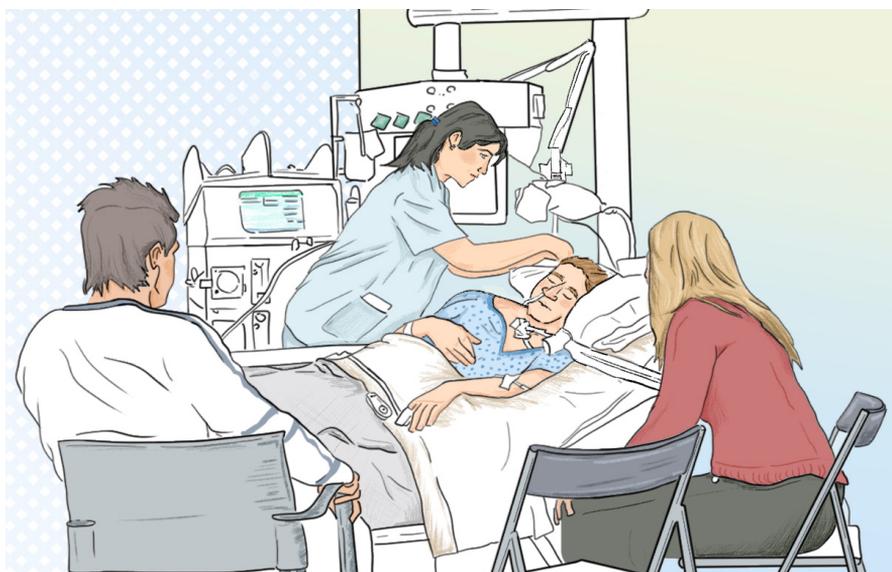


## Capítulo 1

# Conceptualización de la persona en situación crítica de salud y su entorno de cuidado

Figura 1. Persona en situación crítica de salud en su entorno de cuidado.



Fuente: Faber Gutiérrez, 2022.

**Objetivo de aprendizaje:** comprender las características que definen a la persona adulta en situación crítica de salud e identificar el ambiente en el cual se cuida este tipo de pacientes.

La unidad de cuidados intensivos (UCI) ofrece a la persona ingresada un lugar para garantizar la recuperación segura de su estado de salud, teniendo como soporte tecnología de punta y profesionales altamente cualificados. Sin embargo, el sistema de monitoreo estricto, el sistema de alarmas, la existencia de mayor ocurrencia de procedimientos invasivos y la

restricción social adoptada en la mayoría de unidades generan cambios a nivel físico y psicológico, que se suman a los ya adoptados por el paciente. Por ello, en este capítulo, se profundiza en los factores intrínsecos, contextuales y conceptuales del cuidado crítico que conllevan a desafíos e intervenciones de enfermería para garantizar un cuidado integral y humanizado.

## Persona en situación crítica de salud

La persona en estado crítico de salud posee características que lo definen, como las que se enumeran enseguida:

1. *Presenta una enfermedad o situación clínica grave que, por tanto, representa un riesgo real o potencial para la vida.*

Un paciente en estado crítico “presenta, en todos los órganos y sistemas evaluados, un comportamiento variable, según el tipo de lesión, el tiempo de evolución y los antecedentes del propio paciente” (Turchetto, 2005). Las variaciones en los signos y los síntomas que presenta el paciente se relacionan con las reservas fisiológicas de la persona, la magnitud de la lesión y el tiempo transcurrido entre el evento y la atención en salud.

De acuerdo con Turchetto (2005), desde el punto de vista fisiológico, la respuesta a la lesión física se divide en tres niveles, que interactúan simultáneamente. El primer nivel es el simpático adrenal (con incremento del tono simpático y liberación de catecolaminas, que incrementan el gasto cardíaco). El segundo nivel es el nefro-humoral (sistema renina-angiotensina-aldosterona, que se desencadena por la vasoconstricción renal y busca el sostenimiento de la presión arterial y perfusión de los órganos). El último es el nivel microvascular (la microcirculación de la mayor parte de los órganos queda alterada), especialmente si la lesión es de gran magnitud o no se actúa para su tratamiento.

El concepto de *gravedad*, en este punto, es importante, teniendo en cuenta que su nivel se relaciona de manera directa con el riesgo inminente de perder la vida. Para determinar el nivel de gravedad, se han incorporado diferentes protocolos o escalas que permiten cuantificar el estadio de la enfermedad y pueden ser predictores de mortalidad, aspecto que se trata más adelante.

2. *Esta condición de salud tiene la connotación de ser potencialmente reversible.*

En este aspecto, el concepto de reversibilidad se relaciona con la perspectiva razonable de recuperar la función orgánica alterada; la reversibilidad diferencia entre las características de los pacientes críticos los que deben ser tratados

en UCI, o bien los que necesitan otros cuidados, por ejemplo, cuidados paliativos. La característica de reversibilidad puede estar condicionada por la naturaleza de la enfermedad, la edad y la presencia de comorbilidades.

3. *Necesita cuidados continuos y coordinados por un grupo profesional y técnico capacitado para tal fin.*

Los pacientes en estado crítico de salud necesitan monitoreo continuo, a fin de detectar los cambios prematuros y sutiles en los parámetros fisiológicos, para tomar las medidas pertinentes y limitar los efectos potencialmente fatales. Debido a que el paciente en estado crítico se encuentra en un estado fisiológico inestable, en el cual pequeños cambios pueden llevar consigo a daño orgánico irreversible o la muerte, la monitorización busca detectar oportunamente esas pequeñas variaciones para instaurar el tratamiento idóneo y, de ese modo, restaurar el equilibrio fisiológico, a fin de prevenir la lesión definitiva (Aguilar y Martínez, 2017).

4. *Necesita estar en un área de alta tecnología como una unidad de cuidado intensivo.*

La meta primordial del cuidado a la persona en estado crítico es proporcionar un ambiente óptimo y especializado, con personal calificado y entrenado para enfrentar con solvencia profesional, autonomía, calidad y calidez los problemas reales o potenciales que caracterizan este tipo de pacientes (Parra *et al.*, 2012).

