

1

Introducción al paciente crítico

Teresa González Gil

- 1.1. El paciente crítico. Concepto y características
- 1.2. La Unidad de Cuidados Críticos. Concepto y características
- 1.3. La enfermería de cuidados críticos. Competencias y niveles de desarrollo o especialización
- 1.4. Ingreso del paciente crítico
 - 1.4.1. Objetivos del procedimiento
 - 1.4.2. Recursos necesarios
 - 1.4.3. Desarrollo del procedimiento
- 1.5. La familia del paciente crítico
- 1.6. Bibliografía

Objetivos

- Explicar el concepto de paciente crítico desde una perspectiva holística.
- Identificar cuáles son las competencias básicas de un enfermero en una Unidad de Cuidados Críticos.
- Describir las principales características organizacionales de una Unidad de Cuidados Críticos.
- Enunciar los criterios de calidad para el cuidado enfermero en las Unidades de Cuidados Críticos.

1.1. El paciente crítico. Concepto y características

Podríamos definir el paciente crítico como aquel que se encuentra en una situación clínica en la cual se ven alteradas una o varias funciones/sistemas vitales poniéndole así en potencial o real compromiso vital. Esta definición, aunque sencilla y clara, se centra, sin embargo, únicamente en la dimensión física de la persona sin tener en cuenta el resto de las esferas que dan sentido al individuo en tanto que sistema unitario y multidimensional.

La enfermería, al margen de prestar sus cuidados en Unidades de Cuidados Críticos (UCIs) donde la dimensión física adquiere especial peso e importancia, no debe, sin embargo, olvidar los componentes psico-socio-culturales-espirituales y emocionales que condicionan y participan en la situación de gravedad del paciente. Una visión holística del paciente crítico nos permite así conceptualizarle desde una perspectiva más amplia al mismo tiempo que compleja. Esta conceptualización la podemos ver recogida en la siguiente tabla (Tabla 1) que plantea una taxonomía o clasificación de niveles

de gravedad (Nivel 1-5) de los pacientes en relación a diferentes variables o criterios como la estabilidad del paciente, la complejidad del proceso o problema, la vulnerabilidad del paciente, la capacidad de resiliencia del paciente, la capacidad de predicción de la evolución del problema, la disponibilidad de recursos para hacer frente al problema por parte del paciente y la capacidad del paciente para la toma de decisiones y la participación en los cuidados. Las variables de capacidad de resiliencia, disponibilidad de recursos y capacidad de participación en el propio autocuidado y en la toma de decisiones nos introducen a esta visión más amplia y global de la dependencia de cuidados de compensación total en las UCIs.

Por otra parte, el contenido de la tabla nos ayuda a inferir que el término “paciente” no hace referencia únicamente al individuo ingresado en la unidad con un problema específico de salud, sino que estamos ampliando la figura del paciente al individuo y la familia (aspecto sobre el que profundizaremos más tarde).

TABLA 1. Características del paciente crítico. Niveles de gravedad.

Criterios de clasificación	Definición	Nivel 1	Nivel 3	Nivel 5
Estabilidad	Habilidad para mantener el estado de equilibrio	Mínimamente estable	Moderadamente estable	Muy estable
Complejidad	Compromiso de dos o más sistemas	Extremadamente complejo	Moderadamente complejo	Mínimamente complejo
Vulnerabilidad	Susceptibilidad de desarrollar un problema en relación a factores de riesgo reales o potenciales	Extremadamente vulnerable	Moderadamente vulnerable	Mínimamente vulnerable
Resiliencia	Capacidad de recuperación y de reestablecimiento de la funcionalidad a través de la puesta en marcha de mecanismos de compensación y afrontamiento	Mínima capacidad de resiliencia	Moderada capacidad de resiliencia	Alta capacidad de resiliencia
Capacidad de predicción	Capacidad de crearse expectativas o de intuir la trayectoria o evolución que va a seguir el problema	Nula capacidad de predicción	Moderada capacidad de predicción	Alta capacidad de predicción
Disponibilidad de recursos	Existencia y disponibilidad de recursos para el abordaje del problema (recursos técnicos, fisiológicos, personales, psicológicos, sociales...) a nivel individual, familiar y de la comunidad.	Pocos o escasos recursos	Recursos moderados	Muchos recursos
Participación en el cuidado	Capacidad de implicación del individuo y la familia en los cuidados	No participación	Moderada participación	Completa participación
Participación en la toma de decisiones	Capacidad del individuo y la familia en la toma de decisiones con respecto a la gestión del problema de salud	No participación	Moderada participación	Completa participación

Fuente: AACN Certification Corporation (1997) Resource Booklet to be use in connection with AACN Certification Corporation Study of Practice Survey Booklet. AACN Certification Corporation, 101 Columbia, Aliso Viejo, CA 92656 (2).

