



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS EN
CUIDADO CRÍTICO**

**EL CUIDADO CRÍTICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA
REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA**

TESINA

Para obtener el Grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en
Cuidado Crítico

Presenta:

Licenciada en Enfermería y Obstetricia
Karla Judith Rodríguez Duarte

Directora de tesina:

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

San Luis Potosí, S.L.P., 2018



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS EN
CUIDADO CRÍTICO**

**EL CUIDADO CRÍTICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA
REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA**

Tesina:

Para obtener el Grado de Especialista en Cuidado Crítico

Presenta:

L.E.O. Karla Judith Rodríguez Duarte

Directora de tesina:

Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS EN
CUIDADO CRÍTICO**

**EL CUIDADO CRÍTICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA
REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA**

Tesina:

Para obtener el Grado de Especialista en Cuidado Crítico

Presenta:

L.E.O. Karla Judith Rodríguez Duarte

Sinodales:

MAAE Felipa Loredo Hernández
Presidenta

MCE Olivia Alejandra García Medina
Secretaria

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez
Vocal

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios que me dio la fuerza y Fe, por generar esas ganas e interés de seguir superándome profesionalmente, por darme la fortaleza de levantarme en cada tropiezo y por esta oportunidad de terminar un logro más en mi vida.

A mi mamá, por estar siempre en los momentos importantes de mi vida, por ser un ejemplo a seguir, por ser mi motor que me impulsaba a terminar mi especialidad, cuando sentía que ya no podía más; por ser esa fuente de calma y consejo, por brindarme su apoyo y amor incondicional.

A mis hermanos por darme consejos, amor y apoyo.

A mi novio por estar conmigo en los momentos de estrés, brindándome amor y apoyo en toda ocasión, por darme ánimos para que diera lo mejor de mí, por el cariño y compañía en este reto.

A mi directora de tesina Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, por su paciencia, disponibilidad y apoyo para guiarme durante la realización de este trabajo.

A CONACYT por brindar el apoyo económico a todos y cada uno de los estudiantes con ganas de superación profesional, facilitando el proceso estudiantil.

A todos y cada uno de ellos, Gracias.

RESUMEN

Introducción: El cuidado crítico se ha definido como la atención que se proporciona a una persona que se encuentra con patologías graves o que su estado de salud está altamente comprometido, sin embargo el bienestar y la recuperación del paciente depende de múltiples factores; con la finalidad de identificar los aspectos que se están considerando importantes dentro del cuidado crítico, el presente trabajo tiene por **objetivo** analizar a través de una revisión integradora la producción científica del tema cuidado crítico, así como los aspectos que se están considerando relevantes para el cuidado crítico. **Metodología:** se realizó una revisión integradora en relación con el tema de cuidado crítico, utilizando la metodología PRISMA. La búsqueda se realizó en 2 bases de datos latinoamericanas; Scielo y LILACS. Se incluyeron artículos relacionados a enfermería, publicados en los últimos 5 años con idioma español, que estuvieran disponibles en formato completo. Se excluyeron artículos duplicados, monografías, disertaciones, tesis, editoriales y casos clínicos. **Resultados:** se identificaron un total de 19 artículos; 15 en la base de datos Scielo y 4 en la base de datos LILACS, los cuales se pudieron clasificar en los temas: complicaciones del paciente, estrés en el paciente crítico, necesidades del paciente, técnicas y procedimientos del cuidado, cuidado humanizado, conocimiento del personal de enfermería, utilización del PCE, estrés laboral de enfermería. **Conclusiones:** los artículos encontrados fueron escasos, reflejando una necesidad de estrategias que mejoren la calidad del cuidado. Al igual que se identificaron ausencias importantes de temas de diferentes posibilidades de mejora del cuidado. **Palabras clave:** Cuidado crítico, Revisión sistemática, Cuidados intensivos, Enfermería, Paciente.

ABSTRACT

Introduction: Critical care has been defined as care provided to a person who is in a state of seriousness or whose or whose health condition is compromised, however, the welfare and recovery of the patient depend on multiple factors. In order to identify the aspects that are important in critical care, the present work has as **aims** to analyze through an integrative review the scientific production of the critical care theme, as well as the aspects that are considered relevant for critical care

Methodology: an integrative review was carried out in relation to the topic of critical care, using the PRISMA methodology. The search was conducted in 2 Latin American databases; Scielo and LILACS. Studies related to nursing were included, published in the last 5 years with Spanish language, duplicate articles, monographs, dissertations, theses, editorials and clinical cases were excluded. **Results:** a total of 19 articles were identified; 15 in the Scielo database and 4 in the LILACS database, of which could be classified into topics: complications of the patient in the ICU, stress in the critical patient, patient needs, techniques and procedures, humanized care, knowledge of the nursing staff, use of the PCE, nursing work stress. **Conclusions:** the articles found were scarce, reflecting a need for strategies that improve the quality of care. Likewise, important absences of issues of different possibilities for improving care were identified.

Key words: Critical care, systematic review, intensive care, nursing, patient

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN	3
II. OBJETIVO DE LA PROPUESTA	9
III. MARCO TEÓRICO	10
3.1 Cuidado en enfermería	10
3.2 Unidad de cuidados intensivos	12
3.2.1 Definición	12
3.2.2 Antecedentes	13
3.2.3 Características de infraestructura	15
3.3 Elementos humanos de las unidades de cuidados intensivos	15
3.3.1 El Paciente en estado crítico	15
3.3.2 Criterios de ingreso a la UCI	16
3.3.3 Complicaciones de pacientes en UCI	20
3.3.4 Sistemas de estandarización de la Gravedad	22
3.3.5 Estrés del paciente en UCI	23
3.3.6 Familia	26
3.3.7 Importancia de las visitas a UCI	28
3.3.8 Beneficios de las visitas	30
3.3.9 Personal de salud	31
3.3.10 Funciones y obligaciones del personal del servicio	32
3.4 Evento adverso e incidentes adversos	33
3.5 Conceptos bioéticos aplicados a la medicina intensiva	34
3.6 Estrés en UCI	36
3.7 Revisión sistemática	37
3.7.1 Etapas de una revisión sistemática	37
IV. METODOLOGÍA	399
V. RESULTADOS	411
VI. DISCUSIÓN	500
VII. CONCLUSIÓN	577
VIII. BIBLIOGRAFÍA	62

INTRODUCCIÓN

El cuidado crítico implica la atención especializada y evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia según evolución dirigida a pacientes con patologías graves, los cuales presentan inestabilidad fisiológica, requiriendo de soporte avanzado, equipo altamente especializado, con un alto riesgo de complicaciones por su estado de gravedad.

Dicho cuidado se proporciona en unidades de cuidado crítico, que son áreas de atención médica de alta complejidad que cuentan con personal y equipo altamente especializado, cuyo objetivo es brindar cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud. Es importante valorar las necesidades que presentan los pacientes para que los cuidados se basen no solo en la enfermedad, sino en aspectos humanísticos que promuevan el bienestar.

Los pacientes y familiares que han pasado por las unidades de cuidado crítico tienen percepciones negativas y positivas, entre las negativas generalmente es que los pacientes se encuentran graves con alta mortalidad, en un ambiente asociado a múltiples complicaciones, a soledad, dolor y sufrimiento, donde se emplea equipo de alta tecnología, con poca o nula interacción con el profesional de salud, trato con frialdad; mientras que describen como aspectos positivos las ocasiones en las que hay contacto con las personas que se involucran en el cuidado, como los enfermeros, la familia y los amigos, porque brindan apoyo y seguridad, sin embargo lo han planteado como un hecho insuficiente.

También se puede identificar que, en el contexto del cuidado crítico, prima el uso del conocimiento experto, las habilidades complejas del personal de salud para tomar decisiones, alta competencia clínica para la práctica y manejo de tecnología especializada, siempre asociada al mantenimiento de la vida, a la curación, y a la dedicación máxima a un paciente que necesita cuidado sustitutivo, teniendo como premisa el cuidado holístico que abarca desde lo físico hasta lo emocional.

Cualquiera que sea la forma en que se concibe el cuidado crítico debe dar respuesta a las necesidades sociales en materia de salud, logrando mejores resultados, no solo en la supervivencia, sino en la disminución de complicaciones y secuelas de

las enfermedades, valorando las necesidades del paciente para así no basar los cuidados en la enfermedad, sino en el bienestar, abarcando aspectos humanísticos, con lo que se haría visible la autonomía y la eficacia de la práctica enfermera en el cuidado crítico.

Por la gran diversidad de características con las que debe cumplir el cuidado crítico para que se obtenga como resultado de él, no solo la sobrevida de los pacientes, sino la calidad del cuidado, el bienestar y la disminución de complicaciones y secuelas en el paciente, se consideró necesario a través de una revisión integradora, sin metaanálisis, analizar las características de estructura de los artículos relacionados con el tema del cuidado crítico, publicados en el periodo de 2013 a 2017 en las bases de datos Scielo y LILACS. La revisión se realizó sin metaanálisis ya que éste se emplea para analizar y determinar, entre diversas propuestas de intervención, cual es más recomendable por tener mayor evidencia científica, sin embargo, en los artículos revisados para este trabajo no son de intervención, son descriptivos y de caracterización.