Las UCI son servicios, dentro del marco institucional hospitalario, que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación (Aguilar y Martínez, 2017). Estas unidades se caracterizan por ofrecer dos servicios fundamentales:

- Monitorización continua.
- Tratamiento intensivo, dirigido a tratar el proceso agudo y mantener las funciones orgánicas mediante técnicas y procedimientos de soporte vital avanzado.

*Criterios de ingreso a UCI:* la estancia en la UCI no beneficia a todos los pacientes. En algunos casos, puede ser una medida innecesaria, que puede prolongar la vida o, por el contrario, hacer muy doloroso el proceso de la muerte, con todas las implicaciones humanas y éticas que esto conlleva. En esa medida, “la UCI debería reservarse para pacientes con condiciones reversibles y que tienen una posibilidad razonable de recuperación” (Society of Critical Care Medicine –SCCM, 1999).

Griner identificó dos condiciones en las cuales no había mayor beneficio el ingreso de una persona a la UCI: pacientes demasiado bien para beneficiarse y pacientes demasiado enfermos para beneficiarse. Según las recomendaciones de las sociedades científicas (SCCM, 1999), los pacientes que potencialmente se beneficiarían de ingresar a UCI son los de alta prioridad.

Los pacientes de alta prioridad son pacientes críticos, inestables, con condiciones potencialmente reversibles y que requieren terapia intensiva (soporte ventilatorio, medicamentos vasoactivos) y estrecha y continua observación. Esta categoría excluye pacientes con enfermedades crónicas subyacentes y pacientes terminales (SCCM, 1999). Dentro de esta categoría están los pacientes con las prioridades que se describen enseguida:

*Prioridad I:* inestables que requieren monitoreo y tratamiento que no pueden ser provistos fuera de la UCI.

*Prioridad II:* pacientes que requieren monitoreo intensivo y pueden requerir intervención inmediata, con condiciones comórbidas previas que desarrollan eventos agudos.

*Prioridad III:* pacientes inestables, críticos, pero que tienen reducidas posibilidades de recuperación por la enfermedad de base o por la condición aguda del momento, pueden recibir tratamiento intensivo, con limitaciones en algunas maniobras (intubación, reanimación cardiopulmonar).

*Prioridad IV:* no apropiados para UCI.

De otra parte, el tamaño, el tipo de hospital, así como el número de camas son parámetros que tienen importancia, a la hora de la selección de criterios de ingreso a la UCI. Actualmente, existen también criterios sustentados en indicadores fisiológicos como los signos vitales, datos de laboratorio, electrocardiograma (EKG); así como hallazgos físicos o indicaciones por patologías. Esas indicaciones son asociadas a las fisiológicas (SCCM, 1999), por ejemplo: neumonía, leucocitos  $+30000 < 4000$ , BUN  $+20$  mg/dl,  $PaO_2 < 60$  mm de Hg (aire ambiente), compromiso multilobar, plaquetas  $< 80000$  y confusión.

## La familia del paciente en situación crítica de salud

Para la enfermera de UCI, la familia del paciente en situación crítica de salud constituye todo un desafío debido a que, si proporciona un cuidado integral al paciente, se debe considerar objeto de cuidado también a la familia. Ello tiene sentido porque la familia del paciente se enfrenta a una serie de circunstancias que la afectan, desde el mismo entorno de la unidad, que puede

ser muy estresante, lleno de máquinas, ruido, información difícilmente comprensible y restricciones en las visitas, entre otros inconvenientes.

Por otra parte, la familia se ve enfrentada a asumir el temor de perder a su familiar, a la toma de decisiones rápidas, cambios de roles, entre otras situaciones que afectan la dinámica familiar. Todo ello ocasiona ansiedad e incertidumbre, por lo que los familiares pueden llegar a generar síndrome post-UCI de la familia.

Para entender un poco lo que significa la familia en estos casos, es necesario retomar algunos conceptos teóricos sobre el asunto, como el de Goldenberg (1997), quien sostiene que “la familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás, y viceversa”. Estas afirmaciones son muy significativas, pues llevan a reconocer el impacto de la llegada de una persona a la UCI y a comprender cómo esta situación afecta de manera importante la salud familiar.

Por otra parte, Pérez-Giraldo (2002) confirma la importancia de asumir el cuidado de la familia, incluyendo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esto tiene lugar identificando las potencialidades, con el fin de promover su utilización, en la satisfacción de las necesidades.

Existen estudios cuantitativos y cualitativos sobre las necesidades de los familiares de pacientes ingresados a UCI (Scott *et al.*, 2019). Estos estudios se refieren a hechos muy específicos, como la necesidad de recibir información, seguridad, proximidad, comodidad y soporte.

En particular, una de las necesidades más importantes es la necesidad de información (cognitiva), pues la familia requiere de información relacionada con la salud del paciente y con aspectos clave del entorno UCI (Pardavila y Vivar, 2012). Las familias esperan que se les informe acerca de los signos vitales, el cuidado, el confort y el descanso del paciente. Así también, necesitan conocimiento sobre el equipo tecnológico, el teléfono, equipo de profesionales, reglas y normas hospitalarias.

Esta información debe tener algunas características tales como la claridad y la pertinencia, de manera que permita tener una guía y orientación permanente que brinde confianza sobre todo lo que está sucediendo con el familiar en UCI. Desafortunadamente, esta necesidad de información no ha sido satisfecha del modo deseable. De ahí que, como mencionan Boada y Guáqueta (2019), se requiere una serie de elementos para abordar la información que se

ofrece a la familia, por ejemplo, sus características; y la valoración e identificación de la necesidad de esa información.

Así también, es necesario considerar las habilidades indispensables de la enfermera para abordar la necesidad de información y de participación familiar en el cuidado, a lo que se suman las condiciones para abordar la necesidad y el tipo de información. Todos ellos son elementos claves para intervenir en esta necesidad cognitiva.

Ahora bien, considerando que el objetivo de la familia es comprender la condición de su familiar, se han establecido varios tipos de intervenciones, como programas de educación, folletos y videos informativos, o ronda familiar, entre otros (Guáqueta *et al.*, 2021).

Otra de las necesidades de la familia es la de seguridad, relacionada con un deseo de la familia de mantener o redefinir la esperanza sobre el resultado del paciente. Para esta necesidad, se han planteado varias intervenciones, relacionadas con la información y la proximidad, entre otras.

