiento de la responsabilidad en los actos de modo que no puede cobijarse al amparo de que se actúa por delegación, pues no es admisible la confusión o imprecisión en su comportamiento y mucho menos la ambigüedad respecto de la ética. En correlación con la deontología en enfermería en Colombia existe una legislación específica para su ejercicio profesional, regulado por la Ley 911 de octubre de 2004, la cual en su artículo 11º dice que “el profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no de resultados. La valoración ética del cuidado de enfermería deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y Lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente. Con lo anterior podemos llegar a la conclusión de lo que está en juego en la ética en enfermería es nada mas – y nada menos – que la dignidad y la vida de la persona, algo cuya defensa y promoción nos ha sido confiadas a todos los hombres – y especialmente a los médicos y enfermeras -, en tanto que nuestro actuar es directamente interdependiente de las otras vidas humanas, y de las que en conciencia debemos sentirnos responsablemente deudores, puesto que de nosotros depende acrecerlas o arruinarlas.

6.3 CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL EVENTO ADVERSO

6.3.1 ERROR, ERRAR

- Error: acto humano relativo a no acertar o cometer un error, no acertar, equivocarse¹⁹ Este concepto es importante entenderlo ya que muchos de los

acontecimientos son producto de las falencias humanas, cualquiera que estas sean, concretamente es importante entender que “errar es humano”. Ministerio de la Protección social. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Título III, artículo 11º Error: concepto equivocado o juicio falso; dicho o acción desacertada o equivocada; diferencia entre el resultado real obtenido y la previsión que se había hecho o que se tiene como cierta²⁰, equivocación de buena fe. En el campo de la práctica clínica las definiciones más acertadas o aplicables son las de “acción desacertada”, “equivocación de buena fe” y “juicio falso”, todos ellos dentro del contexto de una práctica sin intenciones dolosas que estarían enmarcadas dentro de otro concepto que ya incluye una acción penal.

IATROGENIA

La palabra iatrogenia deriva del griego: iatos: médico y genia: origen. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua española: Dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico". Siguiendo estos preceptos al optar un tratamiento o intervención la primera consideración debiera ser el principio Hipocrático de evitar el daño: "Priman no 26 Es más frecuente de lo que se piensa y por lo tanto representa un riesgo evidente para los pacientes. En Estados Unidos en el año 2000 se produjeron 225.000 muertes provocadas por efectos iatrogénicos, que se enumeran a continuación:

- 12.000 debidos a cirugía no necesaria.
 - 7.000 errores de medicación.
 - 20.000 otros errores en los hospitales
 - 80.000 infecciones intrahospitalarias
 - 106.000 debidas no a error sino al efecto adverso de los medicamentos.
- Basándonos en estos cálculos, la iatrogenia sería la tercera causa de muerte en EE. UU. Después de las afecciones cardíacas y las enfermedades cerebro vasculares.

Existe un fenómeno que se da en todos los ámbitos, que se ve su mayor severidad en unidades de cuidado intensivo y es la iatrogenia por efecto cascada, que es una serie de efectos graves provocados sucesivamente en la salud de los pacientes, por las intervenciones médicas aplicadas a resolver el problema anterior. Un ejemplo sencillo es el de un paciente que cursa con una hipotensión severa provocada por un choque séptico, a quien ordenan suministrar Noradrenalina, que por su patología requiere dosis elevadas que a su vez, provocan una hipo perfusión periférica severa con compromiso renal, llevando el paciente a falla renal aguda, Vol. 58 - Nº 3, Junio 2016 27 acarrea al paciente una isquemia mesentérica y con una mala perfusión distal de las cuatro extremidades, provocando entre otras, isquemia de pulpejos. Para mejorar el cuadro séptico y de falla renal se hace necesario el uso de hemofiltro, que le ocasiona al paciente mayor hipotensión, como se ve, el paciente termina en un círculo vicioso que lo conduce a la muerte. Fenómeno común que se sucede en cuanto no se tiene una correcta previsión, una consideración de riesgos, situación que en sí misma, considerase un evento adverso.

ERROR MEDICO

“Aunque es humano errar, es inhumano no tratar, si es posible, de proteger de fallas evitables y peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos” Max, cirujano, músico y fotógrafo 2015-2017 El error ha sido definido como, el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto, o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. En nuestro medio las definiciones del error médico se han basado en concepciones y principios de la moral, la ética y deontología médica, es decir que está vinculada, al deber, al humanismo, hermandad y solidaridad, que significan el respeto a la dignidad humana. Por ejemplo:

- Error médico es el que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como 28 la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional.

- Error médico es todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el real problema de salud del paciente. Se excluye la imprudencia, infracciones y la mala práctica. El Dr. Lucian, pediatra y profesor, quien inicia con la investigación y estudio de la seguridad de los pacientes en 1993 junto con sus colaboradores idearon una categorización útil para agrupar errores sobre los cuales el sistema o el médico pueden intervenir de forma conjunta y que los dividen en:

- Diagnósticos:

Error o retardo en el diagnóstico

Falla en el uso de las pruebas indicadas

Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas

Falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por la monitoria o la prueba •
Terapéuticos:

Error en la realización de una operación, un procedimiento o una prueba o Error en la administración del tratamiento

Error en el método o la dosis de un medicamento

Retraso evitable en el tratamiento en la respuesta a una prueba anormal.

Cuidado inapropiado no indicado

- Preventivos:

Falla para proveer un tratamiento profiláctico

Seguimiento del tratamiento inadecuado

- De otro tipo:

Falla en la comunicación o Falla en el equipo

Falla de otros sistemas Estos errores tiene la facultad de ser prevenibles, con presencia en su mayoría en áreas de mayor tecnología tal como la neurocirugía, cirugía cardiovascular, salas de cirugía, servicios de urgencias y unidades de cuidado intensivo.

La presencia e incidencia de los errores depende también en gran parte de la condición general de salud de los pacientes. Teniendo en cuenta esto los fallos más importantes se presentan en el manejo de infartos de miocardio, el diagnóstico de los accidentes cerebro vasculares y de medicación y respuesta sub óptima de los médicos a los signos y síntomas en los casos de paro cardiaco. En estos casos, dichos pacientes deben ser atendidos y tratados por personal altamente entrenado en el tema y que siga procedimientos estándar de atención, que no permitan la sub utilización o el INSTITUTO DE MEDICINA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

6.4 EL EVENTO ADVERSO

Para el entendimiento de los conceptos que describen un evento adverso es importante reconocer que estos ocurren con mucha frecuencia, que son derivados no solo de fallas humanas sino de los sistemas, este reconocimiento y entendimiento es el primer paso para la prevención y corrección de los mismos, también es importante saber cuáles son las causales que llevan a que el equipo de salud cometa errores, sin embargo y para tener en cuenta, la mayoría de los eventos adversos no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, sino que más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización, reconociendo que estos eventos son multifactoriales y raramente suceden por falta de cuidado o de un solo individuo. Se define como evento adverso a la situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente. Ocurren debido a que algo que fue planificado como parte de la atención médica no funcionó como era deseable o porque esa planificación fue la equivocada. No debe entenderse como error médico los cometidos por los médicos, sino las situaciones

adversas que se presentan por la prestación de salud. Todo el sistema es el involucrado en los errores médicos, profesionales y personal no profesional de la salud, infraestructura, procesos desarrollados dentro de la institución, entre otros. Situación que ocurre durante el cuidado clínico y que resultan en daño físico o psicológico secundario a iatrogenia y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del paciente, diferente de aquellos eventos adversos que no se pueden prevenir llamado complicaciones o reacciones adversas. Por tanto, aquel evento adverso que hubiera sido posible prevenir utilizando medidas razonables, es entonces por definición un error médico. El Ministerio de la protección social en su anexo técnico, Resolución 1446 de 2006 define como efecto adverso a las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención de salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud²⁶ del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no – calidad. - Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica. Los eventos adversos (EA) pueden ocurrir debido a la conjunción de múltiples fenómenos, como procesos mal desarrollados, tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas. El error es una de las causas de eventos adversos, pero daño y error no siempre van ligados. Franco.

EVENTO CENTINELA

La Joint Commission define Evento Centinela como “un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas”.

6.5 CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Al respecto Gómez y Espinosa dicen: Existen múltiples formas de clasificar el evento adverso, una de las más útiles respecto a la definición de la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en evento adverso prevenible y no prevenible. El evento adverso no prevenible es la complicación que no puede ser

prevenida dado el estado actual del conocimiento; el evento adverso prevenible es el mal resultado de la atención que puede ser prevenido con el estado del conocimiento. Se emplean otras denominaciones, como accidente (evento que implica daño a un sistema definido e interrumpe el proceso o los resultados futuros del sistema), complicación (evento adverso relacionado con el procedimiento de carácter inevitable), errores latentes (errores en el diseño, la organización, el entrenamiento y mantenimiento que llevan al operador a problemas cuyos efectos permanecen dormidos en el sistema por largos periodos de tiempo) .Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar.

6.5.1 EVENTO ADVERSO MEDICAMENTOSO

Es el más reportado en la literatura y de ahí que sea definido a continuación específicamente. Cualquier signo no intencionado o desfavorable o enfermedad asociada temporalmente con el uso de un producto medicinal provocada como respuesta a cualquier dosis usada” definición que se asemeja a la de reacción adversa al medicamento, con la diferencia que la reacción adversa se puede prever por las descripciones técnicas y no tiene que ver con error en la prescripción, solicitud y administración del mismo. “Cualquier evento previsible que puede causar o conducir el uso inadecuado de medicamento o riesgo al paciente, mientras el medicamento se encuentre bajo el control del profesional de la salud, paciente o consumidor. Tales eventos puede estar relacionados a la práctica profesional, a los productos de salud, a los procedimientos y sistemas, incluyendo: prescripción; comunicación de la orden; rótulo, embalaje y nomenclatura de los productos; preparación; almacenamiento; distribución; educación; monitoreo y uso”²⁹ Son múltiples las causas en la aparición de un evento adverso medicamentoso. Tomado del informe: “Desarrollo de indicadores en el uso de COUISNS, Calnan. Sistema de reporte en errores en la medicación. Asociación farmacéutica americana; 2017 se enuncian a continuación los pasos susceptibles de error en el proceso de medicación: • Prescripción:

Necesidad del medicamento y uso correcto

Individualización del régimen terapéutico

Obtención de la respuesta terapéutica deseada

- Distribución:

Revisión de la orden

Procesamiento de la orden

Composición y procesamiento del medicamento

Entrega a tiempo

- Administración:

Administración de la droga correcta al paciente correcto o Administración en el momento indicado.

Información al paciente acerca de la administración del medicamento.

- Seguimiento: o Seguimiento y documentación de la respuesta del paciente o Identificación y reporte de las reacciones adversas a medicamentos o Reevaluación de la selección del medicamento, el régimen, la frecuencia y duración

- Control de los sistemas y el manejo:

Colaboración y comunicación entre proveedores del servicio

Revisión y manejo del régimen terapéutico del paciente Como se ha dicho anteriormente son muchas las definiciones de evento adverso y todas tienen una conclusión: que la mayoría son prevenibles. Con base en las explicaciones anteriormente descritas, en lo sucesivo para el desarrollo de este trabajo se tratará como EVENTO ADVERSO (EA), a todo suceso que describa las situaciones inesperadas derivadas del “acto médico”.

6.6 CAUSAS DE LA APARICION DE EVENTOS ADVERSOS

Para argumentar el primer objetivo trazado, se considera importante la explicación de diversos enunciados que soporten y permitan identificar los factores de riesgo que inciden en la aparición/ ejecución de EA durante la atención brindada por enfermería. Es de rescatar que todas las actividades a las que está sometido el individuo, bien sean realizadas por enfermeras o por cualquier otro profesional del equipo de salud, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un EA ya que es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana sobrelleva un margen de error, es por esto que enfermería tiene como labor esencial hacer una correcta evaluación de los posibles 36 riesgos en la realización de todas y cada una de sus actividades³⁰ ya sean esta independientes, dependientes, interdependientes o delegadas. La ocurrencia de los EA no es de origen exclusivo del error humano, según la literatura se encuentra que la mayoría de los eventos adversos son originados por errores en los sistemas que llevan a una mala práctica o que no tienen los mecanismos incluidos en los procesos, que eviten la ocurrencia de los mismos.

6.6.1 MODELO DEL QUESO SUIZO

Modelo ideado por el Profesor James Reason, del Departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, quien en 1997 – en su trabajo titulado: “Gestión de los riesgos en los accidentes en una organización” con el que explica que los errores y las fallas están latentes en todos los sistemas y que por lo mismo son susceptibles de cometer faltas, para lo que los sistemas y las personas involucradas deben crear y mantener ciertas barreras que eviten el curso de una acción hacia un evento adverso. En el desarrollo del concepto del “queso suizo” existen dos abordajes contribuyentes en la aparición de estos errores, se pueden dividir en factores centrados en la persona y factores centrados en el sistema. ROBLE, R. María. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. Sociedad española de Enfermería intensiva y Unidades Coronaria; 2002. Los factores centrados en las personas tienen en cuenta que la ocurrencia de un error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el

personal de salud comete como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. Bajo este abordaje las estrategias que se generan para disminuir el riesgo se encaminan a campañas de difusión a través de carteles y mensaje, y en muchas ocasiones a sanciones a los individuos comprometidos. El modelo centrado en el sistema, que es más “sano” y práctico, tiene en cuenta que todas las personas cometen errores pero que estos errores son consecuencias de falencias en el sistema, por lo tanto estas debe ser buscadas y corregidas intentando modificar las condiciones para evitar los errores o mitigar sus consecuencias”, es decir que los seres humanos son falibles y que los errores son de esperar, aun en las mejores organizaciones. De tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que los errores sucedan. Cuando un evento adverso tiene lugar lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron. Idealmente estas barreras defensivas deberían permanecer intactas, pero en la práctica cada una de estas barreras son como rebanadas de un queso suizo que tiene varios orificios, estos se encuentran en continuo movimiento (a diferencia de un queso suizo), los cuales se abren y cierran a destiempo, pero no es la sola presencia de estos orificios la causa de los errores, cuando en un momento dado estos orificios alinean dejando espacio para una misma trayectoria se crean todas las posibilidades para que un evento adverso sobrevenga. Ortiz, Zulma. Error en medicina: un flagelo oculto. Academia nacional de medicina. Centro de investigaciones epidemiológicas. Argentina. “Hay pruebas cada vez más claras de que los niveles inadecuados de la dotación de personal de las instituciones guardan relación con el aumento de acontecimientos tales como las caídas de los pacientes, las heridas causadas por la permanencia en cama, los errores de medicación, las infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de mortalidad en los hospitales. La escasez y los pobres rendimientos del personal por su baja motivación o la insuficiencia de sus capacidades técnicas son también importantes factores determinantes de la seguridad de los pacientes”

6.6.2 INCIDENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS

En cuanto a datos estadísticos acerca de los eventos adversos no hay mucha información a nivel nacional, y su magnitud por lo tanto no se conoce debido a que es una situación sub-notificada a pesar de ser el evento adverso ubicuo. En unidades de cuidado intensivo la incidencia que se registra puede llegar a ser de 1.7 EA por paciente por día³⁴. Aiken, I; et al. Equipo de enfermeras en el hospital y mortalidad de pacientes. Burnout en enfermeras e insatisfacción en el trabajo. Una mirada en la naturaleza y las causas de los errores humanos en la unidad de cuidados intensivos. La incidencia puede ser subestimada debido a que los datos y resultados arrojados no son la totalidad de los hechos ocurridos por la ya conocida falta o información insuficiente. El conocimiento de la posibilidad de la ocurrencia de los EA y las consecuencias que se presentan luego de la ocurrencia de este durante la atención brindada por enfermería en la UCI, se constituye en una herramienta fundamental para brindar su atención con más calidad y con mayor certeza. A nivel mundial se tiene importantes datos acerca de la incidencia de los EA, entre ellos quizás el más importante y contundente hasta ahora es el informe antes mencionado "Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro" arrojado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 2016, que reporta que los EA causan entre 44.000 y 98.000 muertes al año en EUA, cifra más importante que las muertes causadas por cáncer de mama, SIDA y accidentes de automóvil, con un costo de pérdidas calculadas entre 17 y 29 millones de dólares por año, que incluye, los sobre costos adicionales generados por los errores (mas insumos, medicamentos, días de hospitalización, mas tecnología, demandas, entre otros), pérdida de ingresos y de productividad en los hogares y las discapacidades que se pueden derivar de estos, sumado a los costos en términos de pérdida de confianza en el sistema de salud. Aunado a estos altos "precios" que se "pagan" por la ocurrencia de los errores, queda en los profesionales de salud implicados, un derrumbe moral y frustración además de acarrear con las consecuencias legales de tal acontecimiento. Instituto de medicina de los Estados Unidos de América. Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro. En 2015 En el informe de "Una organización con memoria" de 2017 del departamento de salud del Reino

Unido, revelo que cerca del 10% de las hospitalizaciones sufren eventos adversos, así mismo en Australia la tasa es de 16.6% según un estudio realizado en 1995 QAHCS (Estudio australiano en la calidad de atención). En el 2000 un Grupo de trabajo sobre la calidad de la atención hospitalaria en hospitales de Europa estimó que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufrió daños evitables y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos. “El problema de la seguridad clínica de los pacientes pertenece al mundo de la salud y no sólo a los hospitales de los países desarrollados que informan en la literatura médica internacional. Múltiples factores no sólo institucionales y humanos, sino también gubernamentales, académicos y tecnológicos relacionados con la atención de pacientes no son tenidos en cuenta durante el proceso de atención y se traducen en fallas latentes que cuando se alinean producen el error. La construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras, es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos Restrepo, Francisco. Seguridad del paciente y seguimiento a riesgos en el sistema único de habilitación.

