

Módulo 1

**FUNDAMENTOS DEL
CUIDADO DEL PACIENTE
CRÍTICO.**



Índice

Índice	2
Introducción	3
1. Organización de una Unidad de Paciente Crítico	4
1.1. Disposición física:	4
1.2. Personal:	4
1.3. Equipamiento:	4
1.4. Criterios de ingreso y alta:	5
1.5. Servicios de apoyo:	5
1.6. Funciones de la UPC:	5
2. Complejidad de las UPC:	5
2.1. Baja complejidad:	5
2.2. Mediana complejidad:	5
2.3. Alta complejidad:	6
4 Criterios de ingreso y egreso:	7
4.1 Ingreso:	7
4.2 Egreso:	7
5.1. Respirar normalmente y circulación:	8
5.2. Beber y comer adecuadamente:	8
5.3. Eliminar adecuadamente:	8
5.4. Moverse y mantener buena postura:	8
5.5. Dormir y descansar:	8
5.6. Vestirse y desvestirse:	8
5.7. Mantener la temperatura corporal:	8
5.8. Mantener la higiene personal:	8
5.9. Protección de sí mismo:	9
Referencias bibliográficas	11

Introducción

Durante las últimas décadas se han observado importantes cambios en el perfil epidemiológico de la morbilidad y mortalidad de la población en nuestro país.

Estas enfermedades generan una demanda de atención de salud de alta complejidad, que implica exámenes y procedimientos diagnósticos, cuidados y terapias intensivas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos farmacológicos, muchos de ellos de alto costo y duración en el tiempo, todo lo cual requiere de una adecuada disponibilidad y distribución de recursos humanos, equipos, insumos y medicamentos que garanticen una atención oportuna, continua, equitativa y de calidad.

Una Unidad de Paciente Crítico (UPC) es una estructura hospitalaria que agrupa la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI), con el objetivo de proporcionar atención especializada a pacientes en estado grave. La organización de una UPC se enfoca en la atención integral del paciente crítico, incluyendo aspectos como la disposición física, el personal, el equipamiento, los criterios de ingreso y alta, y los servicios de apoyo.

Paciente crítico es aquel paciente cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesaria la aplicación inmediata de técnicas de vigilancia, monitorización, manejo y, eventualmente, soporte vital avanzado.

1. Organización de una Unidad de Paciente Crítico

1.1. Disposición física:

La UPC debe estar ubicada estratégicamente dentro del hospital, idealmente cerca del pabellón central, sala de urgencias y servicios de apoyo como radiología y laboratorio. Se recomienda un diseño que facilite el acceso y la movilidad, con áreas diferenciadas para el personal y el público, y sistemas de control de acceso para garantizar la seguridad y privacidad del paciente.

De acuerdo a la Norma de Autorización Sanitaria, la planta física se debe basar en las siguientes recomendaciones:

- Contar con acceso restringido a la circulación de público.
- Debe tener sala de espera de familiares y baño dentro, anexo o cercano a ella, preferiblemente con ducha para padres que acompañan a sus hijos.
- Previo al ingreso a la unidad debe contar con una zona de lavado de manos para visitas.
- Debe tener una bodega para almacenamiento de equipos (bombas, monitor no invasivo u otros), cuyo tamaño dependerá del número de camas disponibles, no debiendo ser menor a 12 m².
- Acceso a Estar / Residencia para personal de turno.
- Baños para el personal.
- Recinto de Aseo.
- Módulo de atención de pacientes.
- Estación de enfermería.
- Área de trabajo limpia o estación clínica de enfermería.
- Área de trabajo sucio.
- Área de eliminación de residuos y aseo de chatas.
- Áreas administrativas (oficinas, sala de entrevistas a familiares, sala de reuniones, residencias, etc)

1.2. Personal:

La UPC cuenta con un equipo multidisciplinario especializado, incluyendo médicos intensivistas, enfermeras, kinesiólogos, nutricionistas, TENS y otros profesionales según las necesidades del paciente. La proporción de personal por paciente debe ser adecuada para garantizar una atención de calidad y oportuna.