Dentro de la necesidad de proximidad, la cual refleja el deseo de la familia de vincular y mantener relaciones familiares, se han realizado diferentes estudios, donde se identifica que una de las intervenciones principales es el manejo de la política de las visitas en las UCI, de manera más flexible o visita abierta, con lo que se logra una mejor satisfacción en la familia, relacionada con la asignación adecuada del tiempo para realizar discusiones y tener una comunicación directa con el equipo de salud.

En relación con la necesidad de apoyo, la cual refleja la disponibilidad de recursos de apoyo, incluidas la necesidad de ayuda, asistencia o acompañamiento de expertos, en diferentes circunstancias como en el final de la vida. Así, se han establecido intervenciones relacionadas con la participación del equipo interdisciplinario de la UCI, que maneja todos los problemas relacionados con roles familiares, relaciones, responsabilidades y aceptación de la situación.

Por otra parte, se identifican también necesidades emocionales que remiten a los sentimientos que experimentan los familiares, como consecuencia del ingreso de su ser querido en la UCI. Estas emociones pueden ser de esperanza y mejoría, o miedo a perderlo. Por tanto, la familia debe ser intervenida o, de lo contrario, puede presentar una sensación de impotencia y sufrimiento (Pardavila y Vivar, 2012). Dentro de las intervenciones para satisfacer esta necesidad emocional, están la intervención terapéutica que brinde el equipo interdisciplinario, el apoyo espiritual y, lo más importante, la confianza y la seguridad que el equipo de salud pueda proveer (Mendes, 2019).

Diferentes investigaciones han demostrado que los familiares que afrontan las crisis solos, a partir de las emociones presentan mayor ansiedad, estrés y depresión; mientras que aquellos que realizan un proceso de afrontamiento y enfocan las estrategias a solucionar el problema y tomar decisiones para cambiar la situación, presentan menor angustia psicológica, depresión y estrés (Olabisi *et al.*, 2020). Además, se ha demostrado que estas afecciones emocionales y psicológicas pueden disminuir cuando las necesidades de los familiares son satisfechas por parte del personal de salud. Por ejemplo, recibir información sobre el estado de salud del paciente aumenta la seguridad, facilita la proximidad y disminuye los sentimientos negativos sobre el riesgo de muerte.

Las necesidades prácticas o de confort se refieren a todo lo que contribuye a que la familia se sienta cómoda, en aspectos como sala de espera, el acceso a teléfonos, cafeterías y cercanía física a la UCI. Estos elementos pueden reducir la ansiedad, por ejemplo, las familias siempre refieren que las salas de espera son sitios incómodos y fríos. Pero, en alguna medida, logran ser sitios donde se comparten las diferentes experiencias entre familiares, lo que es un elemento muy positivo a la hora de enfrentar situaciones similares (Pardavila y Vivar, 2012).

## La unidad de cuidado intensivo como entorno de cuidado

La recuperación de las personas en situación crítica de salud, debido a la complejidad de tal situación, requieren ser internados en un área especializada dentro del hospital: la UCI. Por su organización y funcionamiento, esta unidad está en capacidad de realizar un manejo integral al paciente, con el fin de corregir problemas agudos que ponen en peligro la vida, o bien, mediante vigilancia continua, detectar oportunamente los problemas que pueden presentarse.

La unidad de cuidado intensivo, terapia intensiva o cuidado crítico puede definirse de modo relativamente similar, por la especificidad de su propósito y manera de actuar dentro de ella:

1. “Área especial donde se provee de la aplicación sistemática de múltiples posibilidades terapéuticas modernas que se utilizan en situaciones de peligro de la vida. Esta terapéutica sustituye temporalmente las funciones orgánicas, sin abandonar el tratamiento de la enfermedad fundamental. Además, supone la vigilancia constante” (Lawin, 1999).

2. “Área especializada de los hospitales con equipamiento definido y personal altamente cualificado para tratar a pacientes con una enfermedad o traumatismo grave” (Stevens, 2002).
3. “Es un área específica del hospital, cuyo propósito fundamental es proveer el máximo de vigilancia y soporte de las funciones vitales y la terapéutica definitiva de pacientes con enfermedades agudas agudas que ponen en peligro su vida, siempre que [estas] sean reversibles [...]. Son servicios insertos dentro del marco institucional hospitalario que cuentan con una estructura capaz de cuidar y sostener las funciones vitales de los pacientes con riesgo actual o potencial de la vida” (Parra, 1993).

Por último, a la pregunta sobre qué beneficio ofrece la unidad de cuidados intensivos puede responderse que permite la monitorización continua, con el fin de detectar oportunamente las variaciones en las funciones orgánicas, por medio de lo siguiente:

- Tratamiento intensivo para curar el proceso agudo, procedimientos y soporte vital avanzado.
- Cuidado continuo y especializado, por la complejidad de la situación, junto con cuidado integral e interdisciplinario.

## Tipos de unidades de cuidados intensivos

Las UCI se pueden clasificar de acuerdo con el diseño, la distribución espacial y el tipo de pacientes que ingresan. De acuerdo con el diseño clasifican como rectangulares, en ele (L) y circulares; y de acuerdo con la distribución espacial se clasifican en abiertas, cerradas o mixtas.

De acuerdo con el tipo de pacientes que ingresan a la unidad, se clasifican de la siguiente manera:

1. *Unidad polivalente*. Recibe pacientes procedentes de diferentes servicios y con enfermedades de diversa índole, clínica, quirúrgica y ginecológica, etc.
2. *Unidad coronaria*. Es el área asistencial dotada de los medios técnicos y de los recursos humanos necesarios para la atención y la vigilancia continua de los pacientes con cardiopatías.
3. *Unidad quirúrgica*. Se encarga de atender a pacientes que se recuperan de una variedad de procedimientos quirúrgicos de alto riesgo y casos traumáticos.

