

# Guía de práctica clínica de enfermería: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CICLO 3: MANEJO INTEGRAL EN  
LA UNIDAD DE CUIDADO  
INTENSIVO UCI

FUND. NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MACARENA

---

## Guía de Práctica Clínica de Enfermería: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

### ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Los pacientes que requieren cuidados intensivos, por lo general también necesitan soporte para la inestabilidad hemodinámica (hipotensión o hipertensión), para las vías aéreas o el compromiso respiratorio o el fracaso renal, y a menudo los tres.

El sistema cardiovascular, el sistema nervioso central, el sistema endocrino, el tracto gastrointestinal (y la condición nutricional), hematología, microbiología (incluyendo el estado séptico), las periferias (y la piel), renal (y metabólico), sistema respiratorio.

Las unidades de cuidados críticos generalmente son servicios centrales que funcionan en íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y del área de la salud. Se caracterizan porque cuentan con tecnología de alta complejidad, la atención que se le presta al paciente crítico debe ser desde una perspectiva integral.

La localización de la UCI debe ser en un área protegida del flujo de circulación habitual de los pacientes, visitas y personal de los demás servicios del hospital. Debe contar con vías de evacuación seguras.

La UCI debe estar en constante interacción con los demás servicios clínicos y unidades de apoyo por lo que es muy importante que tenga acceso las 24 horas del día a: cirugía, urgencias, esterilización, hemodiálisis, radiología, scanner, laboratorio, banco de sangre y farmacia.

#### **Áreas de cada unidad:**

El área clínica comprende los cubículos o habitaciones de pacientes y la estación de enfermería y la central de monitoreo.

Se diseñará una disposición adecuada que permita la visión directa del enfermo y suponga un ahorro de tiempo en las actividades asistenciales.

El diseño de habitaciones individuales y cuartos de aislamiento evaluando la conveniencia de separar los cubículos de los pacientes mediante cristales o separación mural.

En el primer caso se consigue facilitar el control visual de cada enfermo desde la central de monitorización, sin descuidar la vigilancia del resto.

En el segundo caso, se requiere la presencia continuada del personal de enfermería en el cuarto, pero el paciente mantiene un grado de intimidad.

Se garantizará óptimas condiciones de espacio, claridad, luz (natural y artificial), y climatización en todas las dependencias de las UCI.

Se incorporan dependencias especiales, según la patología que se recibe en la unidad.

El área de apoyo clínico está compuesta por el sector de trabajo limpio, sector de trabajo sucio, bodega de insumos o almacén, bodega de ropa limpia, bodega de equipos, ropa sucia, aseo, baño personal, oficina del personal médico y paramédico (estar de enfermería), sala de familiares.

El sector de trabajo limpio se destina para la preparación de medicamentos y soluciones para los pacientes, se encuentra ubicada próxima al puesto de enfermería. El sector de trabajo sucio es destinado al depósito transitorio del material clínico usado en los procedimientos efectuados a los pacientes de la unidad.

En las UCI es necesario incluir un estar de enfermería, donde se libere el estrés asistencial acumulado en el turno de trabajo, se realicen reuniones de enfermería donde los intercambios y experiencias cualifican la calidad asistencial y redundan en su promoción profesional.

La sala donde se informa al familiar debe ser acogedora, amplia, con luz natural y ubicada convenientemente, para que no se aumente su nivel de angustia frente a los ruidos de alarmas y voces procedentes de la unidad, y a la vez, permita al clínico estar el mínimo tiempo ausente de la UCI.

El almacén dispone de un stock de material desechable, ropa, etc. De uso inmediato y a corto plazo. Las Paredes, pisos y techos de las UCI deben ser de fácil desinfección. El espacio de cama debe tener tomas de energía, oxígeno, aire y succión, debe tener un lavamanos para la entrada del personal y visitantes y un espacio para pacientes aislados.