Como método para la estructuración del presente trabajo de revisión, se utilizaron las secciones de la metodología PRISMA para revisiones sistemáticas, dichas secciones son: título, resumen, introducción, métodos, resultados y discusión; se optó por éste método ya que es aplicable a todo tipo de revisión sistemática y es considerado como una herramienta para contribuir a mejorar la claridad y transparencia en las publicaciones.

La información resumida nos ayudó a identificar áreas que se están dejando de lado y que es importante retomar para mejorar la calidad en el cuidado al paciente, abarcándolo holísticamente para proporcionar un cuidado más humanizado y de calidad en la atención.

I. JUSTIFICACIÓN

El cuidado crítico se ha definido como la atención que se proporciona a una persona que se encuentra con patologías graves o que su estado de salud está altamente comprometido, llegando a representar una amenaza para su vida; por lo que implican que la atención que ahí se brinda sea especializada, ya que impera un alto riesgo de que el paciente muera o presente complicaciones severas durante su estancia; las complicaciones más prevalentes en el paciente crítico son relacionadas con la disfunción orgánica múltiple, insuficiencia cardiovascular y sepsis.^{1,2}

En Estados Unidos las cinco principales patologías por las que una persona ingresa a la unidad de cuidados intensivos (UCI) son insuficiencia respiratoria, afecciones neurológicas, atención postoperatoria, síndrome séptico y trastorno de la cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca. En Chile los diagnósticos de ingreso más frecuentes en la UCI fueron traumatismo craneoencefálico (TCE), accidente cerebrovascular, sepsis severa, insuficiencia respiratoria, post operatorio de neurocirugía, shock hemorrágico, Insuficiencia renal y descompensación cardiológica.³ Esta serie de patologías y sus complicaciones frecuentemente llevan a la muerte; en México la mortalidad en la UCI es del 5-40%, al agregarse falla orgánica la mortalidad incrementa de 20% por cada sistema, incrementando hasta un 80% al fallar 4 sistemas orgánicos.⁴ En un estudio realizado en el Hospital de Mérida, Yucatán las primeras causas de muerte en UCI fueron: síndrome de disfunción orgánica múltiple, seguida se shock cardiogénico y choque séptico.⁵

La alta mortalidad de las unidades de cuidado crítico han dado origen a que se tenga el concepto de que la UCI es un lugar donde se lleva al paciente a morir; sin embargo no siempre sucede así, muchas ocasiones la recuperación del paciente es exitosa, en buena medida por qué la enfermera brinda atención asistencial oportuna y rápida⁶ utilizando metodologías y equipo basado en los avances científicos producidos en el área de los cuidados de la salud y la ética, además de realizar asistencia directa al paciente, ofrece soporte emocional a las familias.

En muchos casos se ha identificado que el cuidado de enfermería en estas unidades se suele realizar monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y bajo el enfoque biomédico⁷ sin darle importancia al hecho de que la calidad en la atención de enfermería en la UCI comprende asegurar la eficiencia y la eficacia de la atención. A este respecto en un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Culiacán, Sinaloa, se identificaron tres factores que prioritariamente influye en la calidad de la atención de enfermería: 1) el nivel académico del personal, 2) la falta de capacitación y 3) la sobrecarga del trabajo.^{8,9}

El nivel académico y capacitación del personal de enfermería, son factores que influyen en el conocimiento; diversas bibliografías hacen referencia que para mejorar la calidad de los cuidados se hace necesario en primer lugar el conocimiento, por ello el profesional de enfermería que proporciona el cuidado a pacientes en estado crítico requieren estar preparados, con conocimientos y experiencia suficientes para resolver situaciones complejas, ya que además de la gravedad de los pacientes, es un entorno que resulta difícil de manejar, debido a que es altamente tecnificado con equipos especializados tales como: monitores, ventiladores, desfibriladores y catéteres.¹⁰

En relación con lo anterior el artículo décimo quinto del código de ética de los deberes de las enfermeras como profesionistas en México menciona que la capacitación periódica es un deber que permite ampliar conocimientos y competencias y así brindar servicios de calidad¹¹; al igual que la ley del ejercicio Profesional No. 7498/86 menciona que es indispensable para el enfermero el tener conocimiento y capacidad en la toma de decisiones inmediatas para la atención del paciente.¹²

En la Norma Oficial Mexicana 025-SSA3-2013 se hace referencia a que todo personal de enfermería que labora en UCI debe contar con entrenamiento y capacitación en la atención al paciente grave, haciéndose deseable contar con una especialidad en cuidados intensivos.¹³ Sin embargo en México el porcentaje de enfermeras profesionistas no llega al 50%, lo que puede darnos la idea de la gran carencia que hay de personal especialista en cuidados intensivos.^{14,15}

La preparación del personal adquiere relevancia, además, por algunas características de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado crítico entre las que se encuentra que más del 90% requieren del uso de ventilación mecánica, con hospitalizaciones prolongadas, incluso mayores de 30 días, existiendo pacientes con hospitalizaciones de más de 100 días, con una mortalidad de 19,4%.³ Además cada vez se incrementa del número de pacientes atendidos en estas unidades, con múltiples y variadas patologías de ingreso y por lo tanto múltiples y variadas complicaciones que hay que prevenir.

Otro factor el cual influye en el conocimiento del personal es la experiencia, ya que el personal con mayor experiencia resuelve problemas en situaciones críticas de una forma más eficaz; sin embargo es más común encontrar en áreas de UCI personal con menor experiencia, ya que por ser un ambiente de estrés laboral y desgaste, el personal busca cargos administrativos, esto demostrado en un estudio realizado en Colombia en una UCI encontrando que el 65% de los profesionales tenían experiencia inferior a los 6 años, mientras que el 53% del personal auxiliar tenía experiencia mayor a los 6 años.⁶

Respecto a la sobrecarga de trabajo, según el informe de la BACCN (asociación británica de enfermeras de cuidados críticos) la razón enfermera/paciente está relacionada con la mortalidad y morbilidad de los pacientes, por ello la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos, menciona que es necesario que una enfermera este a cargo de un solo paciente, pero cuando los pacientes no están tan graves es factible que una enfermera se haga cargo de 2 pacientes.¹⁶ La razón enfermera/paciente en la UCI se suelen calcular por la gravedad que se presupone del paciente; a mayor gravedad mayor tiempo y carga de trabajo de enfermería en sus cuidados.

La guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería de México, marca que la razón especialista/ paciente debe ser de 1 a 2 camas máximo por especialista, ya que las horas que requiere cada uno de estos paciente son de entre 8 y 12 hrs, dependiendo de su gravedad.¹⁷ En un estudio realizado por Aiken y

Clarke, sostuvieron que cada paciente adicional por enfermera aumenta un 7% en la mortalidad en los 30 días de estancia hospitalaria.¹⁸

Esta situación es importante ya que cuando la relación paciente/enfermera disminuye existe también una disminución en la mortalidad e infecciones nosocomiales; es común que en lugar de disminuir los pacientes por enfermera estos aumenten, por falta de personal, afectando tanto a los trabajadores como a los pacientes, interfiriendo en la calidad de los cuidados ya que entre más pacientes se asignen por enfermera crece el riesgo a que se presente algún efecto adverso, como presencia de infecciones, desplazamiento de dispositivos médicos, errores en la medicación etc; los efectos adversos aumentan cuando se asignan más de 4 pacientes por enfermera, no pudiendo satisfacer las necesidades de cada uno y descuidando la calidad en la atención; además de causar desgaste del personal por la sobrecarga laboral.¹⁹

Aunado a lo anterior, características como la gran cantidad de equipo de alta tecnología (monitores, ventiladores, desfibriladores, catéteres, entre otros) que suelen tener los pacientes en estado crítico, la alta susceptibilidad de complicación que representan y las situaciones críticas que pueden desembocar en la muerte, requieren que la atención esté muy focalizada en mantener o salvar la vida de los pacientes y en el manejo y control de la multitud de equipo, genera en muchos casos que se desplace el componente humano del cuidado, dejando de lado la visión holística del cuidado de enfermería.

Por ello es necesario que el personal de enfermería asuma un alto nivel de compromiso y sensibilidad respecto al cuidado del paciente crítico, teniendo en cuenta el estado de vulnerabilidad en el que se encuentra, para ello requiere habilidad en la comunicación verbal y no verbal, que es uno de los elementos más importantes del cuidado humanizado, ya que una adecuada comunicación con el paciente y familiares ayudará a crear un clima de confianza y respeto y a la toma conjunta de decisiones.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que la atención del paciente en estado crítico requiere altas exigencias en el cuidado proporcionado por el personal de enfermería, así como grandes dotes de comunicación y habilidades de escucha activa, respeto, cercanía y comprensión, para ello se requiere mantener la empatía para abarcar sus necesidades holísticamente; al igual que incorporar a la familia ya que cumple un papel importante en el entorno del paciente.⁵

No obstante, la evolución del paciente no depende únicamente del cuidado que reciba, sino que influyen otros factores propios de la persona, entre los que se encuentran la gravedad de su estado, la edad, la co-morbilidad y los días de estancia en la UCI y patologías preexistentes.²⁰

Respecto a lo anterior, entre las patologías preexistentes más comunes se encuentran la hipertensión arterial y diabetes mellitus que agravan la situación del paciente convirtiéndose en un factor de riesgo para la mortalidad. Si a ello sumamos la susceptibilidad asociada a los cambios anatomofisiológicos propios del envejecimiento, podemos entender el incremento en la mortalidad de éste grupo de población.^{21,22}

En áreas como la UCI en general los pacientes experimentan muchos temores relacionados con su situación de salud, porque desconocen el curso de la enfermedad, experimentan dolor físico y sufrimiento, en algunos casos se ven enfrentados a la pérdida de partes del cuerpo y a la discapacidad, entre otros. Esta es otra de las razones por las que el personal de enfermería enfrenta desgaste tanto físico como emocional siendo vulnerable al estrés laboral que, aunque depende diversos factores como la sobrecarga de trabajo, agotamiento, despersonalización, baja realización profesional y altas demandas familiares, puede llevarlo a desarrollar problemas como el síndrome de Burnout, situación que repercutirá en la calidad del cuidado que se otorgue a los pacientes.