4. *Unidad renal.* Es un área especializada del hospital, donde se realiza tratamiento a los pacientes que requieren sustitución de la función renal y depuración de la sangre.
5. *Unidad quemados.* Área asistencial de alta especialización y complejidad, con recursos humanos y materiales necesarios para la atención basada en la mejor evidencia disponible de este tipo de pacientes.
6. *Unidad de trauma.* Es una unidad especializada donde se cuidan pacientes en casos de eventos trágicos colectivos con heridos con lesiones múltiples, como ataques terroristas, accidentes de tránsito o desastres naturales, etc.
7. *Unidad neonatal.* Área especial del hospital, donde se combinan la tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindar cuidado especializado a los pacientes prematuros, de bajo peso, con problemas médicos o quirúrgicos.
8. *Unidad pediátrica.* Es un servicio del hospital, dedicado a la asistencia intensiva integral y continua al niño críticamente enfermo, independientemente del origen de su patología.
9. *Unidad de cuidado intermedio.* Área especial donde se reciben los pacientes, potencialmente recuperables, cuya situación de riesgo y compromiso vital, real o potencial, no es evidente, pero requiere de monitorización y cuidados de enfermería que superan los proporcionados en servicios hospitalarios convencionales.

## La enfermera de la unidad de cuidados intensivos

La enfermera de la UCI se ve enfrentada a un entorno lleno de tecnología, que implica grandes desafíos por la complejidad de los cuidados que debe impartir, debido a la situación crítica de salud del paciente y los problemas que la familia presenta durante la hospitalización de su ser querido. Por esto, es fundamental que la enfermera posea una serie de características que le permitan cuidar a la persona en situación crítica de salud, tratando de restablecer sus constantes vitales, conservar la vida y proporcionar un ambiente seguro, un cuidado integral y de calidad.

Es así como la enfermera de UCI debe tener una serie de competencias personales y profesionales, tales como autonomía para la toma de decisiones, capacidad de contacto, interpretación asertiva, habilidades psicomotoras, disciplina, responsabilidad, compromiso, capacidad de trabajo en equipo; así como interés por la actualización permanente y aplicación de la evidencia científica en el cuidado. A ello se suman habilidades de autocrítica, estabilidad

emocional, entusiasmo y capacidad de desarrollar acciones en el momento oportuno, con el máximo de eficacia, entre otras (Parra *et al.*, 2012).

Varias investigaciones han descrito las competencias que debe cumplir una enfermera que labora en una UCI, tales como la habilidad para valorar clínicamente al paciente teniendo en cuenta su complejidad (Roselló y Valls, 2012; CC3N, 2015; Waters *et al.*, 2013), el juicio clínico (Henriques-Camelo, 2012; American Association of Critical-Care Nurses –AACN, 2013), la capacidad de tomar decisiones (Henriques-Camelo, 2012; Waters *et al.*, 2013), el liderazgo, la gestión de recursos tanto humanos como materiales, el manejo de la tecnología, el dominio en las prácticas de cuidado y el trabajo en equipo (González, 2015). Todas estas habilidades, sin duda, son esenciales para abordar el cuidado y el manejo integral tanto para el paciente como para su familia.

Si bien es cierto que el manejo de la enfermera en cuanto a lo científico y tecnológico es una de sus fortalezas en este entorno del cuidado crítico, una competencia muy importante es la comunicación, tema que predomina en varios estudios (Henriques-Camelo, 2012; EfCCNa, 2013), donde se resaltan algunas características como (1) la necesidad de que sea efectiva con el paciente, la familia y el equipo multidisciplinario; y (2) el establecimiento de una adecuada relación empática, que involucre a la familia en la toma de decisiones, que atienda el duelo, tenga escucha activa y establezca estrategias de comunicación variadas según la situación del paciente y su familia, manteniendo respeto, autenticidad, brindando un cuidado integral y continuo.

Por otra parte, es importante resaltar las competencias éticas, espirituales y culturales, relacionadas con la autonomía, la justicia social, la defensa del paciente, la gratitud y la compasión (AACN, 2013). Estas destrezas son también requeridas, en la medida que se enfrentan situaciones como dolor, duelo, pérdida, angustia y desesperanza, tanto por los pacientes como por sus familias.

La enfermera en la UCI gestiona cuidados de alta complejidad. Ello implica tener un conocimiento amplio, la capacidad de aplicar la evidencia científica en cada acción, realizar un juicio clínico y mantener una competencia como el liderazgo, evidenciado en la buena toma de decisiones, el mantener la calma bajo presión y ser accesible (Brewster *et al.*, 2020).

Finalmente, es importante resaltar que un gran reto para la enfermera es abordar de manera integral el cuidado al paciente crítico y su familia. Para ello, es necesario que predomine la capacidad para identificar necesidades y establecer una dinámica interpersonal que promueva interacciones positivas.

Se requiere, asimismo, de gran compromiso, responsabilidad y capacidad de trabajo en equipo; todo ello, para lograr objetivos comunes en el cuidado.

## Problemas comunes de la persona en situación crítica de salud

Los problemas comunes de la persona en situación crítica de salud se refieren a todas las complicaciones originadas desde su misma condición, desde lo biológico y lo psicosocial; así como a las surgidas por el ambiente propio de la UCI y las derivadas de las diferentes decisiones terapéuticas instauradas.

Desde el punto de vista biológico, la persona en situación crítica de salud cursa con una serie de entidades patológicas que llevan a inestabilidad hemodinámica y a múltiples complicaciones en los diferentes sistemas, con el consecuente riesgo para la vida.

Junto a lo anterior, la enfermera debe identificar, además de tales riesgos, otros problemas que pueden ser de tipo psicosocial, derivados del mismo entorno UCI, o de las terapéuticas proporcionadas para el cuidado y la recuperación del paciente (Parra, 2008).

Desde lo psicosocial, el paciente se ve enfrentado a una ruptura de su rol cotidiano, pérdida del control del entorno personal y familiar, aislamiento social, amenaza de muerte y un pensamiento aterrador frente a lo que está viviendo. Esto le origina problemas psicosociales, como miedo, ansiedad, estrés, síndrome de estrés postraumático, alteración en la comunicación, alteraciones de rol y alteraciones de autoconcepto.

En particular, la ansiedad constituye uno de los principales problemas psicosociales. Por ello, la enfermera debe identificar la causa de esta ansiedad, que puede ser por factores como el desconocimiento del entorno, de su evolución, o por las alteraciones del rol o el sueño discontinuo, entre otras.