1.2. La Unidad de Cuidados Críticos. Concepto y características

En relación con el concepto de “paciente crítico”, podemos considerar que las UCIs son espacios asistenciales de alta complejidad cuyo objetivo es dotar de los recursos necesarios para facilitar el cuidado integral de los pacientes críticamente enfermos. Existen diferentes tipos de UCIs dependiendo, fundamentalmente, del tipo de hospital en el que se encuentren ubicadas (nivel de complejidad y cartera de servicios), de su compromiso docente (hospitales universitarios) y de los recursos asignados. En este sentido las unidades más frecuentes son aquellas de carácter general polivalente o multidisciplinarias. Más limitadas son las unidades monográficas o de gran especialización entre las que estarían las unidades coronarias, de cuidados postquirúrgicos, de politrauma, de neurocirugía, de grandes quemados, de cuidados intensivos respiratorios, y de cuidados intensivos pediátricos y/o neonatales.

Por otra parte, en relación a la disposición de este tipo de unidades con respecto al resto de servicios hospitalarios, su ubicación suele estar próxima a los servicios de procedencia de los pacientes (servicio de urgencias, quirófanos y unidades de reanimación postquirúrgica) y servicios centrales de laboratorio y pruebas complementarias (cada vez menos importante por la disposición de equipos propios de laboratorio a pie de cama), con fácil acceso y vías de evacuación. En el caso de los hospitales de alto nivel de especialización donde las transferencias de pacientes suelen ser frecuentes, la unidad de cuidados críticos está próxima al helipuerto o lugares de acceso del transporte medicalizado.

El tamaño de las unidades de cuidados críticos depende de muchas variables aunque, por lo general, debe acoger un 10% del total de las camas hospitalarias de la institución donde esté ubicada. Un número excesivo de camas (> de 12 ó 15) o escaso

(< 4) suelen ser complicadas de gestionar. El ideal de ocupación, por otra parte, es de un 60%-70% para asegurar el dinamismo y capacidad de aprendizaje sin comprometer la capacidad de trabajo.

Tal y como mencionábamos, las UCIs son espacios de cuidado dotados de recursos para poder proporcionar una atención óptima al paciente crítico. A la hora de explorar cuáles son estos recursos, podemos clasificarlos en espaciales o estructurales (arquitectónicos), materiales y humanos. Atendiendo a la disposición espacial/estructural o arquitectónica de las UCIs existen numerosas posibilidades. Como el abordaje de cada una de ellas resultaría extenso y poco apropiado, nos limitaremos a resaltar aquellas recomendaciones que aseguran un espacio terapéutico seguro y de calidad (en términos de visualización directa del paciente, prevención de infecciones nosocomiales, ergonomización del trabajo, facilitación de la participación de la familia en los cuidados, iluminación y ventilación adecuadas...) frente a aquellas que comprometen o añaden barreras al desarrollo del mismo.

En relación a la estructura general de la unidad, ésta puede adoptar una forma longitudinal, circular, en forma de “L”, en forma de “T”, en forma de “X”, etc., siempre respetando la amplitud y presencia de corredores que permitan la correcta movilidad a lo largo de la misma y una adecuada disposición de los controles de enfermería para asegurar la visualización directa de cada uno de los boxes o habitáculos de la unidad. Lo boxes o espacios destinados a los pacientes deben de ser habitáculos amplios (20-30m²) preferiblemente de carácter individual aislados por cristalerías asegurando la seguridad, privacidad y confort del paciente, y una correcta iluminación natural que contribuya al seguimiento del ciclo circadiano por parte de estos últimos. La estructura interna del box

ha de permitir el acceso cómodo al paciente desde cualquier lado de la cama. El mobiliario ha de ser ergonómico y fácil de limpiar permitiendo una distribución utilitaria y práctica del material. Cada box habrá de contar con un lavabo para el lavado de manos (al margen de otros dispuestos en diferentes lugares de la unidad).