Todo lo anterior permite identificar que la finalidad de la enfermería en la UCI es proporcionar cuidado eficiente e integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, para lo cual debe ser altamente competente, con habilidades y destreza procedimentales y con amplios conocimientos disciplinares, que le permitan

proporcionar el cuidado individualizado direccionado a resolver sus problemas de salud actuales y evitar complicaciones; sin embargo también debe poseer habilidades en la comunicación terapéutica y en las relaciones interpersonales, ya que no solo se pretende salvarle la vida al paciente, sino mantener su bienestar y calidad de vida.

Por otra parte, los pacientes internados en la unidad de cuidado intensivo, por definición “son enfermos graves” que sí bien requieren el cuidado estrecho y de alta tecnología que ofrecen las áreas de cuidado crítico también se debe tener en cuenta que en dichas unidades, las características físicas y técnicas particulares, se conjugan, conformando una atmósfera psicológica especial y poco usual, lo cual genera algunos efectos negativos en el paciente; de ahí que su ingreso a estas áreas, frecuentemente se constituya como una experiencia nueva y única, a veces atemorizante y cobra especial relevancia la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida.

Por lo que es importante conocer todos los aspectos involucrados en el entorno del paciente crítico; sin embargo existe mucha información relacionada al tema que muchas veces resultan problemas como dificultades de acceso, barreras idiomáticas, complejidades metodológicas para su correcta interpretación o falta de tiempo para leer todo lo necesario para mantenerse actualizado, es por ello que se genera la necesidad de disponer de documentos de síntesis que resuman toda la información disponible acerca de un mismo tema; por lo que esta revisión trata de cubrir esta necesidad, y proporcionar de una manera sintetizada las actualizaciones y mejoras en el cuidado brindado al paciente crítico.

La exploración de las publicaciones relacionadas con el cuidado crítico hará más amplio el campo de conocimiento respecto a este tópico, lo que permitirá identificar algunas áreas que pudieran modificarse en el cuidado a pacientes en estado crítico.

II. OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Analizar a través de una revisión integradora la producción científica del tema cuidado crítico, así como los aspectos que se están considerando relevantes para el cuidado crítico.

III. MARCO TEORICO

3.1 Cuidado en enfermería

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, y es un elemento central dominante, distintivo y unificador de esta disciplina, el cual se puede definir como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente; el cuidado es imprescindible para la recuperación de la salud, puesto que no puede haber curación sin cuidado previo aunque puede haber cuidado sin curación.²³

El cuidado se ha estudiado con la finalidad de contextualizar sus orígenes en el desarrollo de la humanidad y los valores que se le han asignado por parte de los profesionales de enfermería.

Existen estudios que expresan diversas concepciones del cuidado con la finalidad de fundamentar el ser, el hacer y el deber ser de la enfermería que permita resignificar la práctica, con una visión humanística.

Marie Françoise Collière, enfermera, antropóloga y filósofa (1930-2005) reflexionó sobre lo que caracteriza al cuidado y en lo que basa su identidad, de ahí expresó: "Cuidar es un acto de vida cuyo objeto es, primero y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo luchar contra la muerte: del individuo, del grupo y de la especie". Ella sugiere entender la naturaleza de los cuidados de enfermería a partir de situarlos en el contexto del proceso de vida y de muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.²⁴

Jean Watson, enfermera humanista (1961 a la fecha), consideró que, para definir mejor las responsabilidades sociales y éticas de la enfermería y explicar las implicaciones del cuidado humano, es necesario apoyarse en los diez factores de cuidado que construyó y posteriormente modificó, estableciendo el modelo Caritas o modelo de cuidados, en donde profundiza en los aspectos filosóficos, transpersonales, éticos, del arte y los espirituales-metafísicos.²⁵

Por otra parte, Madeleine Leininger enfermera y antropóloga, menciona que los cuidados culturales holísticos se constituyen con los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan y capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar, a mejorar su situación y estilo de vida, afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Regina Waldow afirma que el cuidado es una forma de ser, de expresarse, de relacionarse consigo mismo, con otro ser y con el mundo, habla del ser humano como un ser de cuidado, este nace con ese potencial; por lo tanto, todas las personas son capaces de cuidar, como una acción moral, impregnada de valores, y de sentimientos.²⁶

El cuidado humano no es una simple emoción, preocupación o un deseo bondadoso, cuidar es el ideal moral de Enfermería, cuyo fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana, implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado, es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía y de igual manera es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere de ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Cuidado profesional exige vocación, "la cual es una demanda que la vida me hace de un modo completamente humano para encontrar y ayudar a un ser semejante",²⁴ la vocación se da como una ley de vida y atañe al amor amistoso, que es fundamentalmente humano. La enfermería es considerada como una de las disciplinas que tiene la facultad el deber de mirar holísticamente al ser humano, y desde ahí desarrollar un cuidado único, particular y de calidad.²⁷

3.2 Unidad de cuidados intensivos

3.2.1 Definición

Es el área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.¹³

La Unidad de cuidados intensivos (UCI) se caracteriza por ser un área del hospital con los suficientes recursos materiales y equipo profesional especializado para poder proporcionar una atención óptima al paciente con compromiso grave, real o potencial y garantizar las normas de seguridad, organización con principios éticos.

La medicina crítica es una especialidad de apoyo a otras especialidades, clínicas o quirúrgicas. Se encarga del estudio de pacientes en estado crítico, o en riesgo de desarrollarlo, mediante la asistencia clínica a través de una serie de procesos que deben realizarse en áreas autónomas del hospital, generalmente denominadas unidades de cuidado intensivo.

La UCI tiene una ubicación geográfica delimitada que concentra al personal asistencial y los recursos técnicos, con una conexión espacial y funcional directa con otros servicios del hospital. Se ha demostrado que cuando se adoptan protocolos compartidos entre la UCI y otros departamentos del hospital mejora el rendimiento y disminuye la mortalidad global hospitalaria de pacientes en estado crítico.²⁸ El estado crítico de una persona es aquella condición en la que hay alteración de uno o varios órganos y representa una amenaza para la vida, por lo que requiere de atención especializada y continua. Dicha atención generalmente se proporciona en UCI la cual brinda cuidado continuo para soporte de funciones vitales a personas con patologías graves y en estado crítico, por lo que debe contar con personal y equipo especializado, tratamiento y monitorización continua.¹

3.2.2 Antecedentes

La necesidad de separar a los enfermos graves de manera temprana y oportuna ya se evidenciaba en la guerra de Napoleón Bonaparte en Egipto (1799); sin embargo, se le atribuye a la enfermera Florence Nightingale durante la guerra de Crimea (1854-1856), haber creado la primera unidad de cuidados intensivos con la finalidad de atender a los heridos de la guerra por criterios de gravedad situándolos cerca de las enfermeras que tenían más conocimiento y experiencia.

Posteriormente en 1923 se creó la primera Unidad de cuidados intensivos en el hospital de Johns Hopkins de Baltimore (EE.UU), por el médico cirujano Walter Dandy la cual se utilizó para el cuidado postoperatorio de sus pacientes neurocríticos.

En 1930, en el Hospital Quirúrgico de Tübingen, en Alemania, se diseñó y construyó una sala combinada de cuidado postoperatorio y cuidado intensivo; su director, Martin Kirschner, cirujano polaco-germano, consideraba que era necesario establecer un departamento independiente para el manejo exclusivo de enfermos en estado crítico y de pacientes durante el periodo postoperatorio, esto con la finalidad de aplicar los conocimientos y técnicas que se estaban desarrollando dentro del campo de la cirugía de trauma y emergencia.

Se produjeron acontecimientos los cuales tuvieron gran influencia en el desarrollo de las UCI, entre ellos esta la primera guerra mundial (1914-1918) donde se establecieron las bondades de la reanimación con cristaloides y coloides, posterior en la segunda guerra mundial (1939- 1945), tuvieron avances las técnicas de transfusión sanguínea y reanimación, requiriendo de infraestructura para atender a los heridos de la guerra; durante la epidemia mundial de poliomielitis (1948-1952), obtuvieron avances en la utilización de la ventilación mecánica mediante el “pulmón de acero” para tratar la insuficiencia respiratoria aguda de los pacientes con polio. Dos años después, C.G. Engström (1954) diseñó el primer ventilador mecánico tal como lo conocemos hoy en día.

La primera UCI en el mundo, tal como se la concibe hoy, fue creada en 1953 por Björn Ibsen, un proceso que se desarrolló durante y después de la epidemia de

poliomielitis en el Reino Unido y Dinamarca. Björn Ibsen fue un anestesiólogo danés, considerado «el padre de la terapia intensiva», y su UCI se ubicaba en el Hospital Comunitario de Copenhague. En 1958, P. Safar acuñó el término “unidad de cuidados intensivos”.