Esta ansiedad puede verse reflejada en indicadores fisiológicos como alteraciones de los signos vitales y nutricionales. También, cambios en indicadores comportamentales como agitación, tensión, falta de cooperación en el cuidado y cambios en la expresión verbal. A los que se suman indicadores psicocognitivos, como la expresión de pensamientos negativos y la expresión verbal de ansiedad. Finalmente, también tienen lugar cambios en indicadores sociales, como la búsqueda de consuelo y la necesidad de atención y compañía (Moser *et al.*, 2003).

Frente a la ansiedad del paciente en situación crítica de salud, la enfermera debe valorar las causas; promover el confort físico; dar información clara y precisa; establecer una relación enfermera-paciente positiva; y utilizar, también, códigos que permitan la comunicación. Por otra parte, el proporcionar apoyo emocional, presencia auténtica, apoyo espiritual y fomentar el apoyo familiar son todas acciones que contribuyen en el manejo de la ansiedad (Gómez *et al.*, 2007).

Otra alteración psicosocial que usualmente presenta el paciente crítico es el deterioro de la comunicación, originado por factores como la aplicación de dispositivos para el cuidado, las terapias farmacológicas y la falta de privacidad (Fayos y Muñoz, 2018). Para mejorar la comunicación con el paciente, la enfermera debe utilizar códigos que permitan la interacción y establecer estrategias como visitas frecuentes, con el fin de interactuar con el paciente, verificando su estado e indagando continuamente por sus necesidades, a fin de proporcionarle confianza.

En cuanto a los problemas derivados del entorno de la UCI, puede presentarse sobrecarga sensorial, relacionada con el ruido (Carrillo *et al.*, 2017), la iluminación, las rutinas clínicas y la manipulación constante. De otra parte puede presentarse deprivación sensorial, en el caso de interrumpir rutinas relacionadas con escuchar radio, ver televisión o conversar con amigos, por el aislamiento físico que se genera desde el ingreso a la UCI. En el paciente, esto ocasiona estrés emocional, disfunción inmunometabólica, taquicardia, arritmias y desincronización de la ventilación mecánica. Así también, surge necesidad de incremento de los requerimientos de sedo-analgésia, lo que constituye un factor de riesgo para confusión y delirium, alteraciones de la comunicación y trastornos del sueño, entre otros.

En cuanto al trastorno del sueño que presenta el paciente, pueden darse varios tipos, como (1) el sueño disfuncional, donde la calidad y la cantidad disminuyen; (2) la desincronización circadiana o (3) la privación del sueño. Ello se debe a un ambiente con sobrecarga sensorial, que lleva al paciente a presentar pérdida de la memoria, disminución de la habilidad de comunicarse, irritabilidad y falta de atención. Por ello, la enfermera debe intervenir en la disminución de estos problemas generados por el entorno de la UCI, mediante acciones que promuevan la comodidad para el paciente, por medio de la modificación de los factores estresores tales como la luz, el ruido, o las interrupciones del sueño y la satisfacción de las necesidades del paciente.

Los problemas generados por las terapias instauradas en el paciente, relacionadas con los dispositivos, equipos tecnológicos y terapias farmacológicas pueden causarle estrés, efectos secundarios adversos y riesgos

para su seguridad. Estos riesgos se relacionan con la administración de medicamentos y el deterioro de la integridad cutánea; también tienen que ver con las alteraciones de la comunicación e infecciones asociadas al cuidado, pérdida de la autonomía y estados confusionales. Por tanto, la enfermera de la UCI debe realizar un cuidado integral, con el que se garantice la recuperación del paciente en situación crítica de salud, en un ambiente hospitalario seguro y digno para el restablecimiento efectivo de la salud.

## Estrategias de humanización en la unidad de cuidados intensivos

La UCI es un lugar especializado, donde ingresan personas en situación aguda o crítica de salud que requieren de un cuidado integral y humanizado. Debido a este ambiente complejo y rodeado de alta tecnología, en algunas oportunidades, se dejan de lado las necesidades humanas y emocionales, por satisfacer únicamente las necesidades de tipo biológico. Por otra parte, existen otros factores, como el estrés del profesional de enfermería por falta de condiciones laborales adecuadas y la ansiedad que manifiestan las familias, sumados a otras situaciones que han permitido identificar la necesidad de definir algunas estrategias, relacionadas con la humanización del cuidado (Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid, 2016).

Las estrategias que se han definido son: UCI de puertas abiertas, comunicación, bienestar, presencia y participación de los familiares, cuidados al profesional, prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-UCI (PICs), infraestructura humanizada y cuidados al final de la vida; estrategias sobre las que se profundiza enseguida.

1. *UCI de puertas abiertas*. Es aquella donde existe una reducción o eliminación de cualquier limitación de las vistas familiares al paciente crítico (Giannini, Garrouste y Latour, 2014). Según Escudero *et al.* (2014), algunos elementos necesarios para aplicar esta estrategia en práctica son:

- Liberar el horario y el número de familiares permitidos en la visita.
- Permitir las visitas de niños y adolescentes, con el acompañamiento de un equipo interdisciplinario de apoyo.
- Permitir el acompañamiento de familiares en el buen morir.
- Retirar las barreras, habitualmente innecesarias, para la visita.
- Facilitar la comunicación con la familia.