**Material Biomédico de las UCI:**

Deben tener hoja de vida completa, cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo

Monitor con trazado EKG (monitor cardíaco con posibilidad de conexión a central con 1 canal de EKG, 2 canales de presión invasiva y 1 canal de presión no invasiva)	Fuente y electrodo para marcapaso interno transitorio
Bomba de infusión.	Ventilador de transporte
Pulso- oxímetro	Monitor de gasto cardíaco
Electrocardiógrafo.	Monitor de transporte
Glucómetro	Sistema visual o sistema de alarma y timbre
Aspirador de secreciones	Control de temperatura
Oxígeno central y bala de oxígeno portátil	bomba de nutrición enteral
Equipo de rayos X portátil	Bolsa de insuflación PEEP
Equipo de órganos de los sentidos.	Carro de paro con desfibrilador, monitor cardíaco y bolsa de insuflación PEEP Camillas de traslado
Tensiómetro, fonendoscopio	
Silla de ruedas.	
Ventilador	
Desfibrilador	
Módulo de presión invasiva	

Debe tener acceso a otros equipos como: endoscopias de urgencia, máquina de plasmaféresis, máquina de hemodiálisis convencional, máquina de hemofiltración, etc.

**Uci Neonatal.**

1. Lactario o extracción de leche
2. Lokers para acompañantes
3. Espacios entre cunas
4. Ventiladores, CPAP y O2
5. No marcapasos
6. Invasiones y procedimientos
7. Equipos

**Medicamentos e Insumos:**

1. Deben estar en un listado con registro Invima, fecha de vencimiento
2. Medidas de almacenamiento con temperatura, humedad, luz, cadena de frio etc.
3. No se debe reusar ningún insumo o dispositivo
4. Reportar tecno vigilancia y farmacovigilancia

**Documentación Requerida en las uci:**

1. Guías de práctica clínica
2. Procedimientos
3. Procesos
4. Protocolos

Deben tener evidencia de socialización y adherencia. Indicadores de IPAMEC y otros.

**Recursos humanos en las uci:**

La institución debe tener personal calificado. La función es proporcionar un cuidado multidisciplinario e integral.

1. Hojas de vida con documentación completa.
2. UCIA (Adultos): 1 auxiliar para dos pacientes – escala de tiss; 1 jefe por 5 pacientes, 1 intensivista 24 horas, terapia respiratoria, nutricionista y fisioterapeuta por disponibilidad.
3. NEONATOS: 1 auxiliar para 3 bebés, 1 jefe para cada 6 pacientes, pediatra 24 horas, terapia respiratoria, nutricionista y fisioterapeuta por disponibilidad.

El manejo del personal no está normatizado depende de cada institución y la complejidad del paciente.

**El profesional de enfermería:**

El personal de enfermería es el incansable dispensador de cuidados y el enlace emocional del enfermo con su enfermedad y entorno socio-ambiental. Para establecer una dotación suficiente de personal de enfermería que preste una calidad asistencial óptima, se decide evaluarlo según el nivel de cuidados que necesita el paciente y la gravedad del mismo; índice de TISS, OMEGA, APACHE II, etc.

El puesto de enfermera jefe coordinadora de la UCI lo desempeña una enfermera que demuestre ser organizada, experiencia profesional y también que este sensibilizada con los problemas de su equipo de enfermería y encauce los resultados asistenciales y de investigación de la unidad hacia una correcta gestión empresarial y sanitaria. Se encarga de organizar, programar, dirigir y evaluar las actividades de enfermería de la UCI, asegurando una atención oportuna y eficaz.

El médico intensivista está especializado en el tratamiento del paciente crítico de forma globalizada. Interviene con mucha frecuencia en las situaciones donde se debate la vida y la muerte del enfermo. Debe abordar continuamente el mejor plan curativo y preventivo, no solo para lograr a estabilidad clínica y hemodinámica del paciente sino marcando las directrices de una calidad de vida futura.

El médico jefe de UCI: Es el responsable de la actividad asistencial. Debe aplicar integralmente las políticas y normativas de la UCI para su adecuado funcionamiento y asegurar una buena calidad en la atención. Coordina el trabajo entre el equipo de salud de la UCI, entregan información clara acerca del estado clínico de los pacientes a sus familiares o responsables directos.