El control de enfermería es un lugar, tal y como da a entender su nombre, estratégico desde el cual se lleva a cabo una monitorización estricta y continuada de los pacientes a partir del propio contacto visual pero también de los sistemas de informatización y monitorización remotos. El control de enfermería, por otra parte, ejerce de centro de comunicación con el resto de las unidades del centro hospitalario y también con el exterior (telefonía, sistemas de transporte y envío de muestras y material diverso, sistemas de informatización-historia clínica del paciente...). Cercano al control de enfermería suele encontrarse la farmacia donde se gestiona el almacenaje, correcta conservación y preparación de los medicamentos y drogas. También próximo al control debe de situarse el almacenaje de material de emergencias y carro de paradas. El resto del material puede estar dividido en diferentes estancias: almacén de material fungible, almacén de equipos (ventiladores, máquinas de depuración extrarrenal, monitores,...) y lencería (todos ellos más distantes y periféricos).

Otras estancias comúnmente presentes en las unidades de cuidados críticos son: cuarto limpio, cuarto sucio, sala de estar para el personal (espacio de descanso), despacho de supervisión de enfermería, despachos médicos, secretaría, sala de reuniones, sala de estudio, office o cocina, área de recepción y sala de familiares (en pocas ocasiones integrada dentro de la unidad a pesar de las recomendaciones), aseos para el personal y para los pacientes que puedan hacer uso de los mismos.

En cuanto a los recursos materiales, existirían unos mínimos básicos e impres-

cindibles que podríamos resumir en: equipos de monitorización hemodinámica y del resto de constantes vitales, equipos de soporte o sustitución de las diferentes funciones vitales (respiradores, equipos de asistencia circulatoria, equipos de sustitución renal...), equipos para la atención en situaciones de emergencias, material fungible, instalaciones y medidas para asegurar la seguridad del paciente, camas adaptadas electrónicas que faciliten la movilización del paciente y el trabajo ergonómico, material de infusión.

Por otra parte merece la pena destacar los sistemas de información clínica que, aunque tradicionalmente se limitaban a las gráficas en papel, cada vez de forma más generalizada se presentan en formato digital a través de software específicamente diseñados para el registro y documentación del cuidado de estos pacientes y con acceso a los mismos a pie de cama.

Finalmente, los recursos humanos en las UCIs se caracterizan por ser tremendamente polivalentes en función de las especialidades médicas y/o quirúrgicas y las fases del ciclo vital que contemplen y atiendan. El trabajo multidisciplinar y en equipo adquiere así un gran peso e importancia exigiendo una preparación especial por parte del personal médico y de enfermería. La definición de estrategias de trabajo grupales que faciliten una organización y coordinación eficaz de los diferentes profesionales resulta muy apropiada para asegurar la calidad asistencial. Algunas de las actitudes a potenciar en esta línea habrían de ser la comunicación abierta, el respeto mutuo y el aprendizaje y trabajo colaborativo. Por otra parte, a la hora de establecer un marco de trabajo estructurado, resulta eficaz el hecho de compartir las rondas o pases diarios, el realizar sesiones de cuidado multidisciplinarias y el establecer grupos multidisciplinarios de mejora continua de la calidad de los cuidados prestados.

1.3. La enfermería de cuidados críticos. Competencias y niveles de desarrollo o especialización

Volviendo a los recursos humanos, merece la pena destacar que, aunque la especialización de los profesionales de enfermería en esta área específica asistencial todavía no es algo oficial en nuestro contexto, sí existen propuestas de certificación y estudios de postgrado que tratan de reconocer la adquisición de ciertas competencias específicas que habilitan a los profesionales en el desarrollo de unos cuidados de calidad en estas unidades especiales.

Así diferentes asociaciones de enfermería en el ámbito de los cuidados críticos (Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias-SEEIUC, American Association of Critical Care Nurses-AACN, British Association of Critical Care Nurses-BACCN, y Australian College of Critical

Care Nurses-ACCCN) han establecido diferentes estándares o criterios de calidad para el desarrollo de la práctica asistencial en las UCIs. Estos estándares tratan de especificar cuáles habrían de ser las competencias específicas de los profesionales enfermeros que trabajan administrando sus cuidados a los pacientes críticos. En la siguiente tabla quedaría reflejada la propuesta de la AACN estructurada en base a los diferentes escenarios clínicos de actuación según el proceso de atención de enfermería (Tabla 2). Cabe destacar, además, que el trabajo conjunto de estas cuatro asociaciones ha quedado reflejado en el documento "Declaración de Madrid sobre la preparación de Enfermeras en Cuidados Intensivos" aprobado en el congreso mundial, celebrado en 1993.