6.7 EVENTOS ADVERSOS Y ENFERMERÍA

Todo lo anterior está enmarcado dentro de un contexto clínico general, es decir que las aproximaciones previamente plasmadas no tienen un enfoque desde el punto de vista de enfermería específico, enfoque que se tratara de moldear en lo sucesivo. Para enfermería se creó recientemente una taxonomía de los errores, clasificada así: falta de atención las condiciones clínicas y reacción a los tratamientos instaurados, pérdida del rol de representante de los mejores intereses del paciente, inapropiado criterio clínico, error de tratamiento, falta de intervención sobre la evolución clínica del paciente, falta de prevención en el cuidado, equivocación en el ejecución en la prescripción médica y errores en la documentación. Cada actividad incluida en el proceso de atención de enfermería tiene de manera intrínseca, entonces, un riesgo de aparición de error en las que intervienen además otras variables como tipo de prácticas, de producto, procedimientos protocolos y el sistema en sí, sin que se pueda tener un único responsable dada la misma

interacción entre los diferentes elementos. Dentro del equipo de salud el profesional juega un papel protagónico no solo por su trabajo de cuidar al paciente sino porque por su misma condición es el puente conector entre paciente y el resto del equipo de modo que un error en la comunicación considerase ya un evento adverso por lo que este fallo puede generar.

6.8 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA APARICIÓN / EJECUCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UCI

La ocurrencia de eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos es una situación donde las condiciones propias de los seres humanos, bien sea del que brinda cuidado como del que lo recibe, de las instituciones, de los ambientes de trabajo y de las políticas confluyen para generar el error, todo lo que se ve potencializado frente a un ambiente como lo es el de cuidado intensivo en el que dada la condición de salud de los pacientes que se maneja, la tecnología, los dispositivos, los medicamentos que se utiliza y el nivel de complejidad bajo el que se desarrollan todas las actividades 57 confluyen para hacer ambientes y condiciones propicias para que se den eventos adversos. Se reconocen cinco actores que pueden participar en la ejecución de un error, dentro de estos como se ve a continuación, enfermería es el principal protagonista. (Gráfica No. 6) Estas variables que intervienen en diferentes momentos del proceso de atención en salud, por sus condiciones específicas permiten establecer que la ocurrencia de un evento adverso no es unicausal donde las diferentes variables se mezclan y funcionan como piezas de un engranaje que forja un resultado funesto y perjudicial, donde todo actúa como un círculo vicioso permitiendo la aparición del efecto del “queso suizo”. De estas, sobre las que más se hace énfasis, son las que tienen que ver con el profesional; el equipo de trabajo y condiciones laborales y se enuncian los factores propios del paciente como factor de riesgo, siendo este el menos contemplado, lo que puede tener explicación en que se concibe al paciente CRÍTICO como aquel individuo que por procesos fisiopatológicos se encuentra inestable al borde de la muerte, que está indefenso y que necesita que se le

satisfagan de manera parcial o total sus necesidades y que por lo mismo sería capaz de propiciar situaciones que le pongan a el mismo en riesgo

7.- SECUELAS PSICOLÓGICAS E IMPACTO EMOCIONAL TRAS EL ALTA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Los pacientes que sobreviven una terapia de medicina intensiva tienen más riesgo de desarrollar trastornos psicológicos graves, como estrés postraumático, después de la recuperación, revela un estudio.

Los investigadores del Hospital de la Universidad de Londres encontraron que más de 55% de estos pacientes desarrollan estos trastornos, incluidos altos niveles de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

7.1 TRASTORNOS CEREBRALES LUEGO DE INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

Los pacientes críticos que pasan varios días en una unidad de terapia intensiva (UTI) a menudo desarrollan trastornos cognitivos, que pueden durar más de un año.

Los autores hallaron que los pacientes de las UTI con delirium, un estado confusional agudo que impide la concentración, eran especialmente vulnerables a los trastornos de la memoria y el funcionamiento cognitivo.

"Cuanto más se prolonga el delirium, mayor probabilidad de padecer trastornos cognitivos prolongados similares a los provocados por el Alzheimer o un traumatismo cerebral", dijo el doctor Wes Ely, del Centro Médico de la Vanderbilt University, en Nashville, Tennessee.

"Durante mucho tiempo, pensamos que el delirium era algo que ocurría sólo porque las personas permanecían en la UTI y que, en cuanto la abandonaban, se

recuperaban", dijo la doctora Karin Neufeld, psiquiatra de la Facultad de Medicina de la Johns Hopkins University, en Baltimore.

Ahora, según agregó, los médicos se están dando cuenta de que este síndrome confusional agudo podría ser un signo de mayor gravedad de la enfermedad.

"Tenemos que redoblar nuestros esfuerzos para reducir las internaciones de estos pacientes y prevenir el delirium", dijo Neufeld, que no participó del estudio.

Hace años que los médicos saben que ciertos pacientes son propensos a padecer algún grado de trastornos cognitivos después de las intervenciones hospitalarias.

La novedad es que esos trastornos se detectaron en una población con una gran variedad de enfermedades, según indicó Neufeld. Pero todos tenían una similitud: estaban muy enfermos.

El equipo de Ely estudió a 821 personas internadas en una UTI por una insuficiencia respiratoria o un shock. Las causas originales de internación eran infecciones o trastornos pulmonares o estomacales.

Casi tres cuartos de los pacientes desarrollaron delirium durante la internación en la UTI, que en general duró unos pocos días.

A los tres meses del alta, el 40 por ciento tenían trastornos cognitivos similares a los que padece una víctima de un traumatismo cerebral moderado, y el 26 por ciento tenía un resultado similar al de una persona con Alzheimer leve en una evaluación de la función cognitiva.

Y los problemas apenas se desvanecieron en el tiempo. Al año, el 34 por ciento de los pacientes mantenía las complicaciones de una persona con un traumatismo cerebral moderado y el 24 por ciento parecía un paciente con Alzheimer leve.

"Las probabilidades no son muy buenas en términos de recuperación", indicó Ely. "Algunos se recuperarán, pero la mayoría no lo hará y esto es preocupante", añadió.

A mayor duración del delirium en la UTI, mayor duración de los problemas cognitivos después del alta, según publica el equipo en New England Journal of Medicine. Los autores no pudieron asociar esos trastornos con un fármaco en particular y observaron que los pacientes más jóvenes tenían riesgos similares a los del resto del grupo.

"Quizás lo más preocupante es que los pacientes de 30 y 40 años que llegan (al hospital) sin una enfermedad preexistente están saliendo del hospital con un deterioro cognitivo profundo", dijo Ely a través de un comunicado.

Neufeld recomendó tratar el dolor en los pacientes de las UTI, pero evitar los sedantes todo lo que sea posible, y dejarlos caminar, si pueden, para aliviar el delirium.

7.2 ALTERACIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS SUFRIDAS POR LOS PACIENTES DURANTE EL INGRESO

"La experiencia en la UCI es una experiencia muy angustiada para cualquier persona. El despertarse en un lugar sin poder hablar, sin poder comunicarte sin apenas poder moverte, con muchísimo dolor y muchísimo miedo"¹³ Un ingreso en una UCI supone un mayor estrés que el provocado por un ingreso en cualquier otro servicio de un hospital. Las UCI se diferencian de otras unidades principalmente por la alta tecnología destinada a la vigilancia y cuidados intensivos, la limitación de la autonomía del paciente que pasa a desarrollar un rol pasivo dependiente del equipo sanitario y la gravedad de la situación médica. El ingreso se trata de un proceso de adaptación, al que los pacientes se tienen que enfrentar de forma inesperada, y durante el cual pueden desarrollar numerosas alteraciones. Estas alteraciones no se dan por igual en todos los pacientes, su aparición dependerá de la interacción de los factores individuales de cada persona. Las alteraciones sufridas más

frecuentemente por los pacientes ingresados en estas unidades son ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y el llamado Síndrome de Cuidados Intensivos.

Ansiedad y depresión

Estudio sobre la afectación psicológica, en términos de ansiedad y depresión, de los pacientes ingresados en una UCI.

Para ello, seleccionaron a 40 pacientes críticos (de edades comprendidas entre 22-82 años, 50% mujeres y 50% hombres) de la UCI del Hospital General de Castellón los cuales fueron evaluados mediante una serie de escalas. Las escalas utilizadas en el estudio fueron: Escala de Ansiedad y Depresión (HADS), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Estado de Ánimo y por último una Escala de Factores Estresantes de la UCI. Sobre estas escalas se hablará más extensamente en el Capítulo 3, como herramientas de detección precoz de alteraciones psicoemocionales y prevención de secuelas al alta.

Los resultados obtenidos en las escala HADS fueron que el 37,5% y el 30% de los pacientes tenían puntuaciones, de ansiedad y depresión respectivamente, mayores o iguales de 10 puntos lo cual es indicativo de probable problema clínico. Mediante el cuestionario STAI, se complementaron los datos de ansiedad obtenidos en la escala HADS, diferenciando entre Ansiedad como Estado (A-E) y Ansiedad como Rasgo (A-R). La A-E se caracteriza por ser un estado emocional transitorio mientras que la A-R se caracteriza por ser una propensión ansiosa estable. Los pacientes presentaban mayores puntuaciones en A-E que en A-R. De la misma manera, mediante el BDI se complementaron los datos de depresión obtenidos en la escala HADS.

Los resultados mostraron que un 17% de los pacientes tenían puntuaciones indicativas de depresión moderada (9-19 puntos) y un 3% puntuaciones indicativas de depresión grave (≥ 30 puntos). Por último, realizaron un cuestionario en el que los pacientes mostraban su “percepción subjetiva de malestar emocional” a través

de una serie de ítems valorables con una puntuación de 0-10 puntos. Analizando los pacientes que dieron una puntuación mayor o igual que 7, se obtuvieron los siguientes resultados: un 24,3% de los pacientes reflejó malestar emocional general, un 13,5% síntomas de ansiedad o nerviosismo y por último, un 8,1% ánimo deprimido.

Alteraciones del sueño

Existen numerosos estudios que evidencian que los pacientes ingresados en UCI no tienen un sueño suficiente ni de calidad. Se calcula que la prevalencia de trastornos del sueño en las UCI es del 21-62%.¹⁴

El sueño es un condicionante muy importante de la salud y a su vez, es primordial para la recuperación de los pacientes críticos. La mala calidad del sueño puede causar un retraso en su recuperación.^{14, 15} En el caso concreto de los pacientes sometidos a ventilación mecánica, por ejemplo, la privación del sueño puede provocar una prolongación del proceso de destete. Además, la alteración del sueño es considerada un factor físico que puede provocar por sí solo ansiedad y estrés en el paciente.

Gómez en su estudio <<Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos>> realiza una evaluación subjetiva de la calidad del sueño de estos pacientes.

Para ello utilizó la Encuesta Freedman en una muestra de 75 pacientes, de los cuales 59 eran hombres y 16 mujeres y con una estancia media de 4,59 días.

Al analizar los resultados vemos que un 22,7% de los pacientes refería dormir mal en su domicilio, ascendiendo este porcentaje a 33,3% en el caso de los pacientes que referían dormir mal en la UCI. Por lo tanto, los pacientes que dormían mal previamente en su domicilio, durmieron mal en la UCI (58,8%). De los pacientes que referían dormir bien en su domicilio, un 74,1% durmió bien en la UCI.

En cuanto a la medicación, un 22,7% de los pacientes tomaba medicación para dormir previamente al ingreso y este porcentaje ascendió a un 74,4% que tomó medicación para dormir durante el ingreso en la unidad. Sin embargo, el autor concluye que con los datos obtenidos no les permitía relacionar dormir mejor o peor y tomar medicación para dormir o no.

Igualmente, el autor no relaciona el sexo femenino o masculino con dormir mejor o peor. Sin embargo, se observa que a mayor edad los pacientes dan una peor valoración de su calidad de sueño. Los que peor valoraban la calidad de sueño eran los pacientes entre los 75 y 79 años.

Un resultado destacable es que a medida que avanzaba el ingreso mejoraba la calidad del sueño. Al principio del ingreso sólo un 35,6% refería dormir bien, a media estancia un 66,7% y al final del ingreso el 76,4% lo hacía.

En relación con este último punto, Navarro-García MÁ, et al.¹⁵ publican recientemente un estudio de la calidad del sueño en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca diferenciando entre primera y segunda noche de ingreso.

Para ello, utilizó una muestra de 66 pacientes (73% hombres y 27% mujeres) con edades comprendidas entre los 25 y 83 años. Los pacientes completaron el estudio la primera y la segunda noche de ingreso; simultáneamente completaron el Cuestionario del Sueño de Richards-Campbell (RSCQ) y un cuestionario propio que recogía factores intrínsecos relacionados con la cirugía y factores ambientales de la UCI.

Los resultados del RSCQ mostraron que, en general, los pacientes tuvieron un sueño regular con rápida conciliación del sueño inicial, frecuentes despertares y rápida conciliación del sueño tras los mismos.

Durante la primera noche lo peor valorado fue la profundidad del sueño, aunque fue valorado positivamente la rápida conciliación del sueño inicial.

Durante la segunda noche continuaban valorando negativamente el sueño ligero aunque predominaban los frecuentes despertares, fue valorado positivamente la rápida conciliación del sueño tras estos.