1.3. Equipamiento:

La UPC debe contar con tecnología de punta para el monitoreo y soporte vital, incluyendo ventiladores mecánicos, bombas de infusión, equipos de monitoreo hemodinámico y otros dispositivos necesarios para la atención de pacientes graves.

1.4. Criterios de ingreso y alta:

El ingreso a la UPC se basa en la gravedad del paciente y la necesidad de soporte vital avanzado, mientras que el alta se determina cuando el paciente ha superado la fase crítica y no requiere de cuidados intensivos.

1.5. Servicios de apoyo:

La UPC requiere de servicios de apoyo como laboratorio, radiología, banco de sangre y farmacia, que son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento del paciente crítico.

1.6. Funciones de la UPC:

- Brindar atención médica y de enfermería intensiva y especializada a pacientes en estado crítico.
- Proporcionar soporte vital avanzado, como ventilación mecánica, estabilización hemodinámica y manejo de la vía aérea.
- Monitorear continuamente el estado del paciente y detectar precozmente cualquier complicación.
- Facilitar la recuperación del paciente mediante programas de rehabilitación y apoyo psicológico.
- Coordinar la atención con otros servicios del hospital para garantizar una atención integral.
- Participar en la formación de profesionales de la salud y en actividades de investigación.

2. Complejidad de las UPC:

Desde el punto de vista de la complejidad, las UPCP se clasificarán en 3 niveles: Baja, Mediana y Alta complejidad.

2.1. Baja complejidad:

Corresponde a una Unidad de Cuidados Intermedios (UTI). Estas unidades recibirán a todos los pacientes críticos estables que requieran de monitorización continua, vigilancia médica y de enfermería las 24 horas del día que no puedan entregarse en salas de cuidados básicos. Deberá contar con personal calificado e implementación tecnológica acorde a las necesidades. Contarán con un cupo de reanimación y un sistema de traslado seguro, oportuno y adecuado a una UPC. La existencia de una UTI en hospitales será definida por el MINSAL acorde a las redes asistenciales de cada Servicio de Salud.

2.2. Mediana complejidad:

Corresponde a Unidades capaces de ofrecer cuidados intensivos a pacientes críticos inestables, pero que no disponen de todas las especialidades y/o unidades de apoyo por lo que contarán con una red y un sistema adecuado de transporte a unidades de alta complejidad. En relación con la dotación de camas y salvo razones geográficas u otras de finidas a nivel central, estas unidades deben tener al menos 4 camas de cuidados intensivos

y proporcionalmente una relación de 1:2 de camas de tratamiento intermedio. Las UPC de mediana complejidad se establecerán en hospitales de acuerdo a ubicación geográfica, población asignada y capacidad de resolución del hospital.

2.3. Alta complejidad:

Corresponde a Unidades capaces de ofrecer cuidados intensivos a pacientes críticos inestables y que disponen de acceso a las especialidades y subespecialidades acorde a su cartera de servicios, unidades de apoyo y recursos de la terapia intensiva, la que puede estar disponible en el mismo lugar o en un lugar cercano de referencia que realice una técnica específica en forma oportuna. En relación con la dotación de camas, estas unidades deben tener al menos 6 camas de cuidados intensivos y proporcionalmente una relación de 1:2-3 de camas de tratamiento intermedio.

Tanto las UPCP de Mediana como las de Alta complejidad deben tener una configuración física básica que permita una eventual conversión de camas UTI a UCI en situaciones de mayor demanda, siempre que se provean los recursos humanos y físicos necesarios para ello.

3. Rol de TENS en UPC:

Será el encargado de cumplir funciones de confort y otras actividades de apoyo, además de los controles asignados directamente por la enfermera de turno conforme al plan de enfermería definido para cada paciente crítico según su quehacer:

- Entregar y recibir turno paciente por paciente a sus pares.
- Participar en el ingreso y egreso de los pacientes asignados.
- Cumplir con las indicaciones del Plan de Enfermería y registrar, manteniendo atención a las modificaciones que surjan del mismo. Entre ellos:
 - Realizar prevención de UPP. Inmovilizar o contener a pacientes según protocolo institucional.
 - Reforzar contenidos educativos, entregados por la enfermera, a los padres y familiares.
 - Trasladar pacientes a exámenes e interconsultas cuando la enfermera se lo solicita.
 - Colaborar con la enfermera en todos los procedimientos de enfermería que se requiera.
 - Preparar el material para procedimientos médicos y de enfermería y colabora durante el mismo.
 - Realizar desinfección y/o descontaminación concurrente diaria de la unidad de los pacientes a cargo: cama, cuna, velador, silla, panel de gases clínicos y vacío, bombas de infusión y otros, según realidad local.
- Participar en la capacitación de personal nuevo.
- Cumplir con las normas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud IAAS emanadas desde el Ministerio de Salud y adaptadas a la realidad local por el Comité de IAAS del Hospital.

- Funciones específicas que competen al cargo según definiciones establecidas por la enfermera supervisora de la Unidad, velando para que la atención del paciente sea oportuna, segura y de calidad.

4 Criterios de ingreso y egreso:

4.1 Ingreso:

- Criterios de Admisión para el ingreso a UCI: Se consideran pacientes candidatos a ingresar a UCI, aquellos que cumplan con la definición del paciente crítico inestable.
- Criterios de Admisión para el ingreso a UTI: Se consideran pacientes candidatos a ingresar a UTI, aquellos que cumplan con la definición del paciente crítico estable.

Los criterios de ingreso por sistemas dependerán de la complejidad de la unidad y de su cartera de servicios.

4.2 Egreso:

- Criterios de egreso de UCI: Los pacientes serán dados de alta cuando ya no requieran de tratamiento intensivo por mejoría o cuando por la evolución de la enfermedad el pronóstico a corto o mediano plazo sea malo y no tenga posibilidades de recuperación o beneficio con la terapia intensiva.

En esta última circunstancia se brindarán al paciente los cuidados necesarios y proporcionales a su condición clínica incluida la programación de un cuidado paliativo cuando corresponda.

El lugar de ese cuidado será definido para cada paciente y no deberá contravenir los criterios de ingreso y egreso de la UPC. En lo posible, y con el objeto de mantener y afianzar los resultados obtenidos en la Unidad de Cuidado Intensivo, el egreso deberá ser hacia una Unidad de Cuidado Intermedio, con debida información al equipo de salud que se hará cargo del paciente.

- Criterios de egreso de UTI: Se considerarán criterios de egreso de intermedio cuando la condición que motivo su admisión este resuelta y las condiciones del paciente permitan un manejo en sala con cuidados mínimos.

Además, se agregan:

- Paciente con ventilación mecánica crónica, cuya descompensación ha sido recuperada o resuelta, se encuentra estable y puede ser trasladado a otra unidad, que maneja tales pacientes o cuando corresponde a su domicilio
- Paciente con traqueotomía estable (madura) que no requieren procedimientos de aspiración frecuentes.
- Paciente en los que el equipo de salud de la unidad, en conjunto con la familia del paciente, determina que no hay beneficios en su mantención en la UTI o que las medidas terapéuticas son fútiles o no se enmarcan en las consideraciones éticas correspondientes.

5. Valoración de acuerdo a las necesidades básicas:

Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera, por lo que se deben valorar en cada atención y acercamiento al paciente.

5.1. Respirar normalmente y circulación:

Capacidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos, con un nivel suficiente y con una buena oxigenación y circulación.

5.2. Beber y comer adecuadamente:

Capacidad de la persona para beber y comer, masticar y deglutir. Igualmente, tener hambre, y entonces, poder absorber suficientes nutrientes como para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad.

5.3. Eliminar adecuadamente:

Capacidad de la persona para en forma autónoma eliminar orina y materia, asegurando su higiene íntima. Igualmente, saber eliminar otros desechos del funcionamiento del organismo, manteniendo la higiene corporal.

5.4. Moverse y mantener buena postura:

Capacidad de la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos. Igualmente, conocer los límites del propio cuerpo.

5.5. Dormir y descansar:

Capacidad de la persona a dormir lo suficiente como para sentirse descansada, más repuesta, y con renovada iniciativa. Igualmente, saber gestionar la propia fatiga y el propio potencial de energía y dinamismo.

5.6. Vestirse y desvestirse:

Capacidad de la persona para vestirse y desvestirse.