TABLA 2. Competencias enfermeras en el contexto del cuidado al paciente crítico.

Valoración	La enfermera recoge, interpreta, integra y registra gran variedad de datos procedentes de diferentes fuentes para tomar decisiones clínicas diagnósticas que guíen la planificación y administración de intervenciones enfermeras	Desarrolla y documenta una historia completa con una minuciosa exploración física adaptada al paciente crítico agudo o crónico.
		Prioriza los datos recogidos en congruencia con la situación clínica del paciente, necesidades y nivel de desarrollo.
		Recoge datos de forma continua (monitorización continua) teniendo presente el carácter dinámico y complejo de los procesos críticos.
		Recoge datos utilizando las herramientas y técnicas de valoración apropiadas de modo que esta información sea de relevancia para dar soporte a las diferentes decisiones diagnósticas.
		Utiliza datos fisiológicos observables pero también otros tecnológicamente generados para determinar las necesidades del paciente.
		Distingue entre los valores normales y anormales de los diferentes parámetros fisiológicos en cada edad de desarrollo.
		Valora las interacciones y efectos sinérgicos de las múltiples intervenciones (farmacológicas o no farmacológicas).
		Promociona y protege la salud del paciente a través de la valoración e identificación precoz de factores de riesgo asociados con el propio cuidado (seguridad del paciente).

		<p>Valora las necesidades de la familia y cuidadores de los pacientes.</p> <p>Integra los datos provenientes de diferentes fuentes de información para generar una base de datos completa.</p> <p>Sintetiza, prioriza y documenta la base de datos:</p> <p>a) Gestionándola de forma confidencial, clara, manejable y adecuada para ser usada por los diferentes miembros del equipo multidisciplinar.</p> <p>b) Minimizando los errores potenciales .</p> <p>c) Proporcionando una fuente de datos responsable y fiable para la provisión de servicios.</p>
Diagnóstico	La enfermera identifica problemas de enfermería (diagnósticos de enfermería) y complicaciones potenciales como base para la planificación de intervenciones para la resolución de los problemas de salud o consecución de los objetivos del paciente	<p>Formula diagnósticos que integran diagnósticos enfermeros y complicaciones potenciales.</p> <p>Ordena, desarrolla, interpreta y supervisa los test diagnósticos y procedimientos que contribuyen a la formulación de diagnósticos y la subsecuente planificación de cuidados.</p> <p>Prioriza diagnósticos basados en la interpretación de los datos disponibles y de la complejidad y severidad de la situación de los pacientes.</p> <p>Colabora y consulta con el equipo multidisciplinar, el paciente y la familia para llevar a cabo el proceso diagnóstico y priorización de problemas.</p> <p>Revisa y prioriza los diagnósticos basados en los nuevos datos que van emergiendo de la situación clínica dinámica del paciente.</p> <p>Diagnostica complicaciones potenciales en el contexto del cuidado crítico agudo y crónico.</p> <p>Individualiza el proceso diagnóstico en base a la unicidad del paciente teniendo en cuenta aspectos no sólo fisiológicos sino también de desarrollo, culturales, espirituales, de género, estilo de vida, nivel socioeconómico...</p>
Identificación de objetivos	La enfermera asume el liderazgo en asegurar que el paciente y el equipo de cuidado identifican objetivos de cuidado como punto de partida para desarrollar una asistencia interdisciplinar	<p>Obtiene los objetivos esperados para cada problema.</p> <p>Identifica los objetivos esperados que incorpora la evidencia científica y que son alcanzables a través de la aplicación de intervenciones basadas en las mejores prácticas.</p> <p>Identifica los objetivos esperados que son congruentes con la situación del paciente y con las capacidades potenciales del mismo, así como sus valores, cultura y entorno.</p> <p>Identifica los objetivos esperados de forma conjunta con el paciente, la familia y otros profesionales socio sanitarios.</p> <p>Identifica los objetivos esperados teniendo en cuenta los beneficios y costes para el paciente, la familia, la institución y la sociedad.</p>