En cuanto al cuestionario de factores influyentes en el sueño, fueron clasificados como de mayor a menor en el siguiente orden: dolor, discomfort, ruido (alarmas y voces), luz, cercanía a otros pacientes y en último lugar las intervenciones de enfermería

7.3 SÍNDROME DE CUIDADOS INTENSIVOS

Otra alteración descrita en la literatura que sufren algunos pacientes durante su ingreso en una UCI es el Síndrome de Cuidados Intensivos. Hewitt J. Hewitt se refiere a él como un síndrome prevalente en las unidades de cuidados crítico y muy destructivo para la salud mental de los pacientes tanto durante ingreso como al alta. Otra característica de este síndrome es su infra diagnóstico.

Las causas más frecuentes de este síndrome son: la privación del sueño, las drogas o sedación, los factores psicológicos previos del paciente, factores orgánicos estresantes (hipotensión e hipoxia), la imposibilidad o dificultad en la comunicación y los factores ambientales estresantes de la unidad, descritos más adelante.

Factores identificados como estresantes por el paciente

Como se ha explicado previamente, el ingreso en este tipo de unidades supone un mayor estrés para el paciente que un ingreso en cualquier otro servicio del hospital.^{7, 9} Este estrés está provocado por una serie de factores tanto intrínsecos a la situación médica⁹ como ambientales de la UCI.

En el estudio de Gil B. et al.⁹ evalúan el grado de estrés de los pacientes de su muestra a través de la Escala de Factores Estresantes de la UCI. Los resultados mostraron que un 55% de los pacientes manifestaba un “estrés general intermedio” y un 30% de los pacientes refería el ingreso como “mucho/muchísimo estresante”.

Mediante la misma escala, evaluaron los factores intrínsecos a la situación médica que los pacientes percibían como estresantes.

7.4 FACTORES ESTRESANTES PARA LA FAMILIA

“Imagina que recibes una llamada en la que te dicen que alguien a quien quieres ha sufrido un grave accidente y se encuentra en la UCI en estado crítico. Entonces te apresuras al hospital y encuentras un ambiente extraño, desconocido y aterrador.”

El ingreso de una persona en una UCI provoca de igual manera estrés y ansiedad en sus familiares. Para ellos, estas unidades son lugares hostiles y agresivos que confirman donde su familiar se debate entre la vida y la muerte. Este estrés y ansiedad que sufren puede causar, de la misma forma que en los pacientes, alteraciones psicoemocionales como depresión, sentimientos de impotencia, desorganización mental.

En un reciente estudio realizado en la UCI de un hospital de Brasil, identifican los diferentes factores estresantes para las familias clasificándolos a su vez en cuatro grupos Necesidades de la familia del paciente ingresado en UCI

“En el caso de mi familia, supongo que le hubiera ayudado estar informada lo más puntualmente posible de la situación y de cuál era mi evolución”

Los cuidados en la UCI no deben estar centrados exclusivamente en el paciente, ya que sus familias también sufren el ingreso, deben focalizarse en la unidad familiar. Además del estrés y la ansiedad, el ingreso en cuidados críticos supone desorganización y crisis familiar. Por todo esto, es necesario conocer las necesidades de las familias en UCI. Podemos clasificar estas necesidades en cuatro categorías:

Necesidades cognitivas

Los familiares necesitan saber que el paciente está recibiendo los mejores cuidados. Para ellos, la información es la necesidad más importante. Quieren saber la situación de su familiar, el pronóstico y además, qué es lo que ocurre alrededor de él. Es necesario que la información proporcionada por el médico y enfermería sea complementaria y no contradictoria. La información debe ser clara, oportuna y esperanzadora siempre que no cree falsas expectativas.

Necesidades emocionales

Los familiares viven emociones positivas derivadas de la esperanza de mejoría de su ser querido y negativas por el miedo a perderle. Estas emociones provocan en los familiares sentimientos de incertidumbre e impotencia por no poder hacer nada por su familiar. Por ello, es necesario el apoyo emocional y consuelo por parte de los profesionales sanitarios.

Necesidades sociales

Los familiares manifiestan la necesidad de permanecer con su ser querido pudiendo ser partícipes en el cuidado, sin embargo los horarios de visitas de estas unidades lo hacen complicado.

Necesidades prácticas

Estas necesidades están formadas por todos los factores que hacen que la familia se sienta cómoda: salas de espera, cafeterías, cercanía a la UCI. Sin embargo, para los familiares estas necesidades son las menos importantes.

7.5 ALTERACIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS MÁS FRECUENTES TRAS EL ALTA, SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS

Tras el alta de una unidad de cuidados críticos, los pacientes tienen una larga recuperación. Existen numerosas publicaciones en la literatura que durante años,

han constatado lo frecuentes que son las secuelas a largo plazo y el sufrimiento de los pacientes y sus familiares tras el alta de una UCI.

El “Síndrome Post-Cuidados Intensivos” en el cual se agrupan las diferentes secuelas que sufren los pacientes y sus familias a largo plazo.

Síndrome Post-Cuidados Intensivos en el paciente.

El Síndrome Post-Cuidados Intensivos en los pacientes está compuesto por diferentes tipos de secuelas: secuelas psicológicas, secuelas cognitivas y secuelas físicas; Respecto a la esfera psico emocional del paciente, las secuelas psicológicas tras el alta incluyen síntomas de depresión, ansiedad y trastornos del sueño; pueden durar de meses a años y convertirse en Trastorno de Estrés Postraumático el cual se explica más adelante.

En esta publicación, se recogieron los siguientes datos: entre un 5-87% presentaban síntomas de depresión y un 23-48% síntomas de ansiedad. Entre un 10-50% presentaba síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático.

A su vez, estas secuelas (psicológicas, cognitivas y físicas) provocan consecuencias socioeconómicas y afectan a la calidad de vida de los pacientes.²²

Harvey recoge una serie de datos respecto a esta problemática: el 50% requiere un cuidador hasta un año después del alta. El 50% de los pacientes, no se reincorporan en su puesto de trabajo hasta un año después del alta igualmente.

Síndrome Post-Cuidados Intensivos en la familia (PICS-F)

Igualmente, nos referiremos al Síndrome Post-Cuidados Intensivos en la familia utilizando el acrónimo PICS-F procedente del término en Inglés Postintensive Care Síndrome Family.

El PICS sólo puede darse en los pacientes que sobreviven, sin embargo, el PICS-F puede darse tanto en las familias de los pacientes que sobreviven como en las de los pacientes que fallecen.

En el caso de las familias, el Síndrome está formado por secuelas psicológicas y físicas. En relación a las secuelas psicológicas, Harvey M.A. Recoge una serie de datos en su publicación: entre el 10-75% de los familiares presentaba síntomas de ansiedad y 1/3 de ellos tomaba alguna medicación para tratar la ansiedad o la depresión. Al igual que los pacientes, los familiares pueden sufrir Trastorno de Estrés Postraumático. En este caso, un 8-42% presentaba síntomas de este trastorno.

Al igual que ocurría en los pacientes, estas secuelas (psicológicas y físicas) junto con la adquisición del “rol de cuidador” provocan consecuencias socioeconómicas y sobre la calidad de vida de las familias. Encontramos un gran cambio en la dinámica familiar, bajas laborales y costes de los tratamientos médicos.

7.6 RECUERDOS DEL INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Tras el alta, los pacientes no olvidan su ingreso en la unidad de críticos, sino que lo recuerdan y además, pueden experimentar pesadillas y sueños.

Los pacientes completaron una serie de encuestas y a través de ellas se valoraron los recuerdos de los pacientes al año y a los cinco años tras el alta de la UCI.

En primer lugar, los pacientes que recordaban el trauma y el tiempo tras el alta al año continuaban recordándolo a los cinco años. El porcentaje de pacientes que recordaba la estancia en UCI, disminuyó a los cinco años. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que experimentaban pesadillas y sueños al año aumentó a los cinco años. Por último, existía un grupo de pacientes que se preguntaban por qué no recordaban todo sobre el ingreso y para un porcentaje de ellos, esto suponía un problema:

Recuerdan el trauma y el tiempo tras el alta 1/3 1/3

Recuerdan la estancia en UCI 12% 7%

Experimentan pesadillas y sueños 9% 12%

Pensaron en por qué no recuerdan todo 59% 56%

Les supone un problema no recordar todo 37% 29%

Zetterlund realizó una clasificación de los recuerdos de los pacientes en fácticos (relacionados con los hechos), emocionales y delirantes. Los resultados que obtuvo a los cinco años fueron que un 66% de los pacientes tenía recuerdos fácticos, un 61% recuerdos emocionales y por último un 24% recuerdos delirantes.

Trastorno de Estrés Postraumático tras el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4 (DSM IV) define el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como:

“Trastorno ansioso que ocurre tras la exposición a un evento traumático que es percibido por el individuo como una amenaza grave para uno mismo u otros”

Este trastorno está formado por tres grupos principales de síntomas recogidos en el DSM IV:

- Re-experiencia intrusiva y angustiante de la amenaza
- Evitación de recordatorios
- Hipervigilancia persistente

Para llevar a cabo un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático es necesario que los síntomas persistan al menos un mes. Hablamos de TEPT agudo

cuando los síntomas persisten hasta tres meses y de TEPT crónico cuando éstos persisten más de tres meses.

Los síntomas de TEPT se suelen dar relativamente cerca al trauma, sin embargo, existen casos en los que los síntomas aparecen hasta seis meses más tarde.

Este trastorno suelen sufrirlo personas que han experimentado un evento traumático como por ejemplo, víctimas de catástrofes naturales, accidentes de tráfico, veteranos de guerra, mujeres en el postparto, víctimas de violaciones, maltrato o robos. El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos es un factor de riesgo para sufrir este trastorno, en pacientes que han sobrevivido y que regresan a la comunidad tras el alta.

Se estima que 1 de cada 5 pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos sufrirán sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático tras el alta de esta unidad.

En reciente meta-análisis basado en 40 estudios y 3.400 pacientes, Parker AM. et al.²⁶ estiman las prevalencias de sintomatología de TEPT. Estas, se encuentran entre un 25-44% en los primeros 6 meses tras el alta de la UCI y entre un 17-34% en los siguientes 7-12 meses tras el alta.

Los pacientes que sufren Trastorno de Estrés Postraumático tienen una recuperación más complicada que otros pacientes ya que este trastorno está asociado con tasas más altas de enfermedad cardíaca, dolor crónico, alteraciones gastrointestinales, artritis y peor calidad de vida

7.7 FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS EL ALTA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Para poder llevar a cabo una adecuada prevención desde el ingreso del paciente en la unidad de críticos, es necesaria la identificación de los distintos factores de riesgo para este trastorno.

En una reciente publicación titulada <<Posttraumatic Stress Syndrome associated with stays in the Intensive Care Unit: Importance of nurses' involvement>>²⁷ Warlan H. et al. Realizan una clasificación de los factores de riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático asociado con el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Se identifican tres factores de riesgo principales, los factores personales del paciente, los factores de la UCI y la severidad de la enfermedad junto a la duración del ingreso, los cuales a su vez están compuestos por varios factores.

Factores personales:

- Los pacientes que presentaban trastornos de ansiedad y/o depresión de forma previa al ingreso en la unidad de críticos, presentan mayores tasas de TEPT tras el alta que aquellos que no padecían ningún problema psicológico de forma previa.
- Los pacientes menores de 65 años presentan un riesgo mayor de TEPT.²⁷ - Así mismo, las mujeres tienen mayor riesgo de sufrirlo que los hombres. Esta asociación del sexo femenino con el trastorno de estrés postraumático se encuentra en varias publicaciones de la literatura, sin embargo, en otras publicaciones se desmiente esta asociación. Los autores, coinciden en que esta asociación no es consistente y en la necesidad de un estudio más exhaustivo sobre el tema.

Factores de la Unidad de Cuidados Intensivos:

- Fármacos vasopresores: Pueden utilizarse en pacientes con hipotensión grave debido a fallo vascular o sepsis. Estos fármacos imitan la respuesta de estrés del organismo aumentando la contractilidad cardiaca entre otros efectos. El uso extendido en el tiempo de estos fármacos provoca un estado de estrés crónico en los pacientes.

- Sedación: Está demostrado que el uso de benzodiazepinas y la duración de la sedación están asociadas con la sintomatología de TEPT. Las benzodiazepinas tienen un efecto amnésico relacionado con mayores tasas de TEPT.

- Ventilación mecánica: La ventilación mecánica y más aún la larga duración de esta está estrechamente relacionada con signos y síntomas de TEPT. En un estudio de seguimiento de 168 pacientes sometidos a ventilación mecánica, el 35% presentaba síntomas de TEPT a los dos años del ingreso.

- Memorias delirantes: Previamente se ha identificado la prevalencia de estas memorias en los pacientes dados de alta de una unidad de críticos. Estas memorias delirantes están asociadas a un mayor riesgo de TEPT. Sin embargo, el hecho de no recordar nada sobre el ingreso también se ha identificado como un factor de riesgo de TEPT.

- Episodios de agitación: Los episodios de agitación suelen tratarse con restricciones físicas y sedación. Se ha encontrado una estrecha relación entre estos factores y el TEPT.

Severidad de la enfermedad y duración del ingreso: A pesar de que estos factores pueden ser contribuyentes, no se ha demostrado de forma consistente la asociación con el TEPT

7.8 INTERVENCIONES DESTINADAS A LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DE SECUELAS EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS

La prevención y/o detección precoz de posibles alteraciones psicoemocionales durante el ingreso en cuidados intensivos, juegan un papel importante en el pronóstico al alta, disminuyendo el riesgo de que aparezcan secuelas de este tipo.

Tras el alta de UCI es importante realizar un adecuado seguimiento de estos pacientes; para evaluar el riesgo de sufrir estas secuelas o para detectar precozmente su aparición y si fuese preciso establecer el tratamiento adecuado. 3.1 Intervenciones durante el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos

La planificación del alta y el seguimiento del paciente crítico una vez que ha abandonado la Unidad de Cuidados Intensivos, es un campo profesional en

expansión en los últimos años. Permite anticiparse, detectar precozmente complicaciones, prevenir reingresos y asegurar una educación sanitaria adecuada para el paciente y su cuidador. En el ámbito de la prevención, están utilizando una serie de escalas para la detección precoz del riesgo de alteraciones psicológicas, que se describen con detalle en este capítulo.

La enfermera de cuidados críticos tiene un papel indispensable tanto en la prevención como en la detección de complicaciones. Sin embargo, aún son escasos los estudios sobre la práctica enfermera en este campo, y supone un interesante tema emergente de actuación e investigación.

Partiendo de la importancia de un equipo multidisciplinar en esta materia, en esta monografía se plantean varias intervenciones, que pueden abordarse desde la práctica profesional de la enfermería.

7.9 INTERVENCIONES DESTINADAS A LA PREVENCIÓN DIARIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Los “Diarios de UCI” son diarios escritos para los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos por sus familiares y el personal de enfermería.³⁰

Este diario es escrito durante el tiempo en el que el paciente está inconsciente o sometido a ventilación mecánica y en algunos casos, cuando el paciente vuelve a ser capaz escribe él mismo en el diario.

En él se incluyen datos importantes para el paciente como: motivo del ingreso, tratamiento que se le ha proporcionado, cuidados diarios proporcionados, hechos relevantes de la recuperación del paciente de forma positiva, complicaciones que se hayan producido, visitas que ha recibido.

Posteriormente, al alta, los pacientes pueden leer el diario. Esto, les permite realizar una reconstrucción de los hechos pudiendo completar “lagunas de memoria”, diferenciar los recuerdos reales de los delirantes y comprender mejor el porqué de

su ingreso. Estos diarios no ayudan solo a los pacientes sino que, también, lo hacen a sus familias y permiten a los profesionales mostrar su labor.