A medida que se iban introduciendo nuevos avances tecnológicos se creaba la necesidad de disponer de áreas especiales con enfermeras capacitadas para la atención de los pacientes. Durante las décadas 1960 y 1970, la mayoría de los hospitales grandes disponían de UCI polivalentes; conforme la medicina intensiva se desarrollaba, la separación y especialización se volvieron frecuentes, destacando principalmente UCI médicas, dirigidas sobre todo a la terapia respiratoria con ventilación mecánica, UCI quirúrgicas y UCI coronarias. A inicios de 1960 Max Harry Weil «padre de la medicina intensiva moderna», estableció una sala de choque con 4 camas en el Centro Médico de la Universidad de California del Sur, en Los Ángeles, además propuso los términos “cuidado crítico” para referirse al proceso de atención, y “críticamente enfermo” para designar al paciente que necesitada ese tipo de cuidado.^{1,29}

Orígenes de la UCI en México

La práctica de la UCI en México tuvo sus orígenes en una unidad destinada para la atención médica postoperatoria en el Instituto Nacional de Cardiología y luego en un área para enfermos graves de medicina interna en el Hospital General de México, en noviembre de 1962; en 1967 se inauguró oficialmente la Terapia Médica Intensiva, que contaba con 10 camas para cuidado crítico, 10 camas para cuidado intermedio y laboratorio de análisis clínico. El mérito es atribuido a Héctor Hugo Rivera Reyes, quien impulsó la creación de la UCI desde que fue médico residente hasta que en el año de 1967 fue nombrado médico oficial adscrito. En 1968 se creó una UCI con 8 camas en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), y en ese mismo año una UCI para cuidados posquirúrgicos en el Hospital de la Cruz Roja. Durante la década de 1970 se iniciaron otras UCI, tanto multidisciplinarias como especializadas. Mario Shapiro impulsó el reconocimiento de los cuidados críticos, así como la formación de especialistas en medicina crítica a nivel nacional.²⁹

3.2.3 Características de infraestructura

Las áreas donde se proporciona el cuidado a pacientes en estado crítico exigen monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y utilización de equipos altamente especializados; se relaciona básicamente con los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos, obstétricos, de cocina y de lavandería.

Este servicio debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- Contar con un área exclusiva y con circulación restringida
- Contar con un área de registro de los pacientes que ingresan al servicio
- Disponer de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico
- Disponibilidad del servicio las 24 horas

La diferencia entre el cuidado intensivo e intermedio es el requerimiento de equipos

3.3 Elementos humanos de las unidades de cuidados intensivos

Algunos de los elementos humanos que integran la UCI son: el propio paciente, su familia, personal de salud, de éste último grupo para fines del presente trabajo se incluirán únicamente al personal de enfermería, ya que son quienes llevan a cabo el cuidado crítico en las unidades de cuidados intensivos las 24 horas del día.

3.3.1 El Paciente en estado crítico

El paciente crítico se caracteriza por presentar alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.³⁰ El paciente es el centro de toda la actividad y requiere de una valoración e intervenciones constantes multidisciplinarias para recuperar su estabilidad, prevenir complicaciones y conseguir la respuesta óptima al tratamiento y cuidados. La enfermera a la vez realiza todas las actividades necesarias para el mantenimiento o recuperación de la estabilidad fisiológica, introduce intervenciones de apoyo para la adaptación del paciente a esta nueva situación o para la restauración de la salud, preservando siempre los derechos del paciente,³¹ los

cuales incluyen: recibir atención médica adecuada, recibir trato digno y respetuoso, recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, decidir libremente sobre su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado, ser tratado con confidencialidad, contar con facilidades para obtener una segunda opinión, recibir atención médica en caso de urgencia, contar con un expediente clínico, ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.³²

Inherente a la respuesta fisiológica del paciente a la enfermedad, está la necesidad de mantener la integridad psicológica y emocional, ya que no es raro que aparezcan sentimiento de deshumanización y amenaza a la dignidad de la persona debido al carácter de gravedad de la enfermedad con amenaza vital, la separación de la familia, la sobrecarga sensorial a la que se somete al paciente, al mismo tiempo que se le priva de los estímulos habituales de su entorno. El paciente crítico además de presentar una necesidad para su recuperación física y sobrevivir a la situación crítica, requiere también recuperarse con el mínimo sufrimiento.³¹

3.3.2 Criterios de ingreso a la UCI

La población de pacientes críticos puede mostrar una gran variedad de patologías, tanto médicas como quirúrgicas, que requieran ser admitidos en la UCI para su diagnóstico y monitorización, y/o el soporte orgánico.¹ La concentración de pacientes en estado crítico en áreas especiales ha permitido detectar y tratar de manera oportuna situaciones graves, que en muchos casos ponen en peligro la vida del enfermo, siendo la meta principal mantener las funciones sistémicas durante el estado crítico. Las áreas críticas incluyen urgencias, quirófano, recuperación posoperatoria y cuidados intensivos. Desde el punto de vista teórico son muchos los pacientes que, en un momento dado, pueden ser candidatos a ingresar a la UCI y, por ello, es necesario elaborar normas y criterios que permitan una selección idónea para mejor atención.

En el año de 1988 se publicaron las recomendaciones sobre los criterios de ingreso a UCI. El ingreso de paciente a una sala de UCI debe ser el resultado de la decisión compartida entre el médico tratante y el responsable del servicio. Según la Norma 025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados

intensivos, los criterios de ingreso se sustentan básicamente en dos modelos, uno basado en las funciones orgánicas y otro en prioridades de atención.

Modelo basado en las funciones orgánicas

- Pacientes que presentan insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades razonables de recuperación
- Pacientes que presentan alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo
- Pacientes con la necesidad de cuidados especiales o especializados, que solamente pueden ser brindados en UCI
- Pacientes terminales que presenten muerte cerebral y sean potenciales donadores de órganos
- Pacientes que requieran cuidados paliativos, que justifiquen su ingreso a la UCI.

Modelo de prioridades de atención

Distingue a aquellos pacientes que van a beneficiarse si son atendidos en la UCI, de aquellos que no.

Prioridad I: paciente en estado agudo crítico, inestable, con la necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo.

Prioridad II: pacientes que requieren de monitoreo intensivo y puede necesitar intervenciones inmediatas, como consecuencia de padecimientos graves agudos o complicación de procedimientos médicos o quirúrgicos

Prioridad III. Paciente en estado agudo crítico, inestable con pocas posibilidades de recuperarse de sus padecimientos subyacentes o por la propia naturaleza de la enfermedad aguda

Prioridad IV. Pacientes para los que la admisión en las UCI, se considera no apropiada. La admisión de estos pacientes debe decidirse de manera individualizada, bajo circunstancias no usuales y a juicio del médico responsable de la UCI.¹³ Es frecuente que se emplean el modelo basado en prioridades sin embargo existen otros modelos sugeridos por la JCHA (Joint Commission on Accreditation on Healthcare) el cual es un manual de mejora de calidad y de seguridad para las

UCI y estos son: modelo típico de política para admisión a la UCI, modelo basado en diagnósticos, modelo basado en parámetros objetivos.³³

Modelo típico de política para admisión a la UCI ³³

- Pacientes que requieren de ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria
- Pacientes que requieren de monitoreo hemodinámico invasivo o intravascular
- Diferentes estados de choque: cardiogénico, séptico, hipovolémico, y otros.
- Pacientes sometidos a reanimación cardiopulmonar con buenos resultados
- Pacientes que requieran de vasoactivos IV
- Pacientes que requieran de transfusiones masivas.
- Pacientes que por cirugía de alto riesgo requieran de evaluación fisiológica preoperatoria. Evaluación, tratamiento o ambos
- Pacientes posoperados que requieran de ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico, cuidados intensivos de enfermería o de monitoreo quirúrgico
- Pacientes con amenaza de insuficiencia respiratoria o ventilatoria que requieran tratamiento médico para la prevención de la intubación
- Sujetos intoxicados por drogas que satisfagan los criterios antes mencionados o que requieran de asistencia médica intensiva para su desintoxicación, tratamiento o ambos
- Pacientes que se tengan que someter a procedimientos diagnósticos y terapéuticos y que, por su seguridad, solo se deban efectuar en una UCI, por ejemplo: endoscopia, broncoscopia, diálisis, ultrafiltración arteriovenosa continua, inserción de marcapasos, tratamiento trombolítico, o algunos otros.
- Pacientes con alteraciones hidroelectrolíticas graves, metabólicas, endocrinas que ameriten una atención y vigilancia médica continua y estrecha, así como atención especializada de enfermería (cetoacidosis diabética, deshidratación grave, hipotermia, hipertermia y demás)

Modelo basado en diagnósticos ³³

Sistema cardiaco

- IAM
- Choque cardiogénico
- Arritmias complejas que requieran vigilancia monitorizada estrecha
- ICC con dificultad respiratoria.
- Urgencia hipertensiva
- Angina inestable, en particular con arritmias, inestabilidad hemodinámica
- Taponade cardiaco
- Bloqueo A-V completo

Sistema pulmonar

- Insuficiencia respiratoria aguda que requiera soporte ventilatorio
 - Embolia pulmonar con inestabilidad hemodinámica
-

- Paciente en terapia intermedia con deterioro respiratorio
- Necesidad de cuidados respiratorios
- Hemoptisis masiva
- Insuficiencia respiratoria con necesidad de intubación inminente