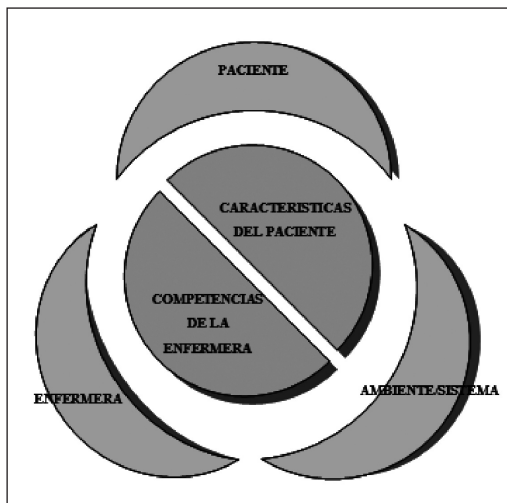
		<p>Establece objetivos intermedios con indicadores fácilmente medibles que permitan conocer el progreso del paciente hacia los objetivos finales esperados.</p> <p>Modifica los objetivos esperados basándose en la condición o deseos del paciente.</p> <p>Trabaja con la referencia de la máxima calidad planteándose los mejores resultados posibles y minimizando los riesgos.</p> <p>Colabora con el paciente, la familia y el equipo interdisciplinar en el establecimiento de objetivos de curación o recuperación, de rehabilitación, de mantenimiento, o paliativos.</p>
Planificación	La enfermera planifica un plan de cuidados lo suficientemente amplio y profundo como para guiar al equipo interdisciplinar en la consecución de los objetivos anteriormente establecidos.	<p>Realiza una planificación de carácter individualizada y dinámica.</p> <p>Integra en la planificación el conocimiento complejo de la fisiopatología del paciente crítico agudo y crónico.</p> <p>Incorpora a la planificación aportaciones del equipo interdisciplinar.</p> <p>Prescribe las estrategias diagnósticas y las intervenciones de cuidado necesarias para alcanzar los objetivos de resultado planteados.</p> <p>Integra y utiliza la mejor evidencia disponible en la planificación de los cuidados.</p> <p>Incorpora la perspectiva de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el contexto del cuidado crítico agudo o crónico.</p> <p>Facilita la transición del paciente entre y con los diferentes ambientes asistenciales (admisión, transferencia, alta...).</p> <p>Incorpora intervenciones de cuidado consensuadas de carácter curativo o de recuperación o restauración de la salud, de rehabilitación, de mantenimiento, o paliativas.</p> <p>Desarrolla el plan de cuidados dejando constancia e integrando las decisiones actuales o anticipadas del paciente y de la familia.</p> <p>Incorpora en el plan de cuidados consideraciones relativas a los costes y beneficios.</p> <p>Informa a los pacientes de los efectos reales y potenciales de las intervenciones de cuidado así como de sus efectos adversos y posibles complicaciones.</p> <p>Registra el plan de cuidados de forma confidencial, legible y accesible para todos los miembros del equipo interdisciplinar minimizando así errores y facilitando la comunicación.</p>
Ejecución	La enfermera tiene la autoridad y responsabilidad de implementar y, si precisa delegar, las intervenciones y actividades de cuidado planificadas	<p>Prescribe intervenciones congruentes con el plan de cuidados del equipo interdisciplinar.</p> <p>Prescribe y desarrolla intervenciones diagnósticas y terapéuticas consistentes con su maestría y con la legislación vigente.</p>

		Desarrolla y delega intervenciones de forma segura, apropiada y ética.
		Colabora con el equipo interdisciplinar en el desarrollo del plan de cuidados.
		Desarrolla intervenciones de cuidado para dar soporte al paciente de forma rápida evitando así un deterioro de la situación clínica del paciente (incluyendo maniobras de soporte vital básico y avanzado y otras intervenciones y procedimientos invasivos para lograr la estabilidad fisiológica).
		Registra las intervenciones de cuidado ejecutadas de forma confidencial, legible y accesible para el resto de los miembros del equipo interdisciplinar minimizando así errores y facilitando la comunicación.
Evaluación	La enfermera modifica el plan de cuidados con el objetivo de optimizar los objetivos y criterios de resultado del paciente en función de las evaluaciones continuas que va realizando a lo largo del desarrollo del plan de cuidados.	Desarrolla una evaluación sistemática y dinámica de cara paciente con el objetivo de valorar la eficacia y eficiencia de las intervenciones de cuidado. Incorpora la utilización de indicadores de calidad, de la mejor evidencia científica y de los análisis de coste/beneficio. Utiliza la colaboración interdisciplinar y múltiples fuentes de datos para realizar la evaluación.