En varios artículos se recogen datos positivos respecto a estos diarios; se ha demostrado que tienen un impacto positivo en la recuperación psicológica de los pacientes y además son ellos mismos los que los valoran como una gran ayuda en su recuperación.

Sin embargo, los estudios disponibles actualmente no conforman un adecuado nivel de evidencia que permita crear un protocolo por el cual se realicen sistémicamente en las UCI.

Musicoterapia

La Asociación Americana de Musicoterapia la define como:

“Uso clínico y basado en evidencia de intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica por un profesional acreditado que ha completado un programa aprobado de musicoterapia.” 35

Los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos están sometidos a altos niveles de estrés provocado por numerosos factores. Habitualmente, estos pacientes están en tratamiento con altas dosis de fármacos analgésicos y sedantes durante un tiempo prolongado. Estas pautas de medicación se han relacionado con numerosos efectos adversos.

Se ha demostrado que la musicoterapia no es solo una herramienta de entretenimiento sino que puede utilizarse como instrumento terapéutico. Algunos de los beneficios descritos en la literatura son la disminución de la ansiedad, de la respuesta al estrés y la inducción de un estado de relajación en el paciente.

Sus efectos ansiolíticos se han observado tanto en pacientes conscientes como en pacientes sedados. Es un facilitador del sueño y el descanso y puede utilizarse como distracción en la realización de procedimientos dolorosos. Además, el uso de

auriculares elimina el molesto ruido de fondo característico de las unidades de críticos.

La musicoterapia es un instrumento terapéutico de bajo coste y sin efectos adversos, que podrían llevar a cabo en estas unidades los profesionales sanitarios.

Paseos que curan

Entre las diferentes medidas propuestas por el Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HUCI) para humanizar la atención prestada en estas unidades se encuentra una que destaca por romper las “reglas”: sacar de paseo a los pacientes fuera de las UCI.

El Dr. José Carlos Igeño Cano, Jefe de servicio de Medicina Intensiva y Urgencias y miembro del proyecto HUCI, habla sobre ello en una entrada del blog de la página web del proyecto.

Destaca los beneficios que tienen estos paseos en los pacientes como son: la disminución de la necesidad de fármacos analgésicos, antipsicóticos y sedantes, el aumento del bienestar y el optimismo de los pacientes así como el aumento de la colaboración y la confianza con los profesionales.

Así mismo, destaca la importancia de la individualización de estos paseos. Es decir, no todos los pacientes ingresados son candidatos de salir fuera de la UCI aunque sea por un tiempo limitado.

7.10 INTERVENCIONES AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Servicio Extendido de Cuidados Intensivos

En los últimos años, algunas Unidades de Cuidados Intensivos han puesto en marcha, una nueva estrategia para la mejora de la morbimortalidad de los pacientes graves. Esta estrategia es la creación del llamado Servicio Extendido de Cuidados

Intensivos (SECI). El objetivo del SECI consiste en la detección precoz del paciente potencialmente grave que se encuentra fuera de las unidades de cuidados críticos para, una vez detectado, poner en marcha un tratamiento precoz o bien trasladar al paciente a la UCI. De esta manera, se pretende evitar mayores complicaciones como podría ser un fallo multiorgánico.

Este servicio surge del gran salto asistencial existente entre los cuidados proporcionados en las Unidades de Cuidados Intensivos y los cuidados proporcionados en las Unidades de Hospitalización. Esta nueva estrategia crea una nueva forma de trabajar en las UCI ya que, hasta ahora, estas unidades centraban su atención en los pacientes ingresados en ellas.

En cada hospital existe un enfoque diferente para este servicio. A continuación, se explica de forma resumida el funcionamiento del SECI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

El SECI establece una serie de criterios de activación que consisten en alteraciones de variables fisiológicas o analíticas. Una vez detectadas estas alteraciones, el médico responsable del paciente activa el SECI que acude a valorarle de forma urgente. Tras esta valoración, se decide instaurar el tratamiento en la misma unidad o el traslado del paciente a la UCI.

Consulta Post-Cuidados Intensivos

Como se ha explicado previamente, un número significativo de pacientes sufre el llamado Síndrome Post-Cuidados Intensivos tras el alta de estas unidades el cual abarca secuelas psicológicas, físicas y cognitivas.

Tras llevar a cabo las adecuadas medidas de prevención, sería conveniente realizar un adecuado seguimiento de los pacientes que son dados de alta para así favorecer la detección precoz de estas secuelas.

El Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de la Paz de Madrid ha puesto en marcha un programa cuyo objetivo es la detección precoz y el seguimiento de

pacientes que sufren Síndrome Post-Cuidados Intensivos a través de la creación de una consulta.

Los pacientes son citados en esta consulta a los 3 meses del alta de la Unidad. En esta primera consulta se realizan: anamnesis sobre la situación del paciente desde el alta, exploración física (incluyendo evaluación de la función respiratoria y de la fuerza muscular), evaluación de la calidad de vida, valoración psicológica, valoración cognitiva y por último, valoración familiar.

Tras esta primera consulta, se cita de nuevo al paciente a los 3,6 y/o 12 meses si fuese preciso o bien, se procede al alta si el paciente no presenta alteraciones que requieran el seguimiento de esta consulta.

7.11 HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS

Existe un fuerte movimiento en pro de la humanización de la atención sanitaria, especialmente centrado en las Unidades de Cuidados Intensivos. El Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HUCI) es un proyecto de investigación nacional e internacional que nace en nuestro país en Febrero de 2014. Ahora mismo, es un grupo de difusión e investigación potente, cuyas líneas de investigación coinciden con las más actuales a nivel internacional.

Los objetivos de este proyecto se describen en su página web de la siguiente manera:

- Humanizar los Cuidados Intensivos
- Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales - Difundir los Cuidados Intensivos y acercarlos a la población
- Fomentar la formación en habilidades de comunicación

Resumen sus principales líneas de investigación en nueve puntos:

1. UCI de puertas abiertas Defienden una flexibilización de los horarios de visita y dar la posibilidad a los familiares de permanecer con su ser querido ya que éstos son el contacto con la realidad del paciente.

2. Comunicación Este punto se refiere a la necesidad de una mejora en la comunicación en varios aspectos: proporcionar una información clara y precisa a los familiares, mejorar la comunicación verbal y no verbal de los profesionales con el paciente y sus familias, cuidar los comentarios que los pacientes no deben escuchar. Además proponen el uso de las nuevas tecnologías para facilitar la comunicación en pacientes que presentan dificultades para ello como por ejemplo, pacientes intubados.

3. Bienestar y satisfacción del paciente Destacan la importancia de adecuadas pautas de sedación y analgesia. Actividades destinadas al entretenimiento y relajación de los pacientes como son: Musicoterapia, televisión en el box, “paseos que curan” y visitas de las mascotas de los pacientes.

4. Participación de la familia Proponen la participación de la familia en los cuidados (alimentación, aseo...) y la presencia de ésta en los procedimientos, favoreciendo la satisfacción del familiar.

5. Cuidados de los profesionales Estas unidades suponen un gran desgaste tanto físico como psico emocional igualmente para los profesionales que trabajan en ellas, por ello, destacan la importancia de la prevención del síndrome de “burn-out” de los profesionales. Proponen cuidar el descanso con adecuadas salas y tiempo para los profesionales y actividades como yoga.

Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos María Piquero Cuevas

6. Prevención y manejo del síndrome post-UCI Secuelas físicas, psicológicas y sociales que sufren los pacientes tras el alta.

7. Mejora de las infraestructuras La humanización de estas unidades contempla una mejora de la infraestructura, por ejemplo: boxes con ventanas y reloj que favorezcan la orientación del paciente. En el caso de los familiares, proponen convertir las salas de espera en salas de estar (zonas más confortables y cálidas para los familiares).

8. Formación en habilidades necesarias para los profesionales, como son: resiliencia, trabajo en equipo, relación de ayuda, empatía, escucha activa, compasión.

9. Manejo de situaciones terminales Proporcionar los mejores cuidados al final de la vida, limitación soporte vital, cuidados paliativos y voluntades anticipadas.

8. VIVENCIAS DE PACIENTES SOBREVIVIENTES A LA TERAPIA INTENSIVA

8.1 EXPERIENCIA DE MONICA

Mi nombre es Mónica Medina Ontiveros tengo 25 años de edad, estuve 3 días en terapia intensiva y gracias a Dios logre salir con vida.

Todo comenzó un martes por la mañana cuando me dirigía a mi consulta ginecológica, para ver cómo iba mi embarazo, llegue al hospital general me tomaron signos vitales y la enfermera se quedó muy impactada porque tenía unas cifras muy elevada me aparece que eran de 180/110 lo raro era que yo no sentía nada solo tenía muy hinchados mis pies y me dolía mucho la cabeza, de inmediato me mandaron a urgencias y me pusieron un suero, pero mi dolor de cabeza no me dejaba después escuche que le dijeron a mi esposo que no me podían tener ahí que porque no tenía lo necesario para atender mi parto yo de pronto se me borro la vista y comencé a ver que todo el mundo corría , pero yo no entendía nada de lo que estaba pasando, solo me decía la enfermera que me trasladarían y que todo iba a estar bien, yo solo entre un sueño porque me desesperaba mucho porque no podía ver nada, yo solo le rogaba a Dios que a mi bebe no le pasara nada, escuche que llegamos a un lugar donde decían que ya nos esperaban pero yo ni sabía

dónde era, la enferma me dijo la vamos a meter a cesárea, pero yo quería que mi bebe naciera por parto pero no le podía decir nada, porque no podía ni hablar ni ver, me picaban todos corrían yo solo quería que me dijeran donde estaba que era lo que estaba pasando conmigo y mi bebe, pero nadie me decía nada, de pronto escuche que un bebe lloraba, dije dónde estamos, será mi bebe que ya nació y no me dolió, me puse muy feliz , pero escuche un que la enfermera decía se nos va está cayendo en paro y yo quien se les va yo solo quiero ver mi bebe, quiero conocer su cara si se parece a mí o a su papa, de pronto sentí que me quemaban el pecho y que salte de la cama y yo dije déjeme en paz, estoy a gusto acostada, y me pusieron un palo muy feo en mi boca, eso me molestaba y me conectaron muchos cables , yo no entendía nada, solo escuche que dijeron ya se estabilizo la pasaremos a terapia, o yo porque a mí, eso se escucha como de una persona que está muy enferma, yo estoy bien solo me dulce la cabeza y no puedo ver, me llevaron a un cuarto muy grande, había muchos aparatos a los cuales me conectaron, me ponían, sueros, le picaban a los aparatos, me bañaban, no hacia popo fue lo raro será acaso porque no me daban de comer , yo trababa de decirles que me explicara que paraba y que porque no podía abrir los ojos ni hablar pero nadie me decía nada, solo iba la enfermera me revisaba, igual el doctor pero nadie me platicaba nada, a si paso mucho tiempo o al menos yo a si lo sentí porque no hacía nada más que dormir, después agarre fuerza de nos donde porque yo tena tanto deseo de conocer a mi bebe y tenía mucho pendiente de mis dos hijos que deje en casa y mi esposo, como estarán y yo aquí dormida sin atenderlos, y abrí los ojos todos se sorprendieron mucho porque reaccione me dieron mucho medicamento de nuevo y después de muchos exámenes me pasaron a un cuarto donde había muchas señoras con bebes, en sus brazos y de pronto una enfermera entra con un bebe hermoso y me lo da, yo no podía creer que tenía a mi bebe es mis brazos y era tan hermoso después vi entrar a mi esposo, estaba muy feliz solo me abrazo y me dijo pensé que me abandonarías, estuviste tan cerca de la muerte que pensé que no te volvería a verte con vida, pase dos días más ahí en la habitación disfrutando de mi bebe, y me dieron de alta, me hicieron una fiesta cuando llegue a mi casa que porque pensaron que no me volverían a ver con vida,

a mí en lo particular mi experiencia en terapia intensiva fue muy estresante porque no me explicaban que era lo que estaba pasando, y no sabía nada de mi bebe, para integrarme a mi vida cotidiana solo quede un poco lastimada de mi garganta, por ese tuvo feo que me pusieron, engorde un poquito por tanto suero que me pusieron a un sigo recuperándome de la cesárea y de disfrutando mucho de mi bebe recién nacido y mis otros dos hijos y mi esposo.

8.2 EXPERIENCIA DE MARIANA

9 de Julio de 2014: Abro los ojos...

No puedo mover mis manos, el dolor en todo el cuerpo es insoportable, algo sale de mi garganta y no estoy en mi casa. No sé dónde estoy ni qué hora es, hay fotos de mi hijo y de mi marido, algunos dibujos con mi nombre, una imagen de la virgen de San Nicolás y un rosario. Hay una amatista y un cuarzo, como en un altar.

Escucho ruidos, muchos, miro a mi lado y veo un aparato que suena, unos cuantos cables salen de mi cuerpo y van a distintos lugares.

Entonces llega Fabián. Apaga el aparato. Me llama por mi nombre, me pregunta como estoy y cepilla mi pelo mientras me cuenta que afuera está amaneciendo. Dos chicas de mi edad entran a mi habitación. Lali y Juli son residentes, me cuentan que estoy en CEMIC en La Unidad de Cuidados Intensivos y que estuve unos 26 días dormida. Preguntan cómo me siento, evalúan mis signos vitales, me ayudan a mover las piernas, explican que el reposo genera una pérdida de movilidad aguda, son muy amables, dicen que ya llega mi familia y que estoy hermosa. Todo el tiempo entran Doctores, de mil especialidades: Sofía, Ignacio, Pablo, son miles.

Ellos me explican que llegué ahí con una neumonía grave, en Shock Tóxico por una Bacteria bastante rara (*Staphylococcus aureus* Resistente a la Meticilina). Dicen que tuve algunas complicaciones y necesito el respirador más tiempo para sanarme. Son positivos y me explican todo cada vez que pregunto.

Les pido jugo, solo quiero tomar líquido pero todavía no puedo.

Todos los que entran a la habitación están contentos de verme, yo aún no los conozco.

Llega mi marido y mi familia, me emociono... También están Lili y Edgardo, 2 médicos amigos a los que siempre les permitieron acompañarnos. Terminan de explicarme todo, me cuentan que me perdí el Mundial de Fútbol entre otras cosas. Ya estoy consciente y empieza el arduo camino de rehabilitación.

No es fácil, es demasiado para el cuerpo y para la mente. Pido que me traigan un reloj y mi música. Mi deseo es cumplido y las cosas se ponen más amenas, ya puedo escuchar otro sonido que no sea el de los equipos. Todos los días vienen los Kinesiólogos, Cora, Hernán, Pablo, Susana, Marcelo, Mariano, Melisa, creo que los recuerdo a todos. Con Melisa volví a caminar, con Cora comí, y así recuerdo cómo cada uno de ellos me ayudó a volver al cuerpo.

Los enfermeros son personas increíbles. Me cuentan cosas de su vida para hacer que el tiempo pasara más rápido. Quique es de Leo como mi marido. El cordobés es de San Lorenzo igual que mi hijo, Luis y Ángel tienen una banda de música junta, Mariana tiene mellizos, Inés un hijo fanático de los videojuegos como el mío, Mauricio está casado con Romina, otra enfermera y tienen un bebé hermoso, Patricia me hablaba de budismo para que me relajara. Son miles, no me acuerdo de los nombres de todos, pero no hubo uno solo que me tratara mal, todos me hicieron parte de su vida.