Trastornos neurológicos

- lesión cerebral aguda con alteración del estado mental
- Coma
- Hemorragia intracraneal con posibilidad de herniación
- Hemorragia aguda subaracnoidea
- Meningitis con alteraciones del estado mental o problema respiratorio
- Alteraciones del SNC
- Estado epiléptico
- Muerte cerebral o pacientes que sean donadores potenciales de órganos
- Vasoespasma
- Lesiones craneoencefálicas

Trastornos gastrointestinales

- Hemorragia gastrointestinal que pone en riesgo la vida
- Insuficiencia hepática fulminante
- Pancreatitis grave
- Perforación esofágica con o sin mediastinitis

Cirugía

- Pacientes posoperados que requieren de monitoreo hemodinámico, soporte ventilatorio o cuidados especiales de enfermería

Trastornos endocrinos

- Estado hiperosmolar con coma o inestabilidad hemodinámica
- Cetoacidosis diabética con inestabilidad hemodinámica
- Coma mixedematoso con inestabilidad hemodinámica
- Hiperpotasemia grave con alteraciones del estado mental
- Hipo e hipermagnesemia con alteraciones hemodinámicas o arritmias
- Hipo e hiperpotasemia con arritmias o debilidad muscular
- Hipofosfatemia con debilidad muscular
- Insuficiencia suprarrenal con inestabilidad hemodinámica

Otros

- Hiperpirexia neuroléptica maligna
- Choque séptico

Modelo basado en parámetros objetivos ³³

Signos vitales:

- Pulso ≤ 40 o ≥ 150 latidos por minuto
- Presión arterial sistólica ≤ 80 mmHg o 20 mmHg por debajo de la PA habitual
- PAM ≤ 60 mmHg
- PAD ≥ 120 mmHg
- Frecuencia respiratoria ≥ 35 respiraciones por minuto

Estudios de laboratorio:

- Na sérico ≤ 110 mEq/L o ≥ 170 mEq/L
- K ≤ 2 mEq/L o ≥ 7 mEq/L
- pH ≤ 7.1 o ≥ 7.7

- Glucosa sérica $\geq 800\text{mg/dl}$
- Calcio sérico $\geq 15\text{mg/dl}$
- Niveles tóxicos de fármacos o drogas o de otras sustancias químicas en pacientes con afección o inestabilidad hemodinámica o neurológica.

Radiología/tomografía/ultrasonido:

- Aneurisma disecante de aorta
- Hemorragia vascular cerebral, contusión o hemorragia subaracnoidea con alteraciones del estado mental o signos neurológicos focales
- Rotura de víscera, vejiga, hígado varices esofágicas o útero

Electrocardiograma

- IAM con arritmias complejas, inestabilidad hemodinámica.
- Taquicardia ventricular sostenida o fibrilación ventricular
- Bloqueo cardiaco completo con inestabilidad hemodinámica

Hallazgos físicos

- Pupilas desiguales en paciente inconsciente
- Quemaduras de más de 40% de la superficie corporal
- Anuria
- Obstrucción de la vía aérea
- Coma

Estado epiléptico

- Cianosis
 - Taponamiento cardiaco
-

3.3.3 Complicaciones de pacientes en UCI

El ingreso del enfermo en UCI no carece de riesgos. Los pacientes con enfermedad grave ingresados en una unidad de cuidados intensivos necesitan por lo general soporte vital avanzado con ventilación mecánica, vasopresores, fármacos inotrópicos o diálisis. La morbilidad asociada a cuadros críticos comprende complicaciones tanto de enfermedades agudas como crónicas, consecuencias iatrogenas y hospitalarias y deterioro de la calidad de vida en los supervivientes. Los pacientes en estado crítico están expuestos a mayor riesgo de muerte que cualquiera otra población hospitalizada, por tanto, los objetivos de los cuidados intensivos son disminuir la morbimortalidad, mantener la función orgánica y restaurar la salud.³⁴

De los pacientes diagnosticados con sepsis grave o shock séptico, el 51% van a desarrollar insuficiencia renal aguda, el 18% tendrán insuficiencia respiratoria aguda y el 80% desarrollarán una miopatía o una polineuropatía, lo que suele motivar la atención del paciente en la UCI. Aunque los pacientes en la UCI reciben atención

para una gran variedad de estados de enfermedad, las principales causas de muerte en la UCI son la disfunción orgánica múltiple, la insuficiencia cardiovascular y la sepsis (segunda causa principal de muerte en la UCI no coronaria). Las tasas de mortalidad general en los pacientes ingresados en la UCI de adultos se sitúan entre el 10% y el 29%, particularmente elevadas en casos de shock séptico con fracaso multiorgánico. Para la atención de estos pacientes se proponen 3 niveles de atención:

Nivel III (el más alto), que representa a los pacientes con disfunción de dos o más órganos, que dependen de fármacos y/o dispositivos para soporte hemodinámico, asistencia respiratoria o terapia de reemplazo renal.

Nivel II, que representa a los pacientes que requieren observación frecuente o intervención, incluido el soporte a un órgano, cuidados postoperatorios o los que provienen de niveles más altos de cuidados.

Nivel I (el más bajo), que incluye a los pacientes en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de cuidados, o cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.¹

Dada la multi invasión que presentan estos pacientes y los dispositivos invasivos con los que cuentan alteran las barreras de defensa natural, es común que se presenten infecciones.³⁵ Las cuales tienen gran impacto en la morbilidad y mortalidad, prolongación de estancia hospitalaria, aumento del coste sanitario, entre ellas están las Neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVVM) y las bacteremias relacionada a catéter venosos central (BRCVC). La mayoría de las infecciones que se diagnostican en las UCI se relacionan con dispositivos invasivos que alteran las barreras de defensa natural, y pueden favorecer la transmisión de agentes patógenos, que suelen tener elevadas tasas de resistencias antimicrobianas, forman parte de la flora de las UCI.³⁶

Según el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomiales en UCI las principales Infecciones nosocomiales son, la neumonía asociada a ventilación

mecánica, la infección urinaria asociada a sondaje uretral y la bacteremia primaria y relacionada con catéter.³⁵

La UCI son áreas pequeñas con una alta concentración de pacientes graves, y en ocasiones personal insuficiente para las demandas de trabajo; al igual que los pacientes en estas áreas son susceptibles a infecciones ya que la mayoría de pacientes presentan dispositivos invasivos y por lo tanto pérdida de las barreras naturales; ocasionando infecciones nosocomiales como: BRCVC, NAVM, ITUSV.³⁶

3.3.4 Sistemas de estandarización de la Gravedad

La gravedad de una enfermedad está relacionada con las probabilidades de causar muerte del paciente, con la intensidad y duración de las alteraciones funcionales que provoque, y con el tiempo de recuperación. La gravedad es equivalente al pronóstico vital o funcional del paciente.

Medir la gravedad del paciente nos ayuda a realizar un pronóstico, fundamentalmente en términos de mortalidad. En la actualidad se utilizan mayoritariamente 3 grandes grupos de escalas de gravedad utilizadas en la predicción de mortalidad: escala de Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE), la Simplified Acute Physiology Score (SAPS) y la Mortality Prediction Models (MPM), las cuales son herramientas fundamentales para evaluar la calidad asistencial, asignar recursos, tomar decisiones individuales, realizar y analizar ensayos clínicos y evaluar tratamientos que han tenido diferentes versiones; estas escalas transforman su valor numérico, mediante una función logit, en probabilidad de mortalidad hospitalaria, agrupando los pacientes en términos de probabilidad de muerte.^{37, 30} El modelo de predicción de mortalidad más usado es el APACHE II.³⁸

Aunque existen muchos factores relacionados con la mortalidad (edad, comorbilidad, diagnóstico de admisión en la UCI, etc.), la gravedad de las anomalías fisiológicas son su determinante fundamental.³⁷

Otros modelos utilizados son para la cuantificación de la disfunción de órganos como el “Multiple System Organ Failure Score” (MSOF), el “Multiple Organ Dysfunction Score” (MODS), el “Logistic Organ Dysfunction Score” (LODS) y el

“Sequential Organ Failure Assessment Score” (SOFA) han demostrado también gran utilidad para pronóstico de supervivencia de acuerdo con su valor inicial y con la variación en la puntuación en los primeros días.³⁸

La escala APACHE (acute physiological and chronic health evaluation) es la escala mejor conocida para determinar el pronóstico de los pacientes, tiene en consideración los trastornos fisiológicos agudos y también la comorbilidad previa del paciente, donde incluye 12 parámetros fisiológicos.³⁹

3.3.5 Estrés del paciente en UCI

El ambiente de UCI se puede tornar como un medio agresivo e inusual y que puede resultar extraño o desconocido para los pacientes, privándoles de sus interacciones y sensaciones habituales, además de suponerles una pérdida significativa en la toma de decisiones. El paciente en estado crítico es una persona que es aislada abruptamente de su entorno socio-familiar y que puede tener una amenaza importante y repentina para su integridad. Cabe destacar que para que haya estrés, se necesita la existencia de un factor estresante o estresor, el estresor es estímulo o situación que produce respuesta al estrés. El paciente en estado crítico está sometido a estresores y factores de riesgo propios del ambiente de la UCI, y pueden incidir en su recuperación. El ruido, la temperatura del medio, la iluminación ambiental, la deprivación sensorial y la deprivación del sueño son factores que afectan la recuperación del paciente en la UCI y que se han asociado con el desarrollo de eventos adversos.⁴⁰ Algunos de los factores estresantes en cuidados intensivos son:

- La admisión al lugar que por sí mismo supone una amenaza vital y sentir de cerca la muerte dado lo complejo del proceso salud – enfermedad
- La elevada instrumentalización de los cuidados, el ambiente sofisticado y la abundancia de elementos tecnológico
- La ausencia de actividades de recreación o distracción; el ambiente monótono y las rutinas similares cada día

- La interrupción del ritmo cotidiano y circadiano. El establecimiento de nuevos horarios, la separación de las pertenencias personales, de los seres queridos, de la familia y el abandono de las interacciones comunes (trabajo, casa).
- La pérdida de la autonomía, la identidad, la personalidad y la integridad social pues se debe aceptar el desconocimiento, el no control de la situación y la adopción de un rol pasivo.
- El sometimiento a procedimientos que crean o pueden crear un sentimiento de humillación al trasgredir la privacidad: ser despojados de la ropa, tener constantemente exámenes físicos que requieren de la desnudez o exposición del cuerpo, perder la independencia para la realización de actividades de aseo, alimentación, autocuidado. No poder acceder al baño y tener que usar accesorios especiales (pato, orinal) para la eliminación.
- La continua y permanente estimulación sensorial y física con alarmas, ruido, olores, iluminación artificial y técnicas o procedimientos invasivos constantes que pueden provocar dolor, alterar el sueño, la movilidad, la capacidad de comunicación y la alimentación.
- El uso de medicamentos que pueden afectar la lucidez y la agudeza mental.
- La infraestructura, habitaciones separadas pero unas muy próximas a las otras en las que hombres y mujeres están juntos con una amplia visibilidad lo que favorece el que se observe y escuche todo lo que ocurre alrededor.
- Las experiencias previas y las creencias culturales.⁴¹

En un estudio realizado por Ayllón Garrido et al. los factores ambientales desencadenantes de estrés en UCI fueron: sed (62,6%), dificultad/imposibilidad para dormir (42,9%), tubos en nariz o boca (35,2%) y no saber la hora (34,1%).⁴⁰ Otras investigaciones demuestran que tener tubos en nariz o boca, sentir dolor, incapacidad para dormir, escuchar timbres y alarmas de los equipos médicos, tener sed, y no tener control de uno mismo fueron considerados por los pacientes como los principales factores de estrés.⁴²

Actualmente existe varias escalas utilizadas para valorar los estresores, una de ellas es la escala de EETI (Escala de estresores en terapia intensiva), la cual fue utilizada

en un estudio que reveló que los principales estresores fueron: quedarse mirando al techo, sin poder realizar actividad alguna; el no tener privacidad; no saber qué día es y escuchar los gemidos de otros pacientes. Esta escala tiene 50 ítems a valorar, algunos autores la han modificado para su utilización.⁴³

Según los autores Cañón Montañez W. y Rodríguez Acelas A. identificaron que los principales estresores en UCI son:

Factores ambientales y estresores en la UCI

1. Tener tubos en la boca y nariz
2. Sentir dolor
3. Tener sed
4. Dificultado o incapacidad para dormir
5. Escuchar timbres y alarmas de equipos médicos
6. No poder hablar
7. No tener control de uno mismo
8. Tener luces encendidas frecuentemente
9. Tener las manos atadas en algún momento

Que no le acompañe ningún familiar cercano⁴²

Otro factor importante que es considerado como estresor, es el ruido, ya que repercute sobre la recuperación del paciente, con aparición de efectos psicológicos y fisiológicos, alterando la calidad del sueño, así como incrementando los días de estancia^{44,45}; sumándose a eso el ruido que se genera en la UCI, por los equipos médicos y factores humanos (conversaciones, visitas, cierre y aberturas de puertas, etc.). En un estudio realizado en un Hospital en Colombia registró que el nivel de ruido producido en UCI es de un promedio de 52-84 dBA (decibeles); se considera que por encima de 65 dBA se producen efectos sobre el sistema hipotalámico adrenal alterando la frecuencia cardiaca y aumentando el riesgo a complicaciones, e interrupción de sueño, llevando a la conclusión que el ruido en UCI supera los valores recomendados por la OMS los cuales son de (35 dBA por día y 30 dBA por noche).⁴⁴

3.3.6 Familia

La familia del paciente crítico también sufre crisis por la enfermedad de su ser querido y el entorno desfavorable que representa la UCI. La familia se ve amenazada por la separación que supone el ingreso en la UCI, pierde su papel ante el enfermo, deja de sentirse útil y surgen sentimientos de abandono y desesperanza.³¹

El estrés, generado por ver comprometida la salud de su ser querido genera incertidumbre, la autora Mishel hace mención que la amenaza de muerte y la sintomatología de la enfermedad están relacionadas a la incertidumbre induciendo a una situación de ansiedad, nerviosismo, depresión, desesperación, miedo, e incluso, a veces, ira y hostilidad entre otras consecuencias psicológicas.⁴⁶ Diversos estudios sostienen que la hospitalización en UCI produce alteraciones psicológicas y sociales en la persona enferma como el los familiares, produciendo niveles altos de ansiedad y depresión.⁴⁷

La falta de comunicación entre el personal de salud con el familiar es un factor agravante de la incertidumbre ya que no se obtiene la información suficiente para aclarar las dudas, teniendo en cuenta que aparte el familiar se encuentra en una situación la cual puede alterar su percepción de la realidad y dificultar la comprensión adecuada de la información que recibe; el hecho de saber qué se está haciendo por el paciente, que se le está dando el mejor cuidado posible, recibir respuesta a las preguntas con honradez y sentir que hay esperanza, son algunas de las necesidades que si están cubiertas aportan seguridad a los familiares.³¹

En la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel menciona que no existe solución contra la incertidumbre, pero si algunos factores que puedan influenciar para disminuirla, o aceptarla como parte de la realidad en que se vive, reinterpretandola como una oportunidad que origina un nuevo punto de vista de la vida regido por la probabilidad. El paciente o familia debe confiar en el personal sanitario, al igual que este debe adoptar la creencia en la oportunidad. Si la incertidumbre se acepta como parte de la vida, esta puede convertirse en una fuerza

positiva que ofrezca múltiples oportunidades para alcanzar el buen estado de ánimo con una visión más optimista de la vida.⁴⁶

Se han realizado diversos estudios que abordan las necesidades de la familia, a mediados de los años 70 apareció el primer trabajo referido a la importancia de la atención de las necesidades de los familiares del paciente crítico; Molter creó la primera versión del Critical Care Familiars Needs Inventory (CCFNI), en donde se realizó una encuesta a estudiantes de enfermería donde plasmaron las necesidades que ellas veían que los familiares requerían. En 1983, Molter y Leske crearon la versión definitiva del cuestionario CCFNI, con algunas modificaciones, donde clasificaron 45 necesidades de los familiares del paciente crítico. El cuestionario abarca la necesidad de apoyo, el confort, la información, la proximidad y la seguridad. Siendo las necesidades de información y seguridad las más importantes. Este cuestionario tiene dos variantes: el need met inventory y la versión breve del CCFNI. El needs met inventory (NMI) de Warren, mide las necesidades que han sido satisfechas durante la estancia en UCI. En cuanto a la versión breve, Harvey (1993) redujo la lista de ítems del CCFNI de 45 a 14 ítems tipo Likert, con los que se pretendía medir la capacidad de los profesionales para satisfacer las necesidades de los familiares del paciente de UCI. Posteriormente, Johnson y Col validaron esta versión breve.⁴⁸

Otras necesidades detectadas de la familia son necesidades cognitivas (necesidad de recibir información clara sobre el diagnóstico y pronóstico), emocionales (consecuencia de la tristeza por la enfermedad, necesidad de esperanza y seguridad), sociales (necesidad de mantener relaciones con amigos para recibir apoyo emocional) y prácticas (aspectos ambientales que pueden mejorar el bienestar durante su ingreso en UCI).⁴⁹ Es de vital importancia el comunicar la información sobre lo que está ocurriendo durante el proceso de enfermedad, estableciendo un ambiente confortable, informando de forma privada, animar al familiar a preguntar dudas y utilizar un lenguaje comprensible. La información proporcionada debe ser veraz, fehaciente, constatada, suficiente, no innecesariamente alarmista, no conscientemente tendenciosa. Esto para evitar que exista un desacuerdo en la información transmitida.⁵⁰

Los familiares son una parte importante en el proceso de enfermedad del paciente crítico, puesto que contribuyen de manera significativa a una buena evolución de su enfermedad, ya que participan conjuntamente con el equipo multidisciplinario y cuando el paciente está consciente son un apoyo emocional para él; por lo que se da importancia a la necesidad de proximidad entendida esta como los aspectos relacionados con la visita.

A través de la visita se da la interacción entre el paciente crítico y la familia, investigaciones hacen relevancia que la visita además de no perjudicar al paciente equilibra las necesidades de los pacientes y de las familias mejorando la comunicación. La visita abierta tiene beneficios sobre los familiares de los pacientes, así como del paciente crítico, y la cual es una petición recurrente de los familiares.⁵¹

3.3.7 Importancia de las visitas a UCI

Las unidades de cuidados intensivos se conocen como espacios cerrados, debido a la alta complejidad de los pacientes que allí se manejan, por esa razón, las visitas se han convertido en un aspecto de gran importancia, ya que influyen en la satisfacción de las necesidades de los pacientes, familia y las creencias del personal de salud.