El auxiliar en enfermería: Es el encargado de cumplir funciones de confort y otras actividades de apoyo, además de realizar controles que son asignados por la enfermera. Son las responsables de la atención directa al paciente.

El camillero como personal de apoyo influye mucho en el trabajo diario, sobre todo en la movilización al paciente, traslado del enfermo.

El personal auxiliar de servicios generales se ocupa de proporcionar a la unidad los elementos de la dieta según las demandas. Son muy importantes en las tareas de higiene y desinfección de la unidad.

El trabajador social: orienta al familiar y al propio paciente sobre los trámites y otras prestaciones sociales.

El sacerdote como figura de apoyo religioso aporta consuelo y caridad cristiana en los momentos de dolor, desánimo y muerte.

## FACTORES PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

El objetivo inmediato en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) de los servicios hospitalarios va enfocado a asegurar la supervivencia del paciente, la cual determina las prioridades de intervención, teniendo la conservación y mantenimiento de las funciones vitales como el principal foco de atención y control. Una vez estos factores son controlados y el paciente se encuentra estable, se abre el espacio para reevaluar la situación y realizar la atención psicológica a los familiares de estos pacientes, partiendo del hecho de que están muy afectados emocionalmente. Predominando el temor por la vida de su familiar, realizan esfuerzos por mantenerse en su inmediatez, desean hablar

con médicos y enfermeras y conocer su gravedad, expresar sus propias inquietudes y sentimientos. Desde hace algún tiempo se ha empezado a considerar que más allá de la naturaleza de la enfermedad y del estado del paciente, el objetivo de la intervención en unidades críticas debe ser promover, mantener y restablecer niveles óptimos de funcionamiento no solamente orgánico, sino psicológico y social. Además de prestar atención a las alteraciones orgánicas, no se deben olvidar los factores de estrés psicológico que enfrenta el paciente y su familia, dado que los conflictos afectivos y emocionales que se pueden manifestar, no sólo afectan la salud mental, sino que además condicionan la recuperación física del paciente. Esto hace pertinente el abordaje de la situación de hospitalización de manera integral, considerando al paciente como un ser biopsico-social. Dentro de los factores que generan dicho estrés psicológico, que inciden contundentemente en el curso de la enfermedad y el proceso de recuperación del paciente, se evidencian como desencadenantes principales aquellos que están relacionados con el ambiente de las Unidades, el cual rompe abruptamente la cotidianidad del individuo. En primer lugar, al paciente crítico se le aparta de su medio habitual y de sus hábitos cotidianos, comenzando a depender su vida en gran medida de terceros. El paciente se ve privado total o parcialmente de sus puntos de apoyo afectivo, siendo frecuentes los sentimientos de desamparo, impotencia, soledad y despersonalización, así como la alteración de la imagen corporal. Por esto, las formas de expresar y aliviar la frustración, la rabia, la hostilidad, el temor y la depresión que producen estos sentimientos, se ven muy limitadas por el ambiente físico de la Unidad de Cuidado Intensivo. Dichas condiciones y alteraciones en la vida deben tenerse en cuenta a la luz de las particularidades de los pacientes internados en las unidades de cuidado intensivo, ya que, por ejemplo, se ven afectados de manera diferencial los pacientes que no se encuentran intubados como los que sí lo están. En el caso de estos últimos, la tensión generada puede ser mayor, debido a que no pueden expresar libremente sus sentimientos o comunicar sus necesidades, incluso cuando están despiertos. Esta situación hace a estos pacientes especialmente vulnerables a la tensión o estrés psicológico si se suma el hecho de que algunos de los miembros del equipo de salud caen en la tendencia de comunicarse menos con los pacientes que tienen disminuida su capacidad para hablar, y de no intentar implementar estrategias que les permitan interactuar de alguna manera con el paciente para identificar sus necesidades físicas y psicológicas del momento. Otro aspecto que afecta la adaptación del paciente a una Unidad de Cuidado Intensivo, tiene que ver con el hecho de que su conducta frente a la enfermedad y al medio que lo rodea, está condicionada por la percepción individual e impacto de la hospitalización, los recursos y la consecuente reacción de estrés. La variable determinante de dicha percepción y reacción del paciente tiene que ver con la información que se le suministre tanto a éste como a su familia, de manera adecuada, constante y sencilla. En ausencia de estas explicaciones, las Unidades de Cuidado Intensivo se presentan como lugares misteriosos y hostiles, repletos de estímulos nocivos, que pueden percibirse como antinaturales e incluso mágicos. Sumado al sentimiento de vulnerabilidad del paciente que se ve exacerbado por el alto grado de complejidad técnica que lo rodea. Por el contrario, si el paciente y su familia reciben información permanente y al día sobre la evolución del estado de salud, y los propósitos y/o modificaciones de los planes de la intervención, percibirán la situación con mayor claridad. Esto les permitirá tener expectativas realistas y hacer planes acordes con esta realidad, motivando a su vez, la cooperación con el equipo de salud y minimizando la presencia de estados de ansiedad e incertidumbre que puedan obstaculizar el manejo del paciente en la unidad. Para la mayor parte de los enfermos, ha sido muy decisivo, en la evolución de su proceso, el apoyo, la dedicación y la comprensión que han recibido del personal de enfermería,