- Reconocer al paciente como ser autónomo para identificar a su familiar referente.
2. *Comunicación.* En el entorno de la uci, existen muchas barreras que interfieren en el establecimiento de una adecuada comunicación con el paciente, tales como la colocación de la ventilación mecánica, la sedación, las alteraciones neurológicas, el *delirium*, la ansiedad, el miedo, el insomnio y la frustración. Es así como la enfermera debe tener en cuenta algunos elementos que contribuyan en el mejoramiento de la comunicación con el paciente, como las que se describen a continuación:
- Favorecer un entorno amigable que le permita al paciente comunicarse.
  - Evaluar las habilidades funcionales del paciente, teniendo en cuenta sus limitaciones auditivas, visuales y de comprensión.
  - Anticiparse a las necesidades del paciente.
  - Facilitar la lectura de los labios.
  - Usar dispositivos de comunicación aumentativos (por ejemplo, lenguaje de signos) y alternativos (por ejemplo, pictogramas).
  - Educar al paciente, a su familia y al equipo de salud, en estrategias o códigos que permitan la comunicación.
3. *Bienestar del paciente.* El ingreso a la uci genera soledad, pérdida de la autonomía, incapacidad para comunicarse y falta de información. Además conlleva sensaciones físicas como frío, calor, sed y dolor, lo que genera miedo, ansiedad e inconformidad. En esa medida, la enfermera de la uci debe tratar de proporcionar un bienestar tanto físico como ambiental para el paciente. Para esto, es necesario que implemente algunas estrategias como estas:
- Manejo del dolor, valorando y monitoreando la analgesia de manera continua.
  - Manejo de la ansiedad, valorando el grado de ansiedad, mediante el uso de escalas (como las que usan caritas o escalas numéricas).
  - Promover el destete temprano del ventilador.
  - Favorecer siempre la comunicación continua.

Con lo anterior, es necesario implementar, además, todas las medidas relacionadas con la prevención y el manejo del *delirium*.

4. *Presencia y participación de los familiares en la UCI.* Los familiares del paciente crítico enfrentan una situación muy difícil al ingresar a su familiar a la UCI. Esto genera miedo, desesperanza y ansiedad. Por ello, la enfermera de la UCI debe aplicar una serie de estrategias que contribuyan en el cuidado de la familia, de manera que la involucre, de forma voluntaria, gradual y guiada, en el cuidado de su ser querido, en función de sus posibilidades y del estado del paciente. Esto les asegura asumir un rol como soporte del ser querido, estar y hacer algo.

Por parte de la enfermera, los elementos necesarios para aplicar esta estrategia en la UCI son (1) trabajar en el uso de tecnologías de comunicación con la familia; (2) realizar valoración familiar y escucha activa; y (3) establecer relaciones empáticas con la familia.

En cuanto involucrar a las familias en la toma de decisiones, es importante (1) realizar reuniones conjuntas con el equipo de salud; (2) compartir las decisiones con la familia que se tomen; y (3) pasar de solo informar a comunicar, de manera que la familia se sienta presente y participante activa de lo que le sucede a su familiar.

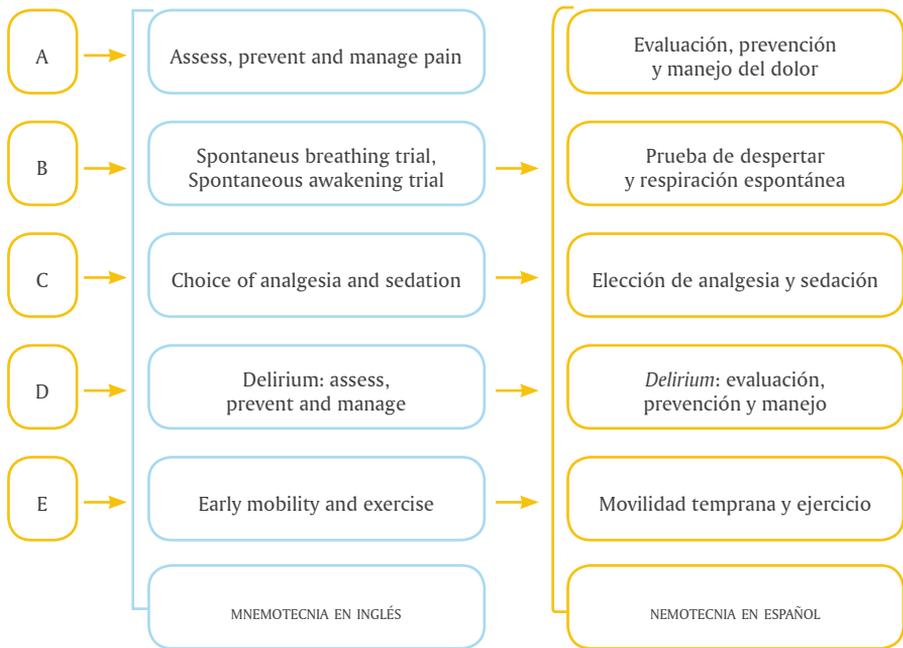
5. *Cuidados al profesional.* El trabajo en la UCI exige una entrega diaria y compromiso que produce satisfacción, cuando las expectativas se cumplen. Sin embargo, si las cosas no van bien hay un gran desgaste emocional, por lo que puede presentarse el síndrome de agotamiento (*burnout*), por lo que los profesionales presentan cansancio emocional, despersonalización y sensación de falta de realización personal (Vargas *et al.*, 2017).

Por lo anterior, es necesario establecer algunas estrategias, con el fin de minimizar los efectos que puede generar este trastorno. Entre estas medidas, se incluyen (1) el apoyo social, manteniendo un ambiente laboral con buenas relaciones interpersonales; (2) estimular el autocuidado —descanso, alimentación, etc.—; (3) la psicoeducación, con el fin de preparar a enfermeros para asumir pacientes con problemas psicológicos y psiquiátricos, etc.; (4) el entrenamiento en estrategias de solución de problemas; y (5) trabajar en el desarrollo de habilidades de comunicación (Vargas *et al.*, 2017).

6. *Prevención, manejo y seguimiento síndrome post-UCI (PUCS).* Esta es una entidad que afecta tanto al paciente como a su familia, con deterioro de la cognición, salud psicológica y función física, los cuales permanecen después de la enfermedad crítica; y persisten una vez han egresado del hospital.

Para evitar el PUCS, que incluye manifestaciones como, debilidad, malnutrición, alteración del sueño, memoria, atención, ansiedad y depresión (Rawal, Yadav y Kumar, 2017), deben establecerse medidas de prevención y manejo en el paciente, tales como la estrategia ABCDE (por sus siglas en inglés), denominada así como estrategia mnemotécnica (figura 2).

Figura 2. Estrategia ABCDE de prevención del síndrome post-UCI



Fuente: adaptado de Wesley (2017) y Rawal, Yadav y Kumar (2017).