Por otra parte, teniendo en cuenta que la adquisición de estas competencias va intrínsecamente ligada no solo a la forma-

ción académica sino también a la experiencia clínica, merece la pena hacer una pequeña reflexión sobre cómo, de cara a asegurar una calidad asistencial óptima (toma de decisiones), deberemos hacer esfuerzos por buscar una adecuación entre del nivel de gravedad del paciente y sus necesidades de cuidado, y el nivel o grado de adquisición de las competencias anteriormente mencionadas por parte de las enfermería que va a asumir su cuidado.

FIGURA 1. "Sinergy Model".



Fuente: Curley M Patient Nurse Synergy: optimizing patient's outcomes". AJCC. 1998, 7(1):69.

En la figura anterior (figura 1), se recoge la propuesta que realiza la AACN a través del "Sinergy Model" (modelo de sinergia) que trata de ligar y adecuar las características y necesidades de los pacientes (tabla 2) con la maestría en la gestión de cuidados críticos por parte de las enfermeras (tabla 3) para así tratar de asegurar una integración paulatina y asunción de responsabilidades progresiva de las enfermeras en el cuidado del paciente y una adecuada optimización de los cuidados.

Tabla 3. Niveles de maestría profesional.

Juicio clínico	Nivel 1 Competente	Nivel 3	Nivel 5 Experto	Capacidad de razonamiento clínico. Incluye: capacidad de toma de decisiones, desarrollo de pensamiento crítico y valoración global de la situación del paciente. Todo ello estrechamente vinculado con las habilidades adquiridas a través de la integración del conocimiento experiencial y formal.
Juicio moral/ético	Nivel 1 Competente	Nivel 3	Nivel 5 Experto	Capacidad de trabajo desde una perspectiva más global e integral centrándose no solo en el paciente sino en la familia y la comunidad. Capacidad de desarrollarse como agente moral identificando y participando en la resolución de problemas éticos en el contexto de los diferentes escenarios clínicos.
Práctica de cuidado	Nivel 1 Competente	Nivel 3	Nivel 5 Experto	Capacidad de manejo y gestión de todas aquellos cuidados enfermeros sensibles a la unidad del individuo y la familia y que contribuyen a la instauración de un ambiente terapéutico o espacio de cuidado favorecedor (haciendo especial hincapié en el confort y evitación del sufrimiento).
Trabajo en equipo y colaborativo	Nivel 1 Competente	Nivel 3	Nivel 5 Experto	Capacidad de trabajar junto a otros y en estrecha colaboración a los otros (pacientes, familiares y otros profesionales socio-sanitarios) de forma que se reconozcan y valoren las contribuciones de cada uno de los miembros del equipo a la resolución de los problemas.
Pensamiento sistémico	Nivel 1 Competente	Nivel 3	Nivel 5 Experto	Capacidad de conocimiento y manejo de las herramientas conceptuales que permiten a la enfermera adoptar una visión holística del cuidado.
Respuesta a la diversidad	Nivel 1 Competente	Nivel 3	Nivel 5 Experto	Capacidad para desarrollar la sensibilidad necesaria que permita la identificación y reconocimientos de las diferencias en la provisión del cuidado. Estas diferencias incluyen, entre otras, las diferencias culturales, religiosas-espirituales, de género, de estilo de vida, las derivadas de discapacidades, de edad...
Capacidad crítica e indagadora	Nivel 1 Competente	Nivel 3	Nivel 5 Experto	Capacidad de cuestionarse y evaluar la práctica clínica, administrando cuidados basados en la mejor evidencia disponible para gestionar unos cuidados de calidad y obtener los mejores resultados para con el paciente.
Capacidad docente hacia el paciente y familia	Nivel 1 Competente	Nivel 3	Nivel 5 Experto	Capacidad para facilitar el aprendizaje por parte del paciente y de la familia.