5.7. Mantener la temperatura corporal:

Eventualmente actuando sobre el medio ambiente y/o sobre la propia vestimenta. Capacidad de termorregular adecuadamente.

5.8. Mantener la higiene personal:

Capacidad de la persona para lavarse por sí mismo y mantener su higiene personal, así como a servirse de productos y de utensilios para mejor mantener piel, cabellos, uñas, dientes, etc, y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.

5.9. Protección de sí mismo:

Capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.

6. Humanización en los cuidados:

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

Humanizar, en términos generales, es definido por la Real Academia Española como hacer a alguien o algo humano, familiar y afable. La Salud la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “la salud es un estado de completo bienestar física, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es decir, considera todas las dimensiones del ser humano durante el proceso salud – enfermedad”.

Es también, imprescindible acotar que en el año el organismo bajo el lema “Trato humanizado a la persona sana y enferma”, entre sus recomendaciones motiva la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, enfatizando que la Humanización “es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”.

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

La UCI ha sido marcada culturalmente estigmatizada como un ambiente donde se concentran el dolor, la angustia, el sufrimiento, la incertidumbre; desde fuera, se le imagina generalmente como sitios hostiles, tristes, fríos; y de espera de una muerte inminente tanto por familiares y pacientes, quienes necesitan de una atención integral que incluya a la familia para minimizar las tensiones y la inseguridad emocional que se generan estos espacios. Cada día, adquiere mayor relevancia el tema de la humanización del cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para aquellos sobre los que descansa, dirigen y conforman el área de salud, de manera especial para los profesionales de enfermería, motivado a su cercanía con los pacientes, los cuales son la razón del cuidado y a los que se debe intervenir en todas sus necesidades como son: educación sobre su situación de salud; compañía y seguridad; apoyo emocional y espiritual; tratarlo con respeto y dignidad humana; conocer su patología y tratamiento; mantener la confidencialidad y escuchar y respetar sus creencias, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que padezca.

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

1. Empatía: “Ser capaz de adoptar el punto de vista del enfermo y su marco de diferencia, de ver las cosas desde su punto de vista para captar el impacto que tienen sobre él, de comprenderlo y hacerle experimentar que nuestra comprensión se ajusta a su experiencia”
2. Autenticidad y congruencia: Una relación de lo que somos por dentro como personas, y lo que enseñamos y practicamos como profesionales.
3. Respeto: valorar la dignidad de la persona cuidada. Nos puede permitir averiguar sus valores más significativos y tomar medidas para no afectarlos.
4. Comprensión: entender a la persona y qué es lo que le sucede según su perspectiva.
5. Solidaridad: “Con las personas que sufren, con las instituciones y sus proyectos, con la mejora de la salud y el entorno de las personas. Con la misma profesión.”
6. Tolerancia: ante toda persona que requiera de nuestros servicios, sin ningún tipo de actitud selectiva ni marginación ante cualquier aspecto de nuestros pacientes.
7. Altruismo: actuar siempre en beneficio de nuestro paciente de forma incondicional.
8. Moderación: saber medir el grado de intensidad de nuestras actividades y cuando aplazar nuestras intervenciones.
9. Equidad: no tener preferencias en nuestra labor a no ser que sea necesario por el estado del paciente y aceptar la importancia de todos por igual.
10. No violencia: nunca recurrir a actos violentos ante ninguna situación.

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

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

Referencias bibliográficas

- Sáez E, Infante A. Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2004. 19:209-223.
- Norma Técnica Básica de Autorización Sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada. En: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b0226a5e50cdb42fe04001011e0147fa.pdf>.
- Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores en Salud. Decreto Exento N°18. Ministerio de Salud. 2009. En: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf.
- Aguilar García C, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Crítica. 2017.
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva SATI. Terapia intensiva. 5th ed.: Editorial Panamericana; 2015.
- Real Academia Española (RAE). Humanizar. [Online].; 2020. Available from: <https://dle.rae.es/humanizar>.
- Bermejo J. Humanizar la asistencia sanitaria: Aproximación al concepto Bilbao: Desclée de Brouwer; 2014.



Reservados todos los derechos. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de Vasper capacita. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.