7. *Infraestructura humanizada.* La UCI constituye un entorno muy complejo y poco confortable para el paciente. Por esto, la enfermera debe tener en cuenta elementos como el manejo del ruido, mediante el ajuste del tono de la voz del equipo de salud y de las alarmas; además de participar en el diseño de ambientes confortables, donde se tenga en cuenta la intensidad de la luz, las ventanas, puertas con aislante sonoro, música relajante y colores claros. Así también, es necesario mejorar comunicación con el paciente con el establecimiento de visitas flexibles, acceso a la televisión y elementos familiares (Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid, 2016).

8. *Cuidados al final de la vida*. Dadas las condiciones de gravedad de los pacientes hospitalizados en la UCI, es necesario pensar en aquellos que requieren cuidados paliativos, situación que lleva a que la enfermera establezca un protocolo de cuidados de fin de vida que asegure una muerte libre de dolor y sufrimiento, donde se apoye e involucre a la familia en la toma de decisiones compartidas, manteniendo siempre una comunicación efectiva y atendiendo a las necesidades del paciente (Happ *et al.*, 2011; Zaforteza *et al.*, 2010).

## Fundamentos teóricos de enfermería para el cuidado de la persona en situación crítica de salud

El paciente en situación crítica de salud, dada la complejidad de su manejo, puede ser abordado desde diferentes perspectivas. Ello, con el objetivo de satisfacer sus necesidades, derivadas de la identificación de los fenómenos que está viviendo. Con ello en mente, a continuación, se presentan algunas teorías que pueden ser utilizadas para abordar los diferentes fenómenos.

### Teoría del confort

La teoría del confort de Katharine Kolcaba (1994) es una teoría descriptiva, en la cual se presentan cuatro contextos en los que ocurre el confort: físico, psicoespiritual, ambiental y sociocultural. Las proposiciones de la teoría de Kolcaba (2001) son las siguientes:

1. Las enfermeras identifican las necesidades de comodidad de los pacientes, las cuales no han sido satisfechas por los sistemas de apoyo existentes.
2. Las enfermeras diseñan intervenciones para abordar esas necesidades.
3. Las variables que intervienen se tienen en cuenta en el diseño de intervenciones y se acuerdan mutuamente, sobre medidas razonables inmediatas (mejoradas), comodidad o resultados posteriores.
4. Si se logra una mayor comodidad, los pacientes se fortalecen para participar en comportamientos de búsqueda de salud.
5. Cuando los pacientes se involucran en conductas de búsqueda de salud como resultado de ser fortalecidos por acciones reconfortantes, las enfermeras y los pacientes están más satisfechos con su atención médica.

6. Cuando los pacientes están satisfechos con su atención médica en una institución específica, esa institución conserva su integridad; la integridad institucional tiene un componente normativo y descriptivo.

## Teoría de la incertidumbre

La teoría de incertidumbre permite describir, justamente, la incertidumbre ante la enfermedad y las múltiples variables que la componen, que puede estar presente tanto en los pacientes como en la familia del paciente con una enfermedad crítica. El concepto es definido como la inhabilidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad.

La incertidumbre se presenta como un estado cognitivo frente a situaciones de enfermedad, caracterizadas por ser ambiguas, complejas e impredecibles, o bien cuando la información proporcionada a los pacientes es inconsistente o no está disponible (Mishel, 1988). Desde la disciplina de enfermería, el abordaje de la incertidumbre en los pacientes hospitalizados en UCI posibilitará el uso de su indicador empírico, pues permite la comprobación teórica de Mishel; los resultados permitirán valorar las necesidades de cuidado, más allá de sus dimensiones físicas (Montalvo, Flórez y Romero, 2018).

## Teoría de la comprensión facilitada

La teoría de la comprensión facilitada, derivada del modelo de adaptación de Roy, toma los conceptos de adaptación, dada por la disrupción que ocasiona la enfermedad en la vida y la teoría de la información organizacional de Weick muestra como los seres humanos nos definimos por las acciones que tomamos en crisis. Para adaptarse de manera óptima a la crisis, se requieren, al menos, dos tareas críticas, primero, dar sentido a la situación y, segundo, darle un nuevo sentido.

La comprensión facilitada propone que esas dos tareas se combinan. Cuando las familias son expuestas a la crisis de enfermedad crítica, necesitan adaptarse a la situación, dando sentido a lo que ha sucedido, así también, buscan saber qué hacer en su nuevo papel como cuidadores de un paciente críticamente enfermo (Davidson *et al.*, 2017). Este proceso es un constante cambio en donde las enfermeras involucran a la familia en el proceso de cuidado y le ayudan a interpretar la información que reciben del ambiente, de modo que tengan una conciencia correcta y positiva de esta (Davidson, 2010).

Se necesita atención centrada en la familia para prevenir o minimizar el síndrome familia post-cuidados intensivos (PICS-familia). Este, conviene mencionar, se define como algo nuevo o como el deterioro de

las deficiencias en el estado de salud física, cognitiva o mental que surge después de una enfermedad crítica y persistente más allá de la hospitalización por cuidados agudos (Davidson *et al.*, 1967).

## Teoría de las relaciones interpersonales

Hildegard Peplau (1909-1999) destacó la importancia de la relación enfermera-paciente como un “proceso interpersonal significativo, terapéutico”. Esta relación evoluciona a través de tres fases sobrepuestas e identificables: orientación, trabajo y resolución. Estas fases, además, poseen las siguientes características (Fawcett, 2005):

1. *Fase de orientación.* La enfermera y el paciente llegan a conocerse uno al otro como personas. En este momento, la enfermera transmite interés profesional y receptividad para el paciente y obtiene información sobre su estado. Se produce cuando el paciente tiene una necesidad sentida de asistencia y participa en esta fase haciendo preguntas y mediante la observación. El papel inicial de la enfermera es de una persona extraña.
2. *Fase de trabajo.* Esta fase tiene, a su vez, dos subfases, la de identificación y la de exploración, tal como se describe enseguida:
  - *Subfase de identificación.* Durante esta subfase, el paciente aprende a valerse de la relación enfermera-paciente. El paciente puede responder de diferentes maneras: sobre la base de la participación, sobre la base de la independencia, o bien sobre la base de la dependencia. A su vez, el papel de la enfermera puede variar desde ser persona recurso, consejero, líder o sustituto. Al respecto, Peplau enfatizó en que la enfermera no resuelve los problemas del paciente, sino que da la oportunidad de explorar opciones y posibilidades en el contexto de la relación.
  - *Subfase de explotación.* En esta, el paciente usa completamente los servicios profesionales disponibles. Es la búsqueda del equilibrio entre la circunstancia de ser dependiente y la necesidad de ser independiente. Las tareas de la enfermera durante esta fase son para entender lo que inicia los cambios en la conducta del paciente de la dependencia a la independencia.
3. *Fase de terminación.* En esta fase, el trabajo realizado se resume y se produce el cierre. Al tiempo, es resumida en la planeación para la alta. La tarea central en este periodo es la liberación del paciente

para que pueda seguir adelante con su vida. Tanto la enfermera como el paciente participan en este proceso de liberación.