Fuente: The Synergy Model in Practice. Promoting Synergy in Progressive Care. Critical Care Nurse. 2002; 22(4):60-66.

1.4. Ingreso del paciente crítico

El ingreso del paciente crítico hace referencia a la recepción del mismo en la UCI. Este primer contacto es fundamental no solo por la exigencia de una respuesta inmediata a la posible inestabilidad clínica del paciente sino, a un nivel fenomenológico, por cómo este último pueda percibir y experimentar su propia situación de vulnerabilidad y dependencia. Cada centro o unidad tiene una política y unos procedimientos diferentes para gestionar el ingreso del paciente de modo que lo que a continuación se describe hace referencia a aquellos aspectos que se pueden considerar comunes a todos ellos.

1.4.1. Objetivos del procedimiento

- Garantizar la seguridad del paciente.
- Obtener datos de valoración que sirvan de base para la planificación de los cuidados.
- Al mismo tiempo que:
 - Reducir al mínimo la ansiedad del enfermo y facilitar su adaptación al entorno de la unidad.
 - Garantizar la comodidad del paciente.
 - Estimular la expresión, por parte del paciente, de sus preocupaciones y hacerle partícipe de la gestión de su proceso en la medida en que sea posible.

1.4.2. Recursos necesarios

- Humanos:
 - 2 enfermeras.
 - 1 auxiliar de enfermería.
 - 1 celador.
- Materiales:
 - Cama abierta.

- Equipo de monitorización hemodinámica y del resto de constantes vitales (monitor ECG, electrodos, sistema de medición de presiones (invasivas y no invasivas) y pulsioximetría, termómetro).
- Fonendoscopio.
- Material de administración de oxigenoterapia: toma de oxígeno, caudalímetro, sistema de humidificación, gafas nasales y mascarilla.
- Material fungible para canalización de accesos venosos, administración de fluido terapia y tratamientos endovenosos, y extracción de muestras analíticas.
- Material fungible diverso: guantes (estériles y no estériles), gasas, compresas, esparadrapo, antiséptico, apósitos...
- Material de aspiración: toma de aspiración, alargaderas, recipientes de recolección de aspirado, recipiente con agua de lavado y sondas de aspiración.
- Material de reanimación revisado, disponible y accesible (carro de paradas, desfibrilador y carro de curas). En el caso de que esté indicado por las circunstancias particulares del paciente: ventilador instalado y chequeado con sistema de tubuladuras, filtro y material de aislamiento de la vía aérea.
- Material de infusión intravenosa (bombas de infusión, sistemas de infusión, sistema presurizador).
- Sistema de registro.

1.4.3. Desarrollo del procedimiento

- Preparación del box del paciente con todo el material necesario.

- Recepción del paciente en la unidad. Presentación e información del procedimiento que se va a llevar a cabo.
- Traslado del paciente de la cama o camilla de transporte a la cama de la unidad.
- Retirada y custodia de ropa, prótesis y otros objetos (hasta podérselo entregar a los familiares).
- Colocación del paciente en la posición adecuada.
- Valoración focalizada: primera toma de constantes vitales (FC, FR, TA no invasiva, temperatura periférica, ECG). Seguir el esquema ABCD puede resultar práctico y sencillo en estas circunstancias (*A-Airway, B-Breathing, C-Circulation, D-Neurologic*). Administración de intervenciones de cuidado derivadas de complicaciones potenciales y problemas enfermeros inferidos de esta primera valoración. Algunos ejemplos:
 - Administración de oxigenoterapia prescrita.
 - Canalización de vías de acceso venoso.
 - Extracción de pruebas analíticas solicitadas.
 - Administración de tratamiento médico y fluidoterapia prescrita.
 - Canalización de vía arterial para monitorización de presión arterial invasiva.
- Valoración en profundidad: Administración de intervenciones de cuidado derivadas de complicaciones potenciales y problemas enfermeros inferidos de esta segunda valoración. Algunos ejemplos:
 - Canalización de vías venosas centrales de acceso periférico o colaboración en la canalización de accesos venosos centrales.
 - Colocación de otros sistemas de monitorización y evacuación (sondaje vesical, sondaje nasogástrico).
 - Realización y/o facilitación de la realización de otras pruebas diagnósticas complementarias (Ej. Radiografía de tórax).
- Cobertura del paciente preservando su intimidad en la medida de lo posible.
- Registrar toda la información relevante en la historia del paciente.