Se pensó que las visitas en los pacientes en la UCI tenían efectos deletéreos, por su estado de salud, por lo que se implementó en las UCI espacios cerrados con un perfil restrictivo que aún permanece en las políticas de visita.

En 1988, Stockdale y Hughes, realizaron un estudio con enfermeras de 197 UCI, en el cual encontraron que la mayoría de dichas unidades limitaba el número de las visitas, el tiempo de cada una de ellas, la edad mínima de los visitantes y la cantidad de acompañantes permitida, en 1992, Hopping y colaboradores, reportaron políticas de visitas similares.

El servicio de salud pública de Estado Unidos en 1962 estableció recomendaciones sobre visitas limitadas a 5 minutos cada hora y la provisión de una sala de espera cercana a la unidad; en 1965, surgieron modificaciones a las restricciones, basadas en la condición del paciente y en la habilidad del personal para manejar a los

visitantes, aspectos que todavía influyen de manera significativa en los actuales lineamientos.⁵²

Las leyes y normativas no son el único factor que toma parte en las decisiones respecto a las políticas de visitas en la UCI, pues es evidente que las creencias y las actitudes del profesional de enfermería desempeñan un papel esencial en el proceso desde que les fueron otorgadas facultades para decidir acerca de su liberalización o no.⁵² En un estudio realizado en una clínica de Navarra se comprobó que la política de visita en UCI se puede ver modificada por parte del personal de enfermería, flexibilizándola en ciertas ocasiones, los factores que influyeron fueron el juicio clínico, creencias, actitudes de los profesionales y cultura de la unidad.⁵³

Se ha demostrado que el personal de salud especialmente las enfermeras que trabajan en la UCI no están de acuerdo en las visitas abiertas por que ellas creen que repercute de manera negativa en el paciente, sin favorecer a su recuperación, favoreciendo el agotamiento de los pacientes y familiares, generando en el paciente estrés, descompensación hemodinámica, incrementando su nivel de estrés, infringiendo con su privacidad e incrementando el riesgo de infección; por parte del personal de salud genera sensación de control por los familiares. Sin embargo, no existe de evidencia científica que lo sustente, por el contrario, se ha demostrado que existe un efecto benéfico en el paciente, familia y el equipo de salud, con la utilización de una política flexible de visitas en la UCI.

Diversos estudios reportan beneficios en las visitas flexibles, como aumento en la satisfacción laboral, incremento de las oportunidades sobre educación continua del paciente y familia, mejora del proceso de comunicación fortaleciendo el vínculo familia-enfermera-paciente, creando entorno de confianza.⁵² Cada hospital tiene políticas distintas generalmente se basa en una o 2 hrs de visita al día y en ocasiones con restricciones del número de acompañantes, el aislamiento que se produce del enfermo respecto a la familia tiene repercusiones para ambos aumentando la ansiedad y angustia.

3.3.8 Beneficio de las visitas

Molter identifica que una de las necesidades de los familiares de los pacientes críticos era la proximidad, refiriéndose a la necesidad de mantenerse cerca de su ser querido; La visita tiene importantes beneficios para el paciente crítico y su familia.^{52,49,53-54}

En variados estudios se ha confirmado que la ansiedad, el dolor y la separación familiar contribuyen al sufrimiento del paciente crítico, las visitas flexibles a pacientes críticos incrementan la satisfacción familiar, reducen el estrés y satisfacen las necesidades de la familia (cognitivas, emocionales, sociales y practicas), permiten participación del familiar en el cuidado del paciente, Pardavila y Vivar demostraron que las visitas con horarios flexibles ayudan a que los familiares se sientan participantes en el cuidado integral del paciente, disminuyendo niveles de ansiedad en ellos, aumentando la satisfacción.^{47,49,52,54,55} El incorporar a la familia en los cuidados del paciente, contribuye la recuperación favoreciendo el cuidado y al cuidador, en un estudio realizado en hospitales de España se encontró que los familiares participan en el cuidado del paciente con un 11% en higiene, administración de comida un 80.5% y fisioterapia 17%, contribuyendo de manera positiva en el cuidado del paciente y su recuperación.^{55,49}

La mayoría de las UCI mantienen visitas restrictivas, en España se encontró que un 67.7% mantiene visitas a un número de 2 al día, de 30-60 min de duración, un 4% con horario abierto las 24 hrs, 9.8% mantienen el horario diurno, en Colombia se encontró que el 90% de las UCI mantiene visitas limitadas, con visitas a un número de 2 veces al día, de 15min a 2hrs.

Los reportes indican que el porcentaje de visita abierta las 24hrs en las UCI es de un 70% en Suecia, Francia con solo un 3%, en Italia se maneja solo el 1%, en Inglaterra el 32% con restricciones que se limitan a la edad de los visitantes, numero de acompañantes, entre otros aspectos.^{52,54,57}

En los Hospitales de Estados Unidos el 44% de las UCI mantienen horario abierto diurno; el 31% no ejerce restricciones, excepto durante las rondas de enfermería o cambios de turno, y un 14% de las unidades mantienen políticas abiertas de forma

continua, independientemente de las actividades del personal de salud; existe importantes evidencias sobre los efectos benéficos de las visitas abiertas en la UCI para el paciente, familia y personal de salud; sin embargo la mayoría de los hospitales restringen las visitas. Existe una necesidad de implementar una política de visitas libre, pero el cambio no es fácil, conlleva un esfuerzo de salir de la zona de seguridad en que se está acostumbrado, puesto que son mayoría las unidades con visitas restringidas.⁵²

No obstante, en algunos casos los familiares a cuidadores pueden sentirse obligados a permanecer cerca del paciente en todo momento lo que pudiera originar cansancio y fatiga, por lo que es de vital importancia el hacer rotaciones de familiares para permitir que ellos descansen.

3.3.9 Personal de salud

Perfil del equipo multidisciplinario.

El abordaje clínico a los enfermos críticos es multidisciplinario, pero suele estar bajo la responsabilidad del especialista en medicina intensiva.¹

La UCI representa una de las áreas más desgastantes, al tener pacientes en estado de gravedad los cuales necesitan una mayor asistencia y atención, (cada uno de estos pacientes requiere de 8-12 hrs dependiendo su gravedad)¹⁷ representando una alta responsabilidad para el personal. Por lo que es necesario que personal de salud cuente con ciertas habilidades y perfil, como:

- Alta resistencia al estrés.
- Resistencia física elevada.
- Rasgos de personalidad específicos.
- No labilidad emocional.
- Alta resistencia a la frustración.⁵⁵

Las competencias de enfermería generales para trabajar en UCI serían las siguientes:

- Administración del cuidado de enfermería.
- Implementación del cuidado de enfermería de mayor complejidad.

- Toma de decisiones.
- Liderazgo.
- Comunicación: la habilidad comunicativa es fundamental para que haya interacciones adecuadas y productivas.
- Educación continuada/permanente.
- Administración de recursos humanos.
- Administración de recursos materiales.⁵⁶

Personal de Enfermería preferentemente con especialidad en medicina crítica y cuidados intensivos o en su caso, licenciatura con título expedido por una institución de educación superior o institución de salud reconocida oficialmente, así como personal de nivel técnico con diploma expedido por una institución de educación media superior o de salud reconocida. El personal de enfermería profesional debe estar actualizado en cursos de entrenamiento y capacitación en cuidados al enfermo en estado crítico¹³; al igual que ejercer un criterio clínico utilizando el pensamiento crítico, el cual fomenta la comprensión de los problemas y permite encontrar respuestas con rapidez a situaciones difíciles, reforzando la capacidad de identificar necesidades de un paciente y permite la toma de decisiones.

3.3.10 Funciones y obligaciones del personal del servicio

La formación basada en competencias garantiza un aprendizaje más transparente, de calidad objetiva, actualizada y homogéneo. La atención a un enfermo crítico requiere conocimientos, habilidades, comportamientos y actitudes. Con el fin de estandarizar la formación de Medicina intensiva, la European Society of Intensive Care Medicine ha elaborado el documento Competence Based Training programme in Intensive Care medicine for Europe (CoBaTrICE), el cual agrupa en 12 dominios las 102 competencias relacionadas con la medicina intensiva, que abarcan, aspectos relacionados con la reanimación y manejo inicial del enfermo grave, la evaluación y manejo de la enfermedad, intervenciones terapéuticas y de soporte orgánico, procedimientos prácticos, cuidado perioperatorio del enfermo crítico, confort y recuperación, la atención pediátrica, la atención a pacientes terminales, el transporte del enfermo crítico, seguridad del paciente y aspectos relacionados con

el profesionalismo. Esto para que el médico tenga las competencias en el abordaje de las enfermedades.¹

Según las directrices de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, las competencias genéricas de la enfermería intensiva incluyen: prestar atención integral al individuo resolviendo, situaciones críticas de salud; cuidar enfermos; diagnosticar, tratar y evaluar de forma efectiva y rápida respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud que amenazan la vida; establecer una relación efectiva con el enfermo y su familia para facilitarles el afrontamiento adecuado; asesorar y educar a los pacientes y familiares; desarrollar la base científica necesaria para la práctica de la enfermería intensiva.⁵⁷

Es necesario contar con las competencias necesarias, al igual para disminuir los efectos adversos o incidencias causadas muchas veces por falta de conocimiento, falta de experiencia y/o sobrecarga laboral.