Me llevo de mi estancia en la UCI (52 días en total) recuerdos de cada integrante del equipo. Desde el Dr. Valentino el director de la sala hasta Carina, la chica que limpiaba mi habitación. Ella tiene el cabello más lindo y largo que jamás haya visto.

Hubo momentos muy difíciles. Solo pensaba en ver a mi hijo, y el horario de visita era tan corto que los días se volvían imposibles. Entonces vino Shiry, una de las coordinadoras y le hablé de lo angustiantes que eran las noches, lloré, ella me tocó el hombro y después de mucho hablarlo me dieron un permiso especial para estar acompañada por un familiar las 24 horas: solo debían comprometerse a no interferir con el trabajo del equipo. A partir de ese día mi recuperación fue rapidísima. Todos

se sorprendieron, el amor que me brindaron fue infinito. Cuando me dieron el alta, yo sabía que nunca me iba a olvidar de este equipo. Llegué a mi casa y entendí lo difícil que es humanizar los cuidados en una sala de Terapia Intensiva: cada paciente, cada familia, y cada contexto institucional es diferente.

Pero no tengo duda de que en mi caso lo lograron y es por eso que hoy, sólo 7 meses después, ya no recuerdo el dolor ni el sufrimiento, recuerdo a estas personas que cuando me recibieron vencida, me salvaron la vida; cuando me vieron sufrir, calmaron mi dolor, y cuando me vieron llorar se sentaron en mi cama, me miraron a los ojos, me llamaron por mi nombre, me hablaron de lo fuerte que soy y me sacaron una sonrisa mientras hacían su trabajo sin olvidar que ante todo SON PERSONAS QUE VIVEN PARA CUIDAR PERSONAS.

8.3 EXPERIENCIA DE DINORA JUDITH MARTÍNEZ PINEDA

Mi nombre es Dinora Judith Martínez Pineda yo estuve en terapia intensiva hace aproximadamente 9 años, tras sufrir un accidente, donde desafortunadamente murieron dos personas, recuerdo que íbamos muy alcoholizados rumbo a casa eran como las 3 de la mañana, y de pronto solo vi una luz que me encandilaban mucho y de ahí comenzó la terrible historia de mi vida, sentí como cada hueso se me iba rompiendo, fue la sensación más traumática de mi vida, volteé a mi lado y vi a mi amiga que no se movía, todos estábamos muy mal, llegó la ambulancia y me saco a mí y me comenzaron a colocar muchos aparatos , me revisaron y decían que estaba muy mal que de milagro estaba viva, después llegue al hospital , ya no estaba consiente, solo escuchaba todo lo que los médicos decían.

Me trasladaron a un hospital de Morelia porque en el de Tacámbaro no tenían lo necesario para atenderme, llegue en la ambulancia y me pasaron de inmediato, yo quería moverme, decirles que era lo que me dolía pero no podía, me pasaron por rayos x me tomaron muchas placas y a pesar de yo ir inconsciente sentí mucho dolor me lastimaron mucho cuando me las estaban tomando la placa, y de ahí el dolor ya no supe más de mí, solo escuche que le dijo el Doctor a mi mama que me desconectara porque tenía 18 fracturas y a pesar de que saliera viva de ahí mi vida

iba a ser muy diferente, tenía que aprender a hacer de todo otra vez, y yo en mi pensamiento decía, yo quiero vivir, estoy muy joven me espera una vida por delante llena de muchas aventuras por conocer, yo no quiero morir a un.

Así pasaron casi 2 meses y yo no reaccionaba yo estaba muy desesperada porque me quería salir corriendo de ahí pero no tenía forma de decirles nada, porque no podía, era demasiado desesperante estar ahí todo el día solo escuchando hablar a las enfermeras de su vida privada, me entere de todos los chismes del hospital porque era solo de lo que se la pasaban hablando, yo solo deseaba todos los días las horas de visita, mi mama fuera a verme y me comenzara a platicar y a decir cosas motivadoras, para que yo no me diera por vencida, porque me decía que yo era su orgullo que tenía que salir viva de ahí porque mis hermanos me esperaban en casa, eso era lo que más me alentaban, a pesar de yo no ir mucho la iglesia y no conocer a Dios , le decía que me dejara al menos volver a ver a mi mama y despedirme de ella, que no quería morir sin decirle un adiós, y que si era posible me sacara de ese lugar tan feo donde me tenían porque me lastimaba mucho él tuvo con el que me tenían en la boca, los aparatos eran muy incómodos, no me gustaba estar ahí, sentía como si estuviera pagando una condena que no cometí, después un día con todas las fuerzas que tenía intente mover una mano y lo logre y al día siguiente pude abrir los ojos estaba muy desorientada cuando desperté porque a pesar de conocer las voz de mi mama no la reconocía físicamente, me desespero mucho, posterior mente me pasaron a piso y ahí me dieron comida pero en papilla no me la podía comer , porque ni siquiera sabía cómo tomar la cuchara.

Todo era tan difícil para mí, me desesperaba demasiado, porque yo siempre había sido una joven muy activa y el hecho de estar ahí postrada en una cama, llegue a pensar que me iba a morir.

Después de 10 días de tenerme en observación por fin decidieron darme de alta, yo estaba muy feliz, porque me iría mi casa.

Me di cuenta que si me afecto mucho el accidente porque ni siquiera sabía cambiarme , parecia un bebe y mi madre me cambio una foto mía en mi habitación era una joven muy bonita pero no era yo , en eso me mire al espejo y dije porque

estoy así yo era hermosa miraba mis fotos y no podía creer que la de las fotos era yo , recuerdo que pues me fui a mi casa y ni siquiera sabía dónde estaba mi cuarto no conocía nada de lo que está ahí, era todo muy difícil y más porque no me podía valer por mi sola.

Me llevaron a rehabilitación aproximadamente 8 meses donde por medio de ejercicios y terapias empecé a integrarme de nuevo a mi vida cotidiana, también me llevaron con un psicólogo porque quede muy afectada del accidente por mis amigos que murieron, estaba muy débil emocionalmente ,aproximadamente en un años ya podía valerme por mi misma, fue muy difícil pero creo que valió la pena porque la vida es hermosa y yo todo el tiempo estuve segura que iba a salir para poder seguir disfrutando de este paraíso.

8.4 EXPERIENCIA DE ORALIA AVILÉS

Soy Oralia tuve un accidente automovilístico a la edad de 25 años donde murió mi hermana y yo quede practicante sin vida, recuerdo que íbamos de una kermes de pronto comencé a ver un pasillo era blanco y todos mis familiares difuntos estaban ahí muy contentos de verme y también estaba muy hermana, éramos muy felices ahí una enfermera me paseaba en una silla de ruedas pero solo llegábamos a la puerta pero no la cruzábamos y así estábamos en el pasillo dando muchas vueltas y no nunca la cruzamos pero se me hacía muy raro porque no me hablaban, solo me veían y eso me inquietaba mucho, así estuvimos mucho tiempo y yo le preguntaba a la enfermera pero no me decía nada de lo que estaba pasando entonces yo me decidí y me levante de la silla de ruedas donde me paseaba y comencé a abrir la puerta, mis familiares me decían que no lo hiciera que si la abría ya no me podría regresar. Yo insistiría hasta que mi hermana me tomo de las manos y me dijo regrésate aun no es tiempo de que estés aquí con migo, me sentó en la silla de ruedas y le dijo a la enfermera que me llevara a mi recamara.

En ese momento yo recobre el conocimiento, estaba en un hospital todo era tan raro, tenía muchos cables conectados a mi cuerpo, era como si yo fuera otra persona, yo no recordaba que había pasado, estuve ahí como dos días más ,

posteriormente me pasaron a quirófano para realizarme una cirugía, y pues ya todo Salió bien, pero yo a un me sentía muy confundida, a mi familia la quería ver extrañaba tanto a mi madre y a mi hermana, yo las quería ver pero no lo podía decir porque no sé por qué extraña razón no podía hablar, no me podía mover estaba tan desesperada quería que alguien me explicara qué era lo que estaba sucediendo pero no nadie me comprendía.

Posteriormente comencé a recobrar el habla y lo primero que le dije a mi mamá fue que donde estaba mi hermana que porque no me había ido a visitar que me dijera la verdad de lo que había pasado porque yo estaba muy confundida y no entendía nada mi madre solo me dijo , tuviste un accidente con tus amigos y lamentablemente tu hermana falleció en el momento, y tu estuviste mucho tiempo en terapia intensiva, en ese momento me desborde emocionalmente, yo amaba a mi hermana y comprendí el sueño que tuve, que mi hermana no quería que yo también muriera, porque no me dijo cruzar la puerta.

Después de unos días de estar en piso me dieron de alta, yo a un no estaba lista para estar fuera de un hospital, porque a pesar de ya estar bien físicamente estaba de luto por la muerte de mi hermana, yo no le quería echar ganas a las rehabilitaciones que me recomendó el médico porque yo me sentía culpable de la muerte de mi hermana ,que si no hubiéramos ido a esa Kermes ya de esto hubiera pasado , mi rehabilitación fue muy lenta porque no ponía nada de mi parte hasta que un día mi madre me dijo que mucho había sufrido con perder una hija, que no quería perder otra, ahí fue donde dije es cierto estoy viva, gracias a Dios salí bien del hospital, y no es justo para mi mamá lo que había sucedido, por un descuido de nosotras, fue cuando me di cuenta que debía echarle muchas ganas a las rehabilitación para recuperarme muy pronto y poder tener mi vida normal, ahora que han pasado justo 9 años de accidente, me siento bien tanto física como emocionalmente, me case tengo una niña hermosa de 5 años, y siento que valió la pena haber salido viva de ese terrible accidente.

8.5 EXPERIENCIA DE FRANCISCO RAFAEL GÓMEZ ECHEVERRÍA

Una tarde yo llegaba de trabajar en la zarza me sentía muy mal, me dolía mucho la garganta, me sentía todo adolorido sin ganas de no hacer nada, recuerdo que le dije a mi mama que me sentía muy débil que necesitaba ir al médico, ella me dijo si ve a la clínica ahí a un está el doctor para que te atienda si fui y me reviso y me dijo tienes gripa te voy a recetar estas inyecciones para que mañana ya te sientas mucho mejor y puedas ir a trabajar tranquilamente, y si me puso una y me fui a mi casa llegue y solo me recosté, y me quede dormido.

Eran como las 2 de la mañana cuando yo no podía respirar me sentía muy sofocado, le grite a mi mama porque no soportaba estar a si, y mi mama se levantó y me dijo que pasaba y le dije que no podía respirar y me toco y me dice estas hirviendo en calentura pronto levanto a mi papa y a mi hermano Javier, y me llevaron al hospital de Tacámbaro me llevaron a urgencias y me dijeron que tenía todos los síntomas de influenza que si me había vacunado y les dije que no, me realizaron la prueba rápida de influenza y salió positiva, me trasladaron de inmediato al hospital civil de Morelia en la ambulancia yo llevaba muchos cables conectados, una mascarilla que me cubría la mitad de mi cara, esa me ayudó mucho a respirar, llegamos rápido a Morelia y me pasaron a terapia intensiva yo en todo momento iba consiente, el medico recuerdo que me dijo te vamos a pasar a terapia porque tu estado es muy crítico te pondremos un respirador para que te ayude, tienes que estar muy tranquilo no moverte porque si no te vamos a sedar pero yo no quería que me sedaran porque me daba miedo ahí quedar y no volver a mi casa jamás, me pasaron a terapia, todo era muy feo hay muchos enfermos conectados con tantos cables y después a mí también me pusieron muchos, las horas pasaba tan lento, y yo ahí sin poderme mover para hacer del baño era en el pañal y las enfermeras me cambiaban y me bañaban fue muy vergonzoso. Pero tenía que soportar para poder salir vivo y bien del hospital, estuve aproximadamente 6 días, me quitaron la mascarilla con la que me tenía y me pusieron una más pequeña, y el medico dijo se aguanta súbanlo a

piso, y me pasaron a piso yo estaba muy feliz porque ya era un avance muy grande que me sacaran de terapia intensiva.

Ya en piso me sentía más cómodo porque ya me podía mover un poco más y hasta me llevaron dieta después de 6 días me comí una quesadilla yo moría de hambre, me dormí pero como a las 2 horas desperté con muchos ascos y vomite, mi mama se asustó mucho, porque no sabía lo que estaba pasando corrió a hablarle a la enfermera ella fue y pues me dijo que mi estómago no había resistido la quesadilla que me habían llevado, que era mejor tenerme de nuevo en ayuno un poco de tiempo más, pues ya me volví a dormir.

A la mañana siguiente amanecí de nuevo con muchos ascos y de nuevo volví a vomitar, pero ahora era verde, en eso llegó el médico y me dijo que paso, ese vomito no es normal, tu deberías de haber tolerado bien la dieta, y no me volvieron a dar de comer nada , eran como las 3 de la tarde y volví a vomitar pero era más feo aun y con mucha fuerza, y más verde y olía muy feo, le llamaron a médico y pidió que se me realizarán unos análisis para saber qué era lo que estaba pasando en mi organismo, en la tarde volví a vomitar pero no encontraban que sucedía hasta que me volvieron a sacar sangre, y vieron que me estaba haciendo reacción un medicamento muy fuerte que me estaban poniendo. Me cambiaron el medicamento y ya me volvieron a dar de comer recobre las fuerzas necesarias y después de 6 días me dieron de alta, mi reincorporación a mi vida cotidiana, fue normal, no tuve secuelas, solo tuve 1 semana de reposo en mi casa, y volví a mi trabajo y cada año me aplico una vacuna especial para la influenza que me traen de Alemania.

Solo recomiendo que se apliquen la vacuna de la influenza, esa que siempre andan ofreciendo las enfermas porque de haberla aplicado con ellas en el centro de salud, no me habría enfermado así, y pues a mí como ya me dio la enfermedad no me hacen esas vacunas, y me tocas gastar 3000 pesos cada año para la vacuna que yo necesito.

8.6 EXPERIENCIA DE ROSENDA LEMUS JARAMILLO

Mi nombre es Rosenda vivo en Tecario Michoacán, hace 19 años estuve en terapia intensiva, yo tenía 31 años en ese tiempo estaba casada tenía un niño de dos años, comencé con mucho dolor de cabeza, muy recurrentemente, me habían dicho que era migraña, y pues tenía mi tratamiento, el cual me tomaba con mucha exactitud porque si me dolía mucho mi cabeza, un día estaba realizando mis quehaceres del hogar cuando me comenzó un dolor insoportable de cabeza, me tome el medicamento y no me hizo nada, entonces me fui al médico y deje a mi bebe solo en mi casa porque sentía que si me lo llevaba no iba a aguar y lo iba a dejar por ahí solo, me fui en la combi, y pues me desmaye, ya cuando recobre la conciencia estaba en Morelia en terapia intensiva, en el trascurso de los 22 días que estuve en terapia no sentí absolutamente nada no escuchaba no sentía, nada yo no sabía nada de mí.

Cuando desperté solo conocí a mi esposo, mi mama entro a verme y no sabía quién era y eso me inquietaba mucho, después me enseñaron una foto de mi hijo y yo no recordaba que ese niño fuera mío, no recordaba el embarazo ni nada, para hablar no podía mucho se me trababa la lengua y no podía pronunciar bien las palabras, mucho menos caminar.

Me dieron de alta y para mí fue muy difícil porque no me podía hacer cargo de mi hijo a mi mama le toco irse a vivir un tiempo a mi casa con migo para volver a enseñarme todo de nuevo, para caminar le toco comprarme un andador y era de la forma en la que me podía desplazar en la casa. Para platicar bien de nuevo me toco aprender de nuevo las silabas, a juntarlas para que se me entendiera lo que decía, fueron tiempos muy difíciles en mi vidas maso menos dure un año para reintegrarme bien a mi vida cotidiana y volver a hacer mi vida normalmente son ayuda de nadie.