sobre todo si la enfermedad les ha deparado secuelas físicas irreparables o les ha sido costoso superar los baches emocionales del trauma físico. En todos los casos, es muy gratificante para ambos tener la oportunidad de volverse a ver o conocerse, cuando el enfermo está en grado de mejoría clínica. El enfermo agradece la presencia continuada de un experto a su lado. Aunque el paciente y la familia aprendan a confiar en la profesionalidad del equipo de enfermería y los medios sofisticados que le rodean, todos somos conscientes de que un trabajo minuciosamente técnico, sin que esté revestido de calidad humana, no consigue fomentar la tranquilidad y paz que permita al enfermo vencer las barreras de su curación y animar sus deseos de seguir adelante. Ni siquiera en los momentos más cruciales del enfermo moribundo, ni en el momento de la muerte, se puede desligar el factor ético del profesional. Así se conforta al enfermo en su miedo, en su dolor y en su fin.

## INFLUENCIA DE LA ENFERMADAD EN EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE

### Crisis de agitación y rebeldía emocional

Es la respuesta más esperada en el despertar de un coma neurológico por un traumatismo craneoencefálico grave, en la fase de abstinencia de la intoxicación alcohólica, como primera reacción ante la intoxicación barbitúrica en el intento de suicidio, etc.

La crisis de agitación puede acompañarse de conductas que aluden a sentimientos de culpabilidad o frustración, que son muy difíciles de abordar, si el profesional no tiene una adecuada formación hacia el cuidado de este tipo de patologías y no genera, desde el primer momento, adecuadas relaciones interpersonales con el paciente.

Superado este cuadro inicial, el paciente puede desarrollar, a corto plazo, síntomas de angustia, depresión ansiedad o apatía.

En el intento de ofrecer una estabilidad emocional al enfermo, el personal de enfermería debe observar y detectar estos cambios que son importantes pues puede suponer aplicar un plan de acción complementario, como la intervención y el apoyo de los especialistas (psicólogos y psiquiatras), la permanencia continuada del familiar en la habitación, el traslado del paciente a otra unidad menos compleja que la Unidad de Cuidados Intensivos, etc.

### Trastornos mentales:

Por un lado, los trastornos de lucidez, las alteraciones en la conciencia, la desorientación y el delirio pueden presentarse como resultado de algunas patologías, tales como la acidosis, la alcalosis respiratoria, la acción de ciertos tipos de anestésicos, sedantes, etc. Estos trastornos guardan una relación progresiva con la edad.