Retomando, la comunicación en la teoría de Peplau incluye comunicación verbal y no verbal. La primera, expresada a través del lenguaje, es el reflejo de los procesos de pensamiento. En ella, existe un nivel de contenido literal y significados simbólicos, y también declaraciones subyacentes que pueden ser transmitidas a través de la elección de palabras o frases. Al mismo tiempo, la comunicación no verbal es expresada a través del vínculo empático, gestos, posturas y patrones.

Para Peplau, la enfermera debe ser consciente de todos los mensajes verbales y no verbales comunicados por el paciente. Describe ese “vínculo empático” como la habilidad de sentir en sí mismo los sentimientos experimentados por la otra persona, la transmisión interpersonal de ansiedad es la más común vinculación empática, pero otras emociones, como el miedo o el disgusto, también pueden ser comunicados no verbalmente (Austin y Boid, 2010, p. 102).

Así las cosas, para Peplau no es suficiente tratar de entender la experiencia del paciente, sino que las enfermeras necesitan comunicar a sus pacientes que ellas están tratando de entender. Ella creía que, si las enfermeras prestan atención a lo que sienten durante una relación con el paciente, pueden ganar importante información para comprender lo que el paciente está experimentando, aún antes de que este lo exprese verbalmente.

Pensando en la complejidad del cuidado de la persona en situación crítica de salud, se ha propuesto un modelo de cuidado que integra elementos fundamentales de diferentes teorías de enfermería para abordar al binomio paciente-familia de manera integral, en un entorno complejo como la UCI. Los aspectos centrales se presentan a continuación:

## Modelo de cuidado de enfermería HANC

El modelo de cuidado de enfermería humanismo, ayuda, necesidades básicas, calidad (HANC), según Parra *et al.* (2012), es una propuesta desde la academia, para brindar un cuidado integral a la persona en situación crítica de salud y a su familia. En este modelo, se retoman algunos referentes teóricos, filosóficos, éticos y metodológicos de las teóricas Virginia Henderson, Ernestina Wienderbach y Jean Watson; así como los principios de calidad en lo relacionado específicamente con la seguridad del paciente.

Estos referentes orientan una práctica de cuidado en UCI y desarrollan procesos tanto de enseñanza como de aprendizaje, desde una perspectiva teórica basada en el humanismo, la necesidad de ayuda para recuperarse y la satisfacción de las necesidades básicas interferidas, por todos los procesos fisiopatológicos asociados al estado crítico de salud del paciente y la calidad de la prestación de los servicios. Además, permiten realizar análisis, explicaciones y propuestas para la solución de los fenómenos de enfermería, inherentes a la práctica profesional y relacionados con la pedagogía en el área de cuidado crítico. Esta propuesta integra una serie de elementos fundamentales que deben aprenderse para realizar un verdadero cuidado integral a la persona en situación crítica de salud y su familia.

Por otra parte, es importante señalar que el modelo de cuidado HANC ha definido cuatro dimensiones del cuidado del paciente crítico, base fundamental para brindar el cuidado y para su enseñanza:

1. *La dimensión ética.* Se refiere a todos los valores, principios y códigos que orientan el análisis, la toma de decisiones y el acompañamiento a la persona en estado crítico y su familia, durante el cuidado de enfermería en escenarios como la unidad de cuidado intensivo.
2. *La dimensión científico-clínica.* Se refiere a la aplicación de los conocimientos científicos y tecnológicos, propios del saber de enfermería. La aplicación de esta dimensión implica la realización de un proceso reflexivo y analítico, buscando recuperar o conservar el estado de salud del individuo y su familia. Con ese fin, se identifican las necesidades, se determina un plan de acción y se evalúan los resultados. En esta dimensión se tienen en cuenta tres categorías: el proceso administrativo, el proceso investigativo y el proceso de atención de enfermería que, al completarse, permite brindar un cuidado integral, basado en la evidencia científica.
3. *La dimensión interpersonal.* Es uno de los principales retos de la enfermera, pues enfatiza en la esencia y característica propia del ser humano. Esto implica que debe establecerse una comunicación eficaz y un trato humano que garanticen el establecimiento de una relación genuina, con énfasis en el respeto hacia el otro, a sus valores y creencias, con una gran capacidad de escucha, actitud cálida y empática, para acoger al paciente y a la familia, en una relación basada en la confianza, el respeto y la capacidad de negociación que garanticen una adecuada relación enfermera-paciente-familia.
4. *La dimensión de percepción.* Se relaciona con todos los momentos significativos, producto de la interacción del cuidado, donde el

cuidado enfermería puede ser visto desde lo que se observa, percibe e interpreta el paciente, la familia y la enfermera.

Por otra parte, es importante mencionar que el modelo cuenta con una serie de indicadores de calidad, definidos en cada una de las dimensiones. Además, actualmente se está trabajando en cada uno de los indicadores empíricos de cada dimensión del modelo de cuidado.

Finalmente, conviene mencionar que la persona en situación crítica de salud tiene características que definen los aspectos que deben ser considerados en su cuidado y que pueden ser suplidos en un ambiente altamente especializado como la UCI, dotado con el personal y los avances tecnológicos que favorecen la recuperación y el seguimiento del paciente. El personal de enfermería es fundamental en la atención del paciente en la UCI y, desde su desarrollo disciplinario, tiene las herramientas y conocimientos que permiten ofrecer un cuidado sustentado y de calidad.