A los dos años que estuve en terapia, decidimos con mi esposo tener otro bebe, al inicio yo tenía mucho miedo por las secuelas que habían quedado en mi cuerpo, la verdad fue un embarazo de alto riesgo, pero gracias a Dios todo salió bien, mi niña no salió enfermiza ni yo tampoco tuve ninguna complicación de nada.

8.7 EXPERIENCIA DE ARTURO GÓMEZ PAREDES

Soy Arturo hace dos años estuve en terapia intensiva a causa de la influenza, todo inicio cuando comencé a sentir síntomas normales de una gripe, pues fui al médico y me receto unas pastillas porque a mí me dan mucho miedo las inyecciones, me fui a mi casa me tome el medicamento.

Pasaron dos días y yo seguía peor ya no tenía ganas de trabajar sentía un cansancio general, volví a ir al médico a un hospital privado de Tacámbaro y el médico me reviso y le dije todo lo que sentía y me cometo que si me había vacunado contra la influenza y yo le dije que ni conocía esa vacuna entonces me comento que me realizarían la prueba de influenza, y pues salió positiva me dijo que me fuera al hospital general porque ahí no tenían los aparatos necesarios para atenderme, llegue al hospital y pues de inmediato me trasladaron al hospital de Morelia en la ambulancia yo perdí el conocimiento.

Comencé a soñar muchas cosas, muy raras vi pasar mi vida todo se veía muy real, por un momento pensé que estaba volviendo a vivirlas, recordé de cuando era niño las peleas con mis hermanos, después cuando era adolescente mis primeras novias, posteriormente cuando me case y mi actual esposa, cuando mis hijos estaban pequeños, a si yo soñaba cosas que ya me habían sucedido todo era muy confuso yo no comprendía porque no podía despertar y solo soñaba cosas muy raras.

Después de eso comencé a escuchar voces de muchas personas desconocidas, y todo parecía que yo a un estaba en el hospital y no en mi casa como yo me imaginaba después pude abrir los ojos y vi que estaba conectado a muchos aparatos muy raros y que algo estaba en mi boca, no me dejaba hablar yo quería gritarles a todos que estaba bien que ya había despertado de ese profundo sueño , dos días después me pasan a piso, y una semana después me fui a mi casa, al

inicio fue muy difícil porque no podía, comer por mí mismo, caminar ni mucho menos bañarme yo solo, tuve que aprender de nuevo todo, era muy difícil porque me desesperaba mucho yo quería ir a trabajar a mis huertas, estaba muy preocupado porque las había desatendido mucho tiempo, pero eso me motivo a seguir adelante para poder echarle más ganas a todo lo que tenías que volver aprender, mi rehabilitación duro para poder integrarme a mi vida cotidiana tardo maso menos 1 años hoy a dos años de ese trance tan feo de mi vida, me siento muy bien, ya estoy como nuevo como si hubiese nacido de nuevo, y no me canso de todos los días darle las gracias a Dios por la nueva oportunidad que me regalo, para disfrutar de mi vida. Porque vida solo hay una y hay que cuidarlo.

8.8 EXPERIENCIA DE FRANCISCO SÁNCHEZ ROJO

Yo estaba manejando venia de Morelia a mi casa con mi familia y por Tiripetio tuvimos un accidente, todos estábamos muy mal, mi esposa murió de inmediato, eso al menos fue lo que escuche que dijo el paramédico, a mí me sacaron del carro yo tenía impactado el volante en mi pecho, escuche que dijo el paramédico él también está muerto pero yo le decía no yo no aun los escucho, y sentí como me pusieron una sábana yo le pedía tanto a Dios que alguien se diera cuenta de que yo estaba vivo, yo por más que quería no podía moverme o decirles estoy vivo , hagan algo por mí, después de un rato, sentí que alguien se me acercaba y me destapo, y me volvió a tomar el pulso, en ese momento grito este hombre está vivo ahí que llevárnoslo en eso sentí que me subieron a una camilla, y le di gracias a Dios porque se dieron cuenta, y en eso perdí el conocimiento.

Comencé a soñar cosas muy raras, estaba como en un túnel y al final estaba mi esposa y demás familiares que yo conca y me llevaba muy bien con ellos, y yo decía porque está aquí mi esposa y me acaban de decir que está muerta, se supone que debería de estar en otro lugar, pero yo igual yo feliz de verla, lástima que nadie me hablaba solo me hacían señas que no abriera la puerta, yo no les entendía porque yo los veía muy felices, ahí y yo quería estar con ellos.

En eso escuchaba que me hablaban y me decían papa no te vayas yo a un te necesito aquí, no quiero que me dejes como me dejo mi mama, papa por favor despierta, en eso algo dentro de mí una fuerza inmensa me saco de ese túnel, y en eso abrí los ojos, y vi a mi hija llorando abrazada de mi yo tenía muchos cables en mi cuerpo y un tubo que no me dejaba hablar porque lo tenía en mi boca.

Mi hija me conto todo lo que había pasado que tenía 45 días en terapia intensiva y que me habían realizado 4 cirugías pero que ella no perdía la fe de que yo despertara, en ese momento tuve muchos sentimientos encontrados, me sentía por una parte muy feliz porque Dios me dio una segunda oportunidad de seguir viviendo, pero por otra parte mi esposa había fallecido y no me había podido despedir de ella.

Mi recuperación fue muy difícil ya que caí en depresión y no quería realizar la terapia que me habían dicho que realizara. No me quería levantar de la cama para ir al comedor a desayunar me sentía tan solo, a mi hija le toco llevarme con un psicólogo para que me ayudara a salir de la depresión, y me motivara a realizar mis ejercicios, para yo poder ser independiente de nuevo, dure un año y medio y ahora estoy muy bien, a un recuerdo la muerte de mi esposa, pero ya no me duele tanto como al inicio y sé que tengo que estar bien para mis hijos y mis nietos, y que Dios me encomendó una nueva misión aquí en la tierra antes de que llegue ante él y estoy dispuesto a cumplirla.

8.9 EXPERIENCIA DE REYMUNDO ROJO GONZÁLEZ

Todo inicio, cuando comencé a sentir una presión muy fuerte en el pecho, me desmalle de dolor caí al piso, mi esposa que estaba en la sala escucho el golpe y fue a ver qué había pasado, me vio tirado en el piso y de inmediato le hablo a mi hijo y le dijo que yo estaba muy mal, que necesitaba de urgencia ir al hospital me subieron como pudieron al coche, yo iba echando como iban pero no podía hablar. Llegamos al hospital y rápido me pasaron yo ya no escuchaba ni veía nada, ya estaba inconsciente, solo comencé a soñar que estaba en un bosque había muchas hormigas, pájaros, las hormigas se me querían subir y me atacaban, no me las podía quitar yo le pedía ayuda a las personas que estaban ahí, pero nadie me hacía caso

era como si le estuviera hablando a fantasma, porque solo me miraban, total luche contra ellas, y logre vencerlas, después de seguir caminando en ese bosque, y vi a unos federales que iban caminando como preparándose como para una batalla pero contra quien luchaban era un tigre rojo, que se movía muy raro, como si estuviera herido, solo se arrastraba por el piso, y yo decía porque lo atacan si casi está muerto, pero me di cuenta que no lo acataba sino que lo querían curar porque estaba muy herido y entre dos federales lo tomaron y lo comenzaron a curar sus heridas.

Después escuche que mi esposa me hablaba y me decía despierta te estamos esperando tu hijo y yo, yo por más que lo intentaba no podía abrir los ojos, y sentí cuando se fue mi esposa, y me dejo ahí solo, yo le pedí mucho a Dios que me ayudara a salir adelante, quería volver a ver a mi esposa y a mis hijos, desperté y vi que estaba en un lugar muy raro tenía muchos cables alrededor de mi cuerpo, me dolía todo y lo peor de todo tenía una rajadura inmensa en el lado de mi pecho, tal pareciera que me habían sacado mi corazón.

Cuando llego mi esposa se puso muy feliz, me abrazo y me dijo mi amor has despertado después de que te creía muerto, y me conto que me había dado un infarto que me habían realizado una cirugía de corazón abierto, y que pensaron que no saldría vivo de ahí.

Posteriormente me pasaron a piso, fui recobrando el habla, me comencé a dar pasitos, comer despacio y mis actividades normales las recupera 6 meses después de que salí del hospital, y pues ahora ya han pasado 3 años me siento bien, puedo trabajar y cada día le doy gracias a Dios porque me dejo vivir más.

8.10 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES SOBREVIVIENTES

El rol de enfermería profesional en terapia intensiva se ha ido desarrollando en la medida que se ha incrementado la necesidad de un cuidado más especializado. Y es que el profesional de enfermería de terapia intensiva proporciona cuidados a pacientes con situación clínica crítica que presentan un desequilibrio severo de uno

o más sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica.

Las intervenciones de enfermería están orientadas a la atención integral del usuario, incluyendo aspectos bio-psicosociales, y la inclusión participativa del grupo familiar. La práctica asistencial incluye la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos, psicosociales y espirituales del usuario.

El tratamiento de la enfermedad y la humanización deben darse simultáneamente en la atención de enfermería, estableciendo la necesidad de un determinado perfil del profesional. Se promueve la reflexión de la humanización de los cuidados en unidades de críticos, considerando las relaciones que se pueden establecer entre todos los participantes en la atención (paciente, familia y el equipo asistencial).

Por ello, se requiere un real compromiso de los valores que sustentan la atención humanizada, las relaciones interdisciplinarias y la humanización en las unidades de cuidados intensivos.

Brindar a apoyo a los familiares y enseñarlos para que le puedan dar bien los cuidados paliativos a su familiar, y el paciente se pueda integrar más fácilmente a la sociedad, la mayoría de los pacientes se iniciara de cero, se tendrá que enseñar al paciente a hablar, caminar, comer etc., y comentarle al familiar que dé él depende mucho que el paciente se recupere o no, y también influirá demasiado el apoyo emocional que le brinden al paciente.

Recordarle en todo momento al paciente que Dios le esta brindado otra nueva oportunidad de vivir y que la aproveche al máximo.

9 CONCLUSIÓN

Al finalizar la investigación, concluyo que la terapia intensiva es aquel espacio dentro de un establecimiento para el cuidado de la salud que tiene como objetivo monitorear y controlar de manera permanente los signos vitales del paciente. Normalmente, los pacientes que llegan a esta instancia son aquellos que se encuentran en una situación muy delicada en la cual es peligroso y no recomendable dejarlos sin atención o darles el alta. La terapia intensiva suele tener a personas en estado de coma, a enfermos terminales, a víctimas de graves accidentes, a personas que han sufrido quemaduras muy profundas o también a pacientes que están a la espera urgente de un transplante de órganos, etc.

La finalidad de la terapia intensiva es contar con el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de sobresalto o cambio abrupto en el estado de su salud. En ella, enfermeros están al permanente cuidado de los pacientes y son constantes también las visitas de médicos y otros profesionales. Lo más importante, además, es el hecho de que en estas unidades los signos vitales están vigilados y controlados por los responsables en todo momento, por lo cual ante un evento de peligrosidad la respuesta a entregar por parte de ellos es mucho más rápida y efectiva.

La terapia intensiva va variando dependiendo del tipo de necesidades que se tenga. Así, podemos encontrar diversos tipos de terapia intensiva que se especifican en un tipo particular de dolencias, situaciones o condiciones de salud. Entre las más comunes podemos mencionar la terapia intensiva neonatal (para los recién nacidos), la pediátrica (para niños y menores de edad en general), la coronaria, cardíaca y cardiovascular (destinadas a problemáticas relacionadas con el corazón), la de cirugía, la geriátrica (para ancianos), la de quemaduras, las terapias intensivas de heridas generadas por trauma, y la terapia intensiva post anestesia (que es para aquellos pacientes recién salidos de una operación en la cual se utilizó anestesia general).

La enfermera debe de realizar los cuidados necesarios para cada paciente, brindar una atención integral, ya que de la enfermera si realiza bien su trabajo dependerá una mejor recuperación del paciente, lo importante es darle el lugar a cada paciente , porque cada persona es diferente a pesar de tener la misma patología, los pacientes sienten cosas diferentes, como lo pudimos comprobar en las entrevistas, que las personas a pesar de su estado crítico están conscientes de que la vida, es muy bella y todos concuerdan que han recibido una segunda oportunidad la cual deben de aprovechar al máximo.

La terapia intensiva ha salvado infinidad de vidas, cuando ya se piensa que todo está mal, o que no se puede hacer nada, gracias a las personas capacitadas que están constantemente en esta área, sin dejar de lado que pueden ocurrir algún evento adverso o hasta centinela, pero siempre estar conscientes de dar lo mejor y brindar el mejor cuidado posible, para evitar a toda costa todos esos eventos que solo afectan la vida de los pacientes.

La terapia intensiva es y será siempre una segunda oportunidad de vida para las personas.

10 BIBLIOGRAFIA

10.1 BÁSICA

- Comité científico-técnico, Federación Panamericana Ibérica de medicina crítica y terapia intensiva: Informe sobre normas mínimas para la adquisición de material y clasificación de equipos, dispositivos, material descartable y soluciones, marzo 2017.
- Ferdinand P., y miembros del grupo de trabajo de la sociedad europea de medicina de cuidados intensivos: recomendaciones sobre requisitos mínimos para los departamentos de cuidados intensivos. Cuidados intensivos 2016.
- Asociación alemana interdisciplinaria de medicina de cuidado crítico: Extracto de recomendaciones sobre problemas en emergencias y medicina de cuidados intensivos. Editado por A. Karimí, W. Dick. Octubre 2016.

- Hoyt J., Harvey M., Axón D.: unidad de cuidados críticos: recomendaciones de diseño y estándares. En Shoemaker, Ayres S., Grenvik A., Holbrook: libro de texto de Critical Care, Saunders, Philadelphia 2015.
- Hudson L.: diseño de la unidad de cuidados intensivos desde un punto de vista de monitoreo. Cuidado respiratorio 2018.
- Kirk Hamilton D.: diseño para la flexibilidad en el cuidado crítico. New Horizons 2012.
- Piergeorge A., Cesarano F., Casanova D.: diseño de la unidad de cuidados críticos: un enfoque multidisciplinario. 2015.
- Steiner A.: la UCI del futuro. Reingeniería de cuidados críticos. New Horizons 2017 grupo de trabajo sobre directrices, sociedad de medicina de cuidados críticos: recomendaciones para servicios y personal para la prestación de cuidados en un entorno de cuidados críticos. 2018.
- Grupo de trabajo sobre pautas, sociedad de medicina de cuidados críticos: recomendaciones para el diseño de la unidad de cuidados críticos. 2014.
- Thijs L., y miembros del grupo de trabajo de la sociedad europea de medicina de cuidados intensivos: mejora continua de la calidad en la UCI: pautas generales. 2017.
- Vicente J., y miembros del grupo de trabajo de la sociedad europea de medicina intensiva: pautas para la utilización de unidades de cuidados intensivos. 2014.
- Unidad de cirugía mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS, 2018.
- Unidad de hospitalización de día. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS, 2018.
- Unidad de pacientes pluri patológicos. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS, 2019.
- Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS, 2019.
- Sherman IJ, Kretzer RM, Tamargo RJ. Recuerdos personales de Walter E. Dandy y su equipo de cerebros. J Neurosurg. 2016.