Así, las demencias aparecen frecuentemente en pacientes ancianos, debido a que, en su estado natural de indefensión, acusan más el impacto de estar inmersos en un medio desconocido para ellos.

El enfermo puede referir alucinaciones del gusto y del olfato, que serán reversibles y que se deben a la privación de la ingesta oral. La reacción más inmediata es que el paciente se asuste y se obsesione con que sea algo grave, por lo que se les debe tranquilizar, explicándole que es normal.

La privación del sueño también puede provocar al enfermo alucinaciones o desorientación, por lo que se les debe planificar un adecuado descanso.

Por último, destacar que el profesional de enfermería no debe olvidar que procesos de este tipo también puedan indicar la aparición de una involución clínica y una situación de emergencia.

### **Angustia y miedo**

El enfermo en estado consciente sufre en su gravedad una gran angustia y miedo, primero a que se repita el episodio, y posteriormente le obsesiona la posibilidad de limitaciones y secuelas que intervendrán en su calidad de vida.

El enfermo transmite su sufrimiento, incertidumbre, miedo y tensión emocional a través de conductas dominantes, agresivas, de dependencia total, que puedan alterarse e interferirse. Así, por ejemplo, en el cuadro de infarto agudo de miocardio (IAM), el dolor hace sentir al paciente intensas vivencias de muerte inminente.

En las patologías donde se producen graves restricciones respiratorias, el paciente, por una parte, puede potenciar continuas necesidades de protección y afecto por el medio a sentirse solo cuando le falte el aire, llamando la atención al equipo de enfermería en ocasiones, emitiendo sonidos y palmadas, y, por otra parte, puede desarrollar comportamientos agresivos, sobre todo si esta intubado, ya que tendrá gran dificultad para expresarse y comunicar con las demás personas y por sufrir la falta de descanso, situación que ocurre cuando su estado de insuficiencia no le permite descansar suficientes horas ni en pausa nocturna para estar pendiente de extracciones analíticas, fisioterapia respiratoria, cambios posturales, etc.

En todos los casos, el nivel de angustia se convierte en impotencia e indefensión, y muchas veces el personal de enfermería, cuando no sabe o no dedica suficiente tiempo a interpretar sus necesidades, tiene que enfrentarse con el enfado del paciente, incluso con el derrame de alguna lágrima, con la gran dificultad que entraña controlar un comportamiento infantil en el adulto.

### **El Enfermo Inconsciente**

Estos pacientes hacen que se plantee reflexiones muy profundas, algunas de ellas emotivas: ¿Se puede asegurar que no siente sus propias emociones?

¿Es decisivo obtener una respuesta perfectamente ajustada a los patrones que se conocen? ¿Es capaz de oír? ¿Se enterará de algo?

Con los pacientes en coma se debe tener especial cuidado, ya que no se sabe hasta qué punto el enfermo oye o no. Se actuará siempre como si el paciente oyera, hablándole, contándole siempre lo que se le va a hacer y evitando hacer comentarios respecto a su gravedad y pronóstico.

### **Sobre los Factores Ambientales**

Aunque la Unidad de Cuidados Intensivos debería ser la urgencia silenciosa, la realidad es bien diferente y la experiencia nos demuestra como el ambiente de la Unidad incide muy directamente en la estabilidad emocional del enfermo y en su adaptación a la enfermedad.

### **Sobre los estímulos sensoriales**

Aunque parezca contradictorio, el enfermo se ve estimulado por el exceso y la carencia de estímulos sensoriales.

### **Exceso de estímulos**

El paciente se muestra afectado por los quejidos del dolor de otros enfermos, oye sus respiraciones dificultosas, sus golpes de tos e incluso se sobresalta ante las palabras delirantes en el despertar de un estado comatoso. La convivencia diaria del enfermo con los aparatos e instalaciones que se encuentran cerca de él, las alarmas, las voces del personal, etc., también agudizan una estimulación activa. El paciente responde con una actitud expectante, susceptible y crítica, controlando los sueros, la cantidad de extracciones que se realizan, el cambio de jefe del personal de enfermería, la llegada de nuevos profesionales y la visita de otros especialistas a la unidad, familiarizándose si cabe con los ruidos y alarmas, detectando irregularidades, etc.