1.5. La familia del paciente crítico

Cuando un individuo ingresa en una unidad de cuidados intensivos, el problema agudo de salud constituye, simultáneamente, un factor estresante que compromete la estabilidad o el equilibrio de su sistema familiar. En este sentido, la situación crítica o problema de salud produce un desequilibrio en el normal funcionamiento y dinámica familiar poniendo en compromiso el normal desarrollo de los roles y funciones de cada uno de sus miembros. Desde esta perspectiva debemos de contemplar a la familia como unidad y objeto de nuestro cuidado:

- La familia no es un mero visitante sino una constante en la vida y biografía del paciente siendo así parte del paciente y uno de sus principales recursos de soporte.
- La familia necesita estar cerca del paciente ejerciendo una presencia efectiva.
- La familia necesitar ser y estar informada.
- La familia necesita confiar en la enfermería (confiar el cuidado de su familiar en el otro de forma consciente y voluntaria).

- La familia necesita estar a gusto y comfortable.

Pero, yendo más allá y basándonos en los diferentes modelos que sostienen la filosofía de *cuidados basados en la familia*, debemos de ser capaces de entender a la familia como unidad básica prestadora de cuidados siendo, en este caso, el rol de la enfermera de cuidados críticos el de facilitadora de recursos (entre otros de información) para que la familia recupere sus capacidades (de toma de decisiones y de administración de cuidados). Para ello es necesario considerar lo siguiente:

- La enfermería debe de ser consciente y conocer las debilidades y fortale-

zas de la familia respetando las diferentes formas y mecanismos de afrontamiento.

- La enfermería debe de educar a la familia y proveerla de recursos para el desarrollo de sus nuevos roles y demandas de autogestión y cuidado.

Así la enfermería es responsable de asegurar una política de apertura de las UCIs hacia la familia (*UCIs de puertas abiertas*) considerándolas, al mismo tiempo, paciente y parte del propio equipo de cuidados, facilitando su presencia y su participación activa en la toma de decisiones y en administración de cuidados.

1.6. Bibliografía

- AACN Standars for Stablishing and sustaining Healthy Work Enviroments. AACN-American Association of Critical Care Nurses. Columbia, 2005. Disponible en: <http://www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf>
- Catrambone, C., Johnson, M E., Mion, L. C., Minnick, A. F. *The Design of Adult Acute Care Units in U.S. Hospitals*. J Nurs Scholarsh 2009; 41(1): 79–86.
- Foster Edward, D. The Sinergy Model: Linking patients needs to nurse competencies. Crit Care Nurse 1999; 19(1): Disponible en: <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synpract2.pcms?pid=1&m enu=certification>
- Gómez Ferrero, O., Salas Campos, L. *Manual PRAMA. Manual de Enfermería en cuidados intensivos. Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos*. España: JIMS Prayma Editores; 2006.
- Intensive Care Society (1997). Standards for Intensive Care Units. Disponible en: http://www.ics.ac.uk/intensive_care_professional/standards_and_guidelines/standards_for_intensive_care_2007
- Kaplow R., Hardin, S. R. *Critical care nursing: Synergy for optimal outcomes*. Toronto (Canadá): Jones and Bartlett Publishers; 2007.
- Kozier, B., Erb G., Blai,s K., Johnson, J. Y., Temple, J. S. *Técnicas en Enfermería Clínica*. Madrid (España): McGraw-Hill Interamericana; 1999.
- Montgomery Dossey, B., Guzzetta, C. E., Kenner, C. V. *Critical Care: Body, Mind, Spirit*. 3ª Ed. Philadelphia (EEUU). Lippincott Williams and Wilkins, 1992.
- Parra Moreno, M. L., Arias Rivera S., De la Torre A. E. *Procedimientos y técnicas en el paciente crítico*. Barcelona (España): Masson; 2003.
- Rashid, M. *A decade of adult intensive care unit design: A study of the physical design features of the best-practice examples*. Crit Care Nurs Q 2006; 29(4):282-311.
- SEEIUC, AACCN, BACCN, ACCCN. “Declaración de Madrid sobre la preparación de Enfermeras en Cuidados Intensivos”. 6º Congreso Mundial de Medicina Intensiva. Madrid, 1993.