- Varón J, Fromm RE. Manual de medicina práctica de cuidados críticos. Birkhäuser, 2011.
- Lassen H C A, un informe preliminar sobre la 2016 epidemia de poliomielitis en Copenhague con especial referencia al tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda.
- Laufman H. historia y antecedentes de las unidades de cuidados intensivos. En Laufman H. centros de atención especial del hospital. Planeación de las necesidades del usuario. Prensa académica. 2015. PP. 259-270.
- Fairley HB. La unidad respiratoria del Hospital General de Toronto. Anestesia 2016.
- Crítico para el éxito. El lugar de servicios de cuidados críticos eficientes y efectivos dentro del hospital agudo. Comisión de auditoría. 2018.
- Evolución de la atención intensiva en el Reino Unido. Sociedad de cuidados intensivos. 2003.20 PJ pronovosta; Angus DC; Dorman T; and al. patrones de personal médico y resultados clínicos en pacientes críticamente enfermos: una revisión sistemática. JAMA 2016; 288 (17): 2151-2162.
- Treggiari m. e., Martin D.P., Yanez N.D., Caldwell E., la identificación de Hudson, Rubenfeld GD efecto de la unidad de cuidados intensivos modelo organizacional y estructura sobre los resultados en pacientes con lesión pulmonar aguda.
- Alonso P, Sainz A (coord.). Guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de medicina intensiva. In salud. Madrid, 2017.
- Edbrooke D, Hibbert C, Corcoran M. revisión para el ejecutivo de NHS de servicios de cuidado crítico para adultos: una perspectiva internacional.
- Centro de investigación y economía médica, Sheffield (MERCs). Agosto 2014.
- Vicente JL, Suter P, Bihari D, Bruining H. organización de unidades de cuidados intensivos en Europa.
- Vicente JL. Estándares internacionales de seguridad en la unidad de cuidados intensivos. Desarrollado por el grupo de trabajo internacional sobre seguridad en la unidad de cuidados intensivos. Cuidados intensivos 2016.

- Fernando P. miembros del grupo de trabajo de la sociedad europea de medicina intensiva. Recomendaciones sobre requisitos mínimos para los departamentos de cuidados intensivos. Cuidados intensivos 2017.
- Thijs LG. Miembros del grupo de trabajo de la sociedad europea de medicina de cuidados intensivos. Mejora continua de la calidad en la UCI: pautas generales. Cuidados intensivos 2017.
- Sociedad Europea de medicina de cuidados intensivos. Pautas para la utilización de unidades de cuidados intensivos. Cuidados intensivos 2014.
- Cabré L. ESTAT real de medicina intensiva a Catalunya. Doctorado en tesis. Facultad de medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 2015.
- Vázquez G, Benito S, Cáceres E, net A, y cols. una nueva concepción de urgencias: el complejo de urgencias, emergencias y críticos del hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Rev. calidad asistencial 2015.
- Estándares del hospital Accreditation. La Comisión mixta Bellomo R, Gold Smith D, Achino S, et al. Un posible juicio antes y después de un equipo de emergencias médicas. Revista médica de Australia. 2013.
- Hillman K, Chen J, Cretikos M y col. los investigadores del mérito estudiar. Introducción del sistema del equipo de emergencias médicas (MET): un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados. 2015.
- Brill R, Spevetz A, Branson RD y cols; los miembros del grupo de trabajo de la American Collage of Critical Care Medicine sobre modelos de entrega de cuidados críticos; los miembros del Colegio Americano de directrices de medicina de cuidado crítico para la definición de un Intensivista y la práctica de medicina de cuidados críticos. Entrega del cuidado crítico en la unidad de cuidados intensivos: definir los roles clínicos y el modelo de mejores prácticas. 2017.
- Directrices para otorgar privilegios para la realización de procedimientos en pacientes críticamente enfermos. 2018.
- Pautas de admisión y descarga para unidades de cuidados intermedios para adultos. 2018 marzo.

- Pautas para el diseño de unidades de cuidados intensivos. 2015 marzo.
- Curtis JR, cocinero DJ, Wall RJ, y cols. mejora de la calidad de la unidad de cuidados intensivos: una guía de "How-to" para el equipo interdisciplinario. 2018.
- Pautas y niveles de cuidado de las unidades de cuidados intensivos pediátricos. octubre 2017.
- Pautas de admisión y descarga para el paciente pediátrico que requiere cuidados intermedios. 2014 mayo.
- Pautas para la formación de medicina de cuidado crítico y educación continua.2016.
- Ann Page, editora, Comité sobre el ambiente de trabajo para enfermeras y seguridad del paciente. Mantener a los pacientes seguros: transformando el ambiente de trabajo de las enfermeras Washington, D.C.: la prensa nacional de academias. 2015.
- Normas para la práctica de enfermería de cuidados agudos y críticos. Asociación Americana de enfermeras de cuidados críticos. Consultado en <http://www.aacn.org/WD/Practice/Content/standards.for.acute.and.ccnursing.practice.pcms?menu=Practice>, el 19.12.08.
- Gómez Rubí J.A. Medicina Intensiva. Concepto, desarrollo histórico y fundamentos doctrinales. En: Ginestal Gómez R. Libro de texto de cuidados intensivos. Madrid. Ed. ELA 1991:3-6. 2. González Díaz G, García Córdoba F. Modelos organizativos en Medicina Intensiva: el modelo español. En: Gumersindo González Díaz. Libro electrónico de Medicina Intensiva [Monografía en internet]. Disponible en <http://intensivos.uninet.edu/04/0402.html>
- Herrero Fernández S, Abizanda Campos R. La cartera de servicios en Medicina Intensiva. En: Gumersindo González Díaz. Libro electrónico de Medicina Intensiva [Monografía en internet]. Disponible en <http://intensivos/uninet.edu/04/0407.html>

- Ginestal Gómez R.J, López Tejedor JJ. Estructura, dotación y organización de las UCIS. En: Ginestal Gómez R. Libro de texto de Cuidados Intensivos. Madrid. Ed. ELA 2014.
- Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Medicina intensiva en España. Med Intensiva 2015.
- Heras A, Abizanda R, Berenguer A, Vidal B, Ferrándiz A, Mico MI et al. Unidades de Cuidados Intermedios. Consecuencias asistenciales en un hospital de referencia. Intensiva 2017.
- Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo AM, Murillo F y grupo de planificación, organización y gestión de la SEMICYUC. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. Intensiva 2017.
- Holanda Peña MS, Domínguez Artiga MJ, Ruiz E, Lorda de los Ríos MI, Castellanos Ortega A, Ortiz Melón F. SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): Mirando fuera de la UCI. 2014.
- Gómez-Calcerrada Pérez P. Detección de necesidades percibidas y niveles de ansiedad en los familiares de pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos. Investigación & Cuidados 2016.
- Pérez Fernández M^aC, Navarro Infante FR, Dulce García MA, Gallardo Jiménez N, Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. Páginasenferurg.com [serie en internet] Septiembre 2019. Disponible en: <http://paginasenferurg.com/revistas/paginasenferurgn03.pdf>
- Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermedad Intensiva 2017.
- Navarro Arnedo J.M; De Haro Marín S; Vela Morales C; Perales Pastor R. Descripción de la UCI del Hospital General Universitario de Alicante. Enfermería Intensiva 2016.

- Gil Cama A, Mendoza Delgado D. Balance líquido acumulado en los enfermos ingresados en la UCI: ¿es realmente fiable? Enfermedad Intensiva 2015.
- Robles Rangel P et al. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. Enferm Intensiva 2016.
- González Sanz P. Cuidado de los ojos en pacientes de cuidados intensivos. Enferm Clin. 2017.
- Rodríguez-Arias Espinosa C.Mª; Rojo Durán R.Mª; Gajardo Barrrena Mª.J; Cordero Padilla.
- Mª.J; Tamayo Serrato M; Masero García Mª.J et al. Responsabilidades en los cuidados enfermeros: la información nuestra mejor arma. Enfermería Científica 2016.
- Jiménez Fernández JC, Cerrillo Martín D. Registros de Enfermería: un espejo del trabajo asistencial. Metas 2016.
- Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2017. Informe, mayo 2019. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2019.
- Alucio H. Monitorización cardiovascular. En: Ginestal Gómez, R. Libro de texto de Cuidados Intensivos. Madrid. Ed. ELA 2017.
- Villalta García P. Monitorización. Vigilancia electrónica. Rol de Enfermería 2015.
- Brunner L.S; Suddarth D.S. Electrocardiogramas y arritmias cardíacas. En: Brunner L.S; Suddarth D.S. Manual de enfermería medico quirúrgica. México. Ed. Interamericana 2016.
- Guyton A.C. Electrocardiograma normal. En: Guyton A.C. Tratado de fisiología médica. Madrid. Ed. Interamericano McGraw-Hill 2017.
- Guyton A.C. Interpretación electrocardiográfica de las arritmias cardíacas. En: Guyton A.C. Tratado de fisiología médica. Madrid. Ed. Interamericano McGraw-Hill 2018.
- Rippe J. Arritmias. En: Rippe J.M; Csete M.E. Manual de Cuidados Intensivos. Barcelona. Ed. Salvat 2015.

- Alpert J.S; Francis G.S. Arritmias y su tratamiento. En: Alpert J.S; Francis G.S. Manual de cuidados coronarios. Barcelona. Ed. 2015.
- Ruano Marco M; Tormo Calandín C; Cuñat de la Hoz J. Arritmias. En: Comité Español de R.C.P. Manual de Soporte Vital Avanzado. Barcelona. Ed. Masson. 2016:85-110. 30.
- Dubin D. Ritmo. En: Dubin D. Electrocardiografía práctica. Lesión, trazado e interpretación. Madrid. Ed. Interamericano McGraw-Hill. 2018.
- Becker A. Colocación y cuidados del catéter arterial. En: Rippe J.M; Csete M.E. Manual de Cuidados Intensivos. Barcelona. Ed. Salvat 2014.
- Miller K. Punción arterial. En: Millar S. Terapia intensiva. Madrid. Ed. Médica Panamericana 2017.
- Tomás Rabasa R; Sánchez Zaplana I. Catéter arterial. Rol de Enfermería 2017.
- Torné Pérez E; Alaminos Romero R. Cateterización cardíaca derecha: colocación y control de un catéter de Swan-Ganz. Enfermería Clínica 2018.
- Johnson K.C. Presión arterial pulmonar. En: Millar S. Terapia intensiva. Madrid. Ed. Médica Panamericana 2018.
- Becker A. Cateterismo de la arteria pulmonar: técnicas de inserción y normas para su uso. En: Rippe J.M; Csete M.E. Manual de Cuidados Intensivos. Barcelona. Ed. Salvat 2017.

10.2 COMPLEMENTARIA

- Unidad de terapia intensiva. Nota de construcción de salud 27. NHS Estatus. 2012.50 pautas para el diseño de unidades de cuidados intensivos. Sociedad de medicina de cuidados críticos. 2015.
- Soto E Parra, D & Rojas, M. Identificación de las necesidades de los familiares con pacientes en las unidades de cuidado intensivo adulto, coronario y pediátrico del Hospital Federico Lleras Acosta sede Francia durante los meses de febrero a mayo de 2016.
- Brait A & De Oliveira D. The life meaning of the parents of the critical patient. Rev. Esc. Enferm. USP, 2017; 42 (3): 547-553.

- Perdomo R (2012). Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos, Revista Médica Hondureña 1992; 60:49 Obtenido diciembre 8, 2017, disponible en:<http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992-13.pdf>
- Gutiérrez J, Blanco A, Luque M & Ramírez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería Global 2018.
- Mejía M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico 2016. Recuperado el 6 de diciembre de 2015, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962006000200010&lng=es 7 Hardicre J. Nurses' experiences of caring for the relatives of patients in ICU. Nursing times 2016.
- Frizon G, Nascimento E, Bertoncetto K & Martins J. Familiares na sala de espera de una unidad de terapia intensiva: sentimientos revelados. Revista Gaúcha de Enfermagem 2016.
- Asistencia crítica alcance 2013. Agencia de modernización del NHS. 2013.
- Cuidado crítico de calidad. Más allá de ' cuidados críticos integrales '. Un informe del Foro de las partes interesadas de cuidado crítico. Septiembre, 2015.
- Manley K, Hardy S. mejorar los servicios a los pacientes a través del desarrollo continuo de equipos de cuidado crítico. Un informe de proyecto. Un informe encargado por el Departamento de salud (Inglaterra). Septiembre, 2015.
- Servicios de divulgación de atención crítica. Indicadores de logros de servicio y buenas prácticas. Foro de partes interesadas de atención crítica y foro de divulgación nacional. Marzo, 2017.
- Sánchez I; Zaragoza M. Ventiladores mecánicos o volumétricos. Rol de Enfermería 2017. Julio-Agosto; Nº: 107-108. Pag: 77-82.

- SIEMENS. Servo Ventilator 900 C. Manual de Instrucciones. Sweden. Ed. SiemensElema 2013. 72. Suñe B. Ventilación mecánica. Vigilancia y cuidados. Rol de Enfermería 2014. Junio; N^o: 190. Pag: 31-38. 73.
- Demers R.R; Irwin R.S. Presión positiva al final de la espiración. En: Rippe J.M; Csete M.E. Manual de Cuidados Intensivos. Barcelona. Ed. Salvat 2018. Pag: 144-148. 74.
- Palazón Sánchez E; Gómez Rubí J.A. Presión positiva continua de la vía aérea. Medicina intensiva 2018. N^o:16. Pag: 452-457.
- Muñoz J; Guerrero J.E. Ventilación controlada por presión. Medicina intensiva 2014. N^o:16. Pag: 463-468.
- González Díaz G; Pardo Talavera J; Gómez Rubí J. Ventilación con presión de soporte. Medicina intensiva 1992. N^o: 16. Pag: 458-462.
- Mérida A. Ventilación mecánica. En: Rosales Fernández G. Cuidados intensivos para enfermería. Granada. Ed. G.Rosales Fernández 2016. Pag: 205-220.
- Brunner L.S; Suddarth D. Cuidado respiratorio intensivo. En: Brunner L.S; Suddarth D. Manual de enfermería medico-quirúrgica. México. Ed. Interamericana 2015. Pag: 455-492. 79. H.G.U. de Alicante. Recomendaciones para la prevención de neumonía en los enfermos sometidos a ventilación mecánica. En: H.G.U. de Alicante. Prevención y control de la infección hospitalaria y terapéutica antimicrobiana. Ed. H.G.U. de Alicante 2015. Pag: 40. 80.
- Ania González N, Martínez Mingo A, Eseberri Sagardoy M, Margall Coscojuela M^aA, Asiain Erro M^aC. Evaluación de la competencia práctica y de los conocimientos científicos de enfermeras de UCI en la aspiración endotraqueal de secreciones. Enferm Intensiva 2014;15(3):101-11.
- Lerga C, Zapata MA, Herce A, Martínez A, Margall MA, Asiain MC. Aspiración endotraqueal de secreciones: estudio de los efectos de la instilación de suero fisiológico. Enferm Intensiva 2017;8:129-37.