### **Carencia de estímulos**

Por el contrario, en bastantes ocasiones, es el personal de enfermería el que evitaría para que el enfermo no reciba una estimulación sensorial excesiva, pues las respuestas de agitación y nerviosismo agravarían su estado clínico. Se comprueban las ventajas de mantener sujetos a determinados pacientes con movilización limitada para evitar su extubación, evitar que se retire la vía de perfusión u otros dispositivos, de forma accidental o deseada.

### **Desorientación temporoespacial:**

El paciente, bien por la confusión que le crea su propia enfermedad o bien por la acción de ciertos medicamentos, no tiene una noción clara del tiempo, en especial si sufre un proceso o una enfermedad crónica.

Sobre su trato con el paciente

- Debe llamar al enfermo por su nombre e intentar establecer, en las relaciones profesional-pacientes, la confianza que le será útil para preguntarle acerca de su estado, dolor, etc.
- Debe saber hablar y escuchar al paciente, porque es un medio acertado en la detección de complicaciones clínicas. Así, se observa cómo, en muchas ocasiones, las respuestas del paciente a preguntas intrascendentes permiten valorar si el enfermo está usando sus facultades intelectuales o están ensombrecidas. Esto es de vital importancia para evaluar no solo un estado de lucidez, sino su entrada en un proceso patológico tal como la hipo ventilación, el estado de coma o el paro cardio-respiratorio.
- El equipo de enfermería debe aportar seguridad y, con ello, tranquilidad al paciente, dándole a conocer su nombre, proporcionándole una explicación concisa y adecuada acerca de los procedimientos que se le van a realizar, diferenciándole la información orientativa y general de la información clínica y explicándole los mecanismos de control y las alarmas de los monitores y aparatos que tiene cerca.
- Apoyará el esfuerzo y colaboración del enfermo con refuerzos positivos, porque ellos le suponen un voto de confianza que los anima a seguir adelante.

- Cuidará los comentarios delante de los pacientes, pues no solo les aumenta su angustia, sino que también son fuente de gran incertidumbre. Se observa como el paciente se incomoda cuando oye, de forma clara o confusa, conversaciones donde el profesional trata temas confidenciales, banalidades, habla en tono alto, provoca alboroto y favorece la discusión.
- Controlará el estado clínico del enfermo, sin que ello suponga estar continuamente a la vista del paciente. Se hará mediante la vigilancia del electrocardiograma del paciente, de los parámetros del ventilador, etc., consiguiendo que el enfermo confíe en sus posibilidades ante la enfermedad y no desarrolle comportamientos insistentes y agobiantes o de excesiva dependencia.

El equipo médico y el personal de enfermería debe valorar en el tratamiento del Paciente los efectos positivos y negativos del descanso y las pausas nocturnas.

**Factores ambientales:**

El personal de enfermería evitará la acción directa del foco luminoso sobre el paciente, que no solo le agudiza el nerviosismo por sentirse interrumpido una vez más, sino que también le produce ansiedad, malestar y calor. Se acostumbrará al uso de los pilotos automáticos, sobre todo por la noche, en vez de usar continuamente la luz. Se hará mención frecuente de la hora, el día y dónde se encuentra, para Fomentar su orientación temporoespacial.

**Actitudes de bienestar y confort:**

Para algunos pacientes, conservar en sus nocheros y mesas las fotografías de familiares y objetos religiosos o el hecho de poder escuchar la radio son detalles que le ayudan a enfrentarse a una mejoría lenta.

- También se debe valorar la visita de los familiares como una acción terapéutica, pues la presencia de un allegado suele calmar bastante a sus enfermos, sin embargo, el personal de enfermería debe tener mucho tacto con ellos e informarles de la situación del paciente, para que, al verlo, le ayuden y estimulen y no reaccionen de forma perjudicial para el paciente.