- Demers R.R; Irwin R.S. Terapeutica respiratoria auxiliar. En: Rippe J.M; Csete M.E. Manual de Cuidados Intensivos. Barcelona. Ed. Salvat 2018. Pag: 154-158.
- Mapp C.S. Cuidado del paciente con traqueotomía. Nursing 2019. Pag: 34-41.
- Nursing Photobook. Cuidados de las vías aéreas. En: Nursing Photobook. Cuidados intensivos en enfermería. Barcelona. Ed. Doyma 2016. Pag: 34-42.
- Fernández Crespo B; Peirani Andino B. Cuidados de enfermería del enfermo traqueotomizado. Enfermería Científica 2018. Noviembre; N°: 80. Pag: 13-14.
- Pades Jiménez A; Tomás Vidal A.Mª. Paciente traqueostomizado. Rol de Enfermería 2017. Noviembre; N°:231. Pag: 17-27.
- Salas Campos L; Rodríguez Hebra I; Martín Rivero B; Solé i Fábregas A; Grau Navarro M; Mateo Marín E. et al. Cánulas de traqueostomía. Rol de Enfermería 2018. Junio; N°:238. Pag: 95-101.
- Shiley. Cánula de traqueotomía. Instrucciones de uso. Laboratorios Mallinckrodt 1997. USA. 90. Hernández C, Bergeret JP, Hernández M.Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica. Cuad. Cir. 2017; 21: 92-98.
- Ciudad A, Giménez AMª, Fernández-Reyes I, Serrano P, García MªR, Nicolás M. Cuidados enfermeros en el proceso de destete del ventilador. Metas 2015;37(Jul/ag):3641.
- Ayllón Garrido N,Rodríguez Borrajo MªJ, Soletto Paredes G, Latorre García PMª. Extubaciones no programadas en pacientes sometidos a fase de destete en cuidados intensivos: incidencia y factores de riesgo. Enferm Clin.2019;19(4):210-214.
- Carmona Simarro JV, Roses Cueva P, Barroso Martínez FJ, Bixquert Mesas A. Extubación. Procedimiento de enfermería. Enfermería integral 2016;91:10-13.
- Álvaro Pascual F; Triguero Robles A. Fisioterapia en la Cirugía Cardíaca. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. 2018

- Brunner L.S; Suddarth D.S; Tratamiento del paciente sometido a cirugía cardiovascular. En: Brunner L.S; Suddarth D.S. Manual de enfermería médico-quirúrgica. México. Ed. Interamericana 2015. Pag: 579-595. 99.
- McHUGH J. Perfeccione los tres pasos de la fisioterapia respiratoria. Nursing 2018. N°:4. Pag: 36-39.
- Pacientes gravemente enfermos en el hospital. Reconocimiento y respuesta a enfermedades agudas en adultos hospitalizados. Guía clínica NICE 50. Julio, 2007. 56 ¿un problema agudo?. NCEPOD. 2015.
- McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, Kapila A, Mayhew A, Moutray M. divulgación y sistemas de alerta temprana (EWS) para la prevención de la admisión de cuidados intensivos y la muerte de pacientes adultos críticamente enfermos en los barrios generales del hospital. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2017, problema 3. arte. No.: CD005529. DOI: 10.1002/14651858. CD005529. pub2. 58 directrices para el transporte del adulto gravemente enfermo. Sociedad de cuidados intensivos. 2002.59 directrices para la introducción de los servicios de divulgación. Sociedad de cuidados intensivos. 2012.60 Cohen SL, Bewley JS, Ridley S, Goldhill D y miembros del Comité de normas de ICS. Gidelines para la limitación del tratamiento para adultos que requieren cuidados intensivos. Sociedad de cuidados intensivos. 2013.
- normas para la notificación de incidentes críticos en cuidados críticos. Sociedad de cuidados intensivos. 2015.
- normas para el personal Consultor de unidades de cuidados intensivos. Sociedad de cuidados intensivos. 2017
- Galley J, O'Riordan B. orientación para personal de enfermería en cuidados críticos. Real Colegio de enfermería. Febrero, 2013.
- Lange S, et al. Declaración de la sociedad europea de medicina intensiva: Medicina de cuidados intensivos en Europa-estructura, organización y directrices de formación del Comité mixto multidisciplinario de medicina intensiva (MJCICM) de la Unión Europea de Médicos especialistas (UEMS). Cuidados intensivos Med 2014; 28:1505-1511. Disponible en

<http://tinyurl.com/krrvnh>. 65 atención más segura para el paciente gravemente enfermo: aprender de incidentes serios. Londres: NHS. Agencia Nacional de seguridad del paciente. 2017.

- Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012; 40: 502-509.
- Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med* 2013; 369: 1306-1316.
- <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/mis-dias-en-la-uci-por-marina-garcia/>

11. GLOSARIO

A

- Aberrante: anormal
- Abiótico: elemento o sustancia que provoca la detención de las manifestaciones vitales y llega a suprimirlas.
- Ablución: lavado más o menos completo de la superficie corporal.
- Acatisia: intranquilidad motora; incapacidad de permanecer sentado con tranquilidad.
- Accidental: al azar, sin importancia, casual, involuntario
- cinesia: Variedad de acromatopsia que consiste en la imposibilidad de distinguir el color azul.
- Acidosis: aumento de la acidez en líquidos y tejidos del cuerpo.
- Acinesia: ausencia de movimiento
- Aclaramiento: eliminación de determinadas sustancias de la sangre.
- Acmé: Período de mayor intensidad de una enfermedad.
- Acné: Enfermedad de la piel caracterizada por una inflamación crónica de las glándulas sebáceas, especialmente en la cara y en la espalda.

- Acomodación: ajuste, adaptación
- Acoplamiento: coordinación, unión , asociación
- Acores: erupción semejante a la tiña mucosa, especialmente en la cabeza y la cara de los niños
- Acostumbrado: habitual
- Acrocefalia: ákros kephalé -ia Forma cónica de la bóveda craneal, (de forma que tiene pico). [griego, neologismo]
- Acrocianosis: coloración rojiazulada de los extremos corporales
- Acromegalia: ákros mégas -ia Enfermedad crónica debida a la lesión de la glándula pituitaria, y que se caracteriza principalmente por un desarrollo extraordinario de las extremidades. [griego, neologismo, 1889]
- Anafilaxia: reacción de hipersensibilidad grave e inmediata, a veces fatal, provocada por un antígeno.
- Analgésico: a- álgos - ikos Falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de los restantes modos de la sensibilidad. [griego, antiguo]
- Anamnesis (mnesico: recuerdo): parte del examen clínico que reúne todos los datos personales y familiares del enfermo anterior a la enfermedad. Recordar lo que ha pasado anteriormente.
- Anamnesis: aná mnêma -sis Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del enfermo, anteriores a la enfermedad. (consiste en hacer memoria de los antecedentes). [griego, antiguo]
- Anastomosis: comunicación patológica o quirúrgica entre estructuras tubulares como intestinos o vasos sanguíneos.
- ARIAM: Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio.
- Arteriosclerosis: aeíro sklerós -o-sis Endurecimiento de las arterias. [griego, antiguo (en palabras separadas)]

B

- BDI: Inventario de Depresión de Beck A-E: Ansiedad como Estado A-R: Ansiedad como Rasgo
- Bioética: bíos éthos - ikos Disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos. [griego, neologismo, 1971]
- Bradipnea: respiración lenta.
- BRC: Bacteriemia relacionada con catéter.

C

- Causalgia: kau- álgos -ia Neuralgia caracterizada por una sensación de quemadura debida a una herida o traumatismo en un nervio periférico. [griego, neologismo, 1872].
- CDC: Centers for Disease Control and Prevention
- Cervical: que afecta al cuello o al cuello de un órgano cervix
- Cetoacidosis: exceso de ácidos y cuerpos cetónicos en la sangre
- Cianosis: coloración azulada de la piel y de las mucosas
- Ciática: dolor que se irradia de la espalda a las extremidades inferiores
- Cíclico: relativo a un ciclo, que pasa por sucesivas etapas; compuestos químicos en forma de anillo.
- Cicloplejía: parálisis del músculo ciliar (acomodación del ojo).
- Cinético: perteneciente al movimiento o que lo produce.
- Coma: Es un estado de inconsciencia prolongada que puede ser provocado por varios factores como una lesión, embolia, intoxicación con alcohol o drogas, infecciones, tumor cerebral o enfermedades graves. Durante este lapso, los pacientes no están conscientes de su entorno y no responden a estímulos. Esta condición también se puede provocar para ejecutar ciertos procedimientos médicos.

- Concatenación: deriva del latín *concatenatio*, compuesta por el prefijo *con-*, que se refiere a una unión, *catena*, que significa “cadena”, y el sufijo *-ción*, que indica “acción y efecto de”. De esta manera, concatenación es etimológicamente la acción y efecto de juntar elementos para formar una cadena.
- CVC: Catéter venoso central.

D

- DE: Desviación estándar.
- Desfibrilador: aparato empleado en casos de paros cardíacos por fibrilación ventricular
- Deshidratación: (hidro: agua) pérdida del agua de constitución de los tejidos.
- Disnea: dificultad en la respiración.

E

- EA: Evento adverso.
- En este estado, el paciente no está consciente de sí ni del entorno y es incapaz de interactuar con este. No hay movimientos voluntarios ni evidencia de que haya comprensión o expresión lingüística. Los pacientes pueden presentar periodos de sueño y vigilia y este estado puede volverse permanente.
- ENEAS: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENVIN: Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva.
- Estado vegetativo persistente: El paciente puede estar en estado de "vigilia", pero no está "consciente ". Usualmente se deriva de una lesión cerebral provocada por falta de oxígeno. Se presenta en la transición entre el coma y la recuperación o entre el coma y la muerte.
- Eupnea: respiración normal, fácil, tranquila, rítmica.

F

- FC: Factores contribuyentes.
- Fin de la RCP: cuando se diagnostica éxitus del paciente o si el paciente recupera la respiración y la circulación espontánea, efectiva y persistente y mantenida durante más de 20 minutos. Cuando se constata la no indicación de RCP.
- Fisioterapia: tratamiento de las enfermedades con métodos físicos (masajes, ejercicios terapéuticos, aplicación de frío, calor, hidroterapia, etc.) que facilita el restablecimiento de las funciones orgánicas después de una enfermedad o lesión.
- Foto: Luz.
- Fotofobia: intolerancia anormal a la luz. Se presenta en muchas afecciones oculares.
- Fototerapia: tratamiento de las enfermedades mediante la luz.

H

- HADS: Escala de Ansiedad y Depresión
- Hemesís: vomito
- Hemofilia: haîma phylon -ia Hemopatía hereditaria, caracterizada por la dificultad de coagulación de la sangre, lo que motiva que las hemorragias provocadas o espontáneas sean copiosas y hasta incoercibles. [griego, neologismo.

N

- IN: Infección nosocomial.

I

- Individualidad: Característica particular de la personalidad de un individuo que lo distingue singularmente de los demás. Con sus cuadros pretendía imitar a los grandes maestros sin perder su individualidad.

- Intento de Desfibrilación: se considera a aquel que se realiza mediante cualquier tipo de aparataje, ya sea un desfibrilador externo, semiautomático o automático.
- Intubar: Significa que el paciente tiene dentro de su tráquea un tubo para respirar, ya sea para proteger la vía aérea después de un traumatismo o para posibilitar su respiración. Si los pacientes necesitan asistencia para respirar, a menudo se les conecta un ventilador mecánico.
- ISD: Incidente sin daño.
- IUSU: Infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral. NAV: Neumonía asociada a ventilación mecánica.

L

- Letalidad: mortalidad

M

- Muerte cerebral: Un paciente tiene muerte cerebral cuando todas las funciones del cerebro y del tronco encefálico cesan permanentemente. El paciente no puede respirar por sí mismo. Una vez que se declara la muerte cerebral de un paciente, la persona se considera legalmente muerta .

N

- Necrólisis: separación y exfoliación del tejido a causa de muerte celular
- Necropsia: examen de los cadáveres (autopsia)
- Necrosis: muerte de un tejido en un área circunscripta.
- Nefritis: inflamación del riñón
- Nefrolito: piedra del riñón.
- Nefropatía: enfermedad del riñón
- Nefrótico: relativo a una enfermedad del riñón o causado por ella
- Nefrotóxico: que es tóxico para el riñón

- Negativo: sin resultado, no positivo, bajo la línea cero.
- Neoplásico: relativo a un cáncer.
- Nerviosismo: excitabilidad e irritabilidad excesivas.
- Neumonía: inflamación de los pulmones.
- Neumopatía: enfermedad del pulmón.

P

- Paciente de riesgo ante una parada cardiorrespiratoria: aquel paciente que presenta una valoración de la escala score de aviso precoz modificado > 4.
- Parada cardiorrespiratoria: cese de la actividad mecánica confirmada por la ausencia de signos de circulación.
- PICS: Postintensive Care Syndrome
- PICS-F: Postintensive Care Syndrome Family
- Polineuropatía : es una afección que causa una disminución en la capacidad para moverse o sentir (sensibilidad) debido a un daño neurológico.
- Prevalencia: frecuencia de una enfermedad en un momento dado, es decir, número de casos en una población.
- Prevención: medidas destinadas a evitar enfermedades o accidentes
- Privación: falta o carencia
- Procreación: reproducción
- Productos de desecho: Sustancias resultantes del metabolismo que son tóxicas para el mismo.
- Profilaxis: prevención

R

- Radiografía: Procedimiento para hacer fotografías por medio de los rayos X. Fotografía obtenida por este procedimiento
- Reanimación cardiopulmonar: se considera reanimación cardiopulmonar cuando se lleva a cabo un intento para mantener o restaurar la circulación mediante manejo de la vía aérea, ventilación o circulación aplicando las maniobras de soporte vital, desfibrilación u otras técnicas. Se considera que

ha habido un intento de RCP cuando se haya realizado masaje cardiaco externo, con o sin ventilación.

- Reingreso: paciente que ya ha estado hospitalizado y vuelve de nuevo al nosocomio
- Resistencia: conjunto de mecanismos que actúan como barrera contra el progreso de la invasión de agentes infecciosos en el organismo que es agredido.
- Resistente: que no da respuesta a determinados medicamentos
- Resorción: absorción de agua y de solutos por células vivas
- Respirador /ventilador artificial: Una máquina que mantiene la respiración.
- Respiratorio: perteneciente o relativo a la respiración respuesta: reacción ante un estímulo resucitación: restablecimiento de la vida de un sujeto aparentemente muerto
- Resucitación: Este término se usa generalmente como parte de la resucitación cardiopulmonar o RCP . Es la técnica que se usa cuando el corazón de una persona deja de latir o la persona deja de respirar. Generalmente incluye compresiones en el pecho, asistencia a la respiración y frecuentemente, medicamentos para ayudar a que la sangre fluya hacia los órganos.
- Retardo: retraso; impedimento; desarrollo retrasado
- Ritmo desfibrilable: Fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso en el contexto de una parada cardiorrespiratoria
- RSCQ: Cuestionario del sueño de Richard-Campbell

S

- SECI: Servicio Extendido de Cuidados Intensivos
- SIAE: Sistema de Información de Atención Especializada DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud MeSH: Medical Subject Headings
- STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo

- Sujeciones: Es el uso de medidas para restringir el movimiento del paciente, ya sea en una zona del cuerpo o varias extremidades, para la seguridad o comodidad del paciente. Siempre se utiliza el término sujeción en vez de amarrar, pues suena más sutil y para la familia es menos traumático saber que su paciente está con una sujeción antes que amarrado.

T

- TAA: Terapia Asistida con Animales
- TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático IES-R: Impact of Event Scale Revised

U

- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
- Uterino: cuello uterino

V

- Venoclisis: consiste en un procedimiento para canalizar una vía venosa, ya sea para la administración de líquidos, medicamentos o con fines diagnósticos a través de una vena. De hecho, es la técnica por la cual se administra una inyección de algún tipo de líquido por vía intravenosa a través de una cánula (aguja). Se debe recordar que una vena es un vaso sanguíneo.