3.4 Evento adverso e incidentes adversos

Los servicios de medicina intensiva son lugares con un alto riesgo de incidentes y eventos adversos, los cuales muchas están relacionados con la atención sanitaria como:

- Medicación (incidencia entre 4,3% y el 47%, puede afectar hasta un 30% de los pacientes) favorecidos por la gran cantidad de medicación que precisan y el uso de bombas de infusión continua. Errores más frecuentes se producen en la prescripción y transcripción.
- Vía aérea (indecencia varía entre el 9 y el 32%). La mayoría relacionados con la intubación orotraqueal, obstrucción y retirada no deseada del tubo orotraqueal, y el fracaso de la extubación.
- Accesos vasculares: representan una incidencia de 15-22%. Las complicaciones mecánicas tienen una incidencia den entre 5- 19%; trombóticas, del 26%, y la retirada accidental del catéter el 7,5%. La mayoría de ellas se consideran evitables

- Mal funcionamiento de los equipos: Su incidencia es entre el 8 y el 17%. La mayor parte de ellos están relacionados con las bombas de perfusión y respiradores
- Error en el diagnóstico/tratamiento: En un estudio se demostró que el 8,1% de los pacientes presentaron evento adverso relacionado con errores diagnósticos. En los estudios necrópsicos pueden detectarse entre un 27 y un 45%. Se ha podido comprobar que hasta un 3% presentaba lesiones cuya detección hubiera podido cambiar el tratamiento e incluso la evolución del paciente.
- Infección nosocomial: Se considera un gran problema de seguridad. Pueden aumentar la morbimortalidad, e incrementan también la estancia hospitalaria. La Neumonía asociada al ventilador (NAV) es la infección nosocomial más frecuente y la principal causa de muerte en la UCI.⁵⁸

3.5 Conceptos bioéticos aplicados a la medicina intensiva

Las buenas decisiones clínicas deben argumentarse prudentemente en un sistema de referencia moral, aceptado por la totalidad de las sociedades desarrolladas, que pueden permitirse el disfrute de una Medicina avanzada. Este sistema parte de dos premisas:

1. Ontológica: “el hombre es persona y, en cuanto a tal, tiene dignidad y no precio”
2. Ética “Todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto”

Deontológicamente, la bioética se fundamenta en 4 principios:

- Justicia. Equidad en las prestaciones asistenciales. En la UCI se traduce en que todos los pacientes críticos deben gozar de las mismas oportunidades, y en que se debe tratar de conseguir el mejor resultado al menor costo económico, humano y social.
- No maleficencia. No se puede obrar con intención de dañar. Viene a expresar que sólo se debe tratar con aquello que esté indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado

- Beneficencia. Se debe actuar buscando el bien del paciente, siempre y cuando el paciente lo acepte.
- Autonomía. Toda persona competente es autónoma en sus decisiones. Refleja el derecho del paciente crítico competente a aceptar o rechazar un tratamiento, a elegir entre las alternativas terapéuticas o, en caso de incapacidad, a ser representado por un subrogado o a ser tutelado judicialmente.⁵⁹

Cuidado es la acción de preservar, guardar, conservar o asistir, que implica ayudar a otro a incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él, por ello el cuidado involucra la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado.

Como parte del cuidado proporcionado por enfermería hay situaciones críticas donde se hace necesaria una mayor experiencia de la enfermera que atiende la situación, como en el ámbito de unidades de cuidados intensivos donde resulta difícil manejar un entorno altamente tecnificado, donde las situaciones críticas pueden desembocar en la muerte del paciente y donde, a la vez, se han de proporcionar cuidados de calidad y humanizado, no obstante cuando la atención está muy focalizada en el mantenimiento o en salvar la vida de los pacientes, puede aparecer un mayor riesgo de “desatención”.

3.6 Estrés en UCI

La UCI es un servicio en donde se atienden pacientes con alta complejidad, el personal de salud enfrenta diariamente a situaciones de vida o muerte, el trabajo es física y emocionalmente agotador; llevando al personal a situaciones de estrés.⁶⁰

La profesión sanitaria es considerada como la principal generadora de estrés,^{31,32} según investigaciones la UCI es vista como un ambiente lleno de tensiones y traumas, en una encuesta realizada a 1800 profesionales de enfermería, el 93% de ellos refirieron estrés en UCI, esto confirmado con otros estudios los cuales revelaron que el ambiente en UCI es estresante, más que otras áreas del hospital,^{61,62,63} debido a: un medio totalmente instrumentalizado y de alta tecnología; medio físico cerrado y en numerosas ocasiones sin luz natural; generador de altas dosis de ruido; contacto continuo y diario con situaciones de gravedad extrema; muerte de personas a las que se ha dedicado días, semanas o incluso meses para lograr la superación de su enfermedad; relación estrecha con familiares angustiados por la situación a la que se ven sometidos; manejo, cuidados y tratamientos a personas con escasas o nulas perspectivas de recuperación; turnos rotatorios por mañana, tarde y noche.^{55,64}

Otros factores involucrados en la generación del estrés son: la sobrecarga laboral, siendo éste el aspecto más destacado por los profesionales de enfermería en UCI, generando agotamiento profesional según el estudio realizado por González y colaboradores, se encontró que los enfermeros que atienden más de 15 pacientes por día presentan un aumento en la incidencia de síndrome de Burnout. Haciendo referencia que el agotamiento depende de la sobrecarga laboral y falta de experiencia.⁶⁵

El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y recursos poniendo a prueba su capacidad para afrontar la situación.⁶³ El estrés ha sido uno de los problemas que más se han presentado en el equipo de enfermería en UCI, causando desgaste físico y mental favoreciendo al surgimiento de trastornos como depresión, ansiedad, baja productividad y síndrome de Burnout (SB).^{60,61 62}

3.7 Revisión sistemática

Las revisiones sistemáticas (RS) son investigaciones científicas en las cuales la unidad de análisis son los estudios originales primarios, a partir de los cuales se pretende contestar a una pregunta de investigación claramente formulada mediante un proceso sistemático y explícito. Por eso se las considera investigación secundaria («investigación sobre lo investigado»). Constituyen una herramienta esencial para sintetizar la información científica disponible, incrementar la validez de las conclusiones de estudios individuales e identificar áreas de incertidumbre donde sea necesario realizar investigación. Además, son imprescindibles para la práctica de una medicina basada en la evidencia y una herramienta fundamental en la toma de decisiones médicas.⁶⁶

Las estrategias de las RS son:

- Método sistemático para la búsqueda de todos los artículos potencialmente relevantes
- Selección, mediante criterios explícitos y reproducibles, de los artículos que serán incluidos en la revisión
- Síntesis de los datos obtenidos y la interpretación de los resultados
- Se establece una pregunta estructurada, problema clínico bien definido.

3.7.1 Etapas de una revisión sistemática

- Definición de la pregunta clínica de interés y los criterios de inclusión y exclusión de los estudios.
- Localización y selección de los estudios relevantes.
- Extracción de datos de los estudios primarios.
- Análisis y presentación de los resultados.
- Interpretación de los resultados.

La RS siempre es posible mientras que el metaanálisis (MA) solo a veces. Sin embargo, cuando se cumplen las condiciones para realizarlo, el MA aporta información muy útil y manejable para facilitar la comprensión acerca del efecto de un tratamiento o intervención, tanto en general como en grupos específicos de pacientes.⁶⁷

El número de publicaciones científicas se ha multiplicado, lo que hace necesario encontrar fórmulas que permitan sintetizar la información más relevante para que resulte más práctica

Prisma se ha concebido como una herramienta para contribuir la claridad y transparencias en la publicación de revisiones sistemáticas (RS).⁶⁶

En el año 2009 se publicó la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), una actualización y ampliación de QUOROM consistente en una lista de comprobación estructurada de 27 ítems PRISMA sigue la estructura básica de un artículo científico, detallando los contenidos específicos que deberían reportarse en cada sección. También propone la utilización de un diagrama de flujo para ilustrar el proceso de la revisión.

La finalidad de PRISMA es ayudar a los autores de una RS (con o sin metaanálisis) a partir de ensayos clínicos u otro tipo de estudios los aspectos clave que deberían considerar a la hora de publicar su trabajo en forma de artículo en una revista biomédica, para mejorar el proceso de revisión de los manuscritos y el producto final que se publica. Los 27 ítems de la declaración PRISMA se clasifican en 7 secciones, que son las clásicas IMRD de cualquier artículo original (introducción, métodos, resultados y discusión), con dos secciones previas (título y resumen) y una posterior (Financiación). Con PRISMA se elabora, revisa y valora las RS y MA, dos artículos esenciales de “infoxicación” en el que nos movemos.⁶⁸

IV. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión integradora en relación con el tema de cuidado crítico, los datos resumidos y comparados permitieron obtener conclusiones generales sobre lo que es y cómo se puede mejorar el cuidado brindado al paciente crítico.

Los pasos que siguieron en este trabajo y que se recomiendan para una revisión integradora son los siguientes: 1) formulación del problema en la que se estableció el tema y su delimitación, 2) recolección de datos o definiciones sobre la búsqueda de la literatura. Se establecieron los descriptores y criterios para la búsqueda de los artículos, 3) evaluación de los datos, se seleccionaron los artículos que respondieron a los criterios que se establecieron, de acuerdo primero a la lectura del título del artículo, en segundo lugar a la información del resumen y en tercer lugar al contenido del artículo completo, 4) análisis de los datos, para lo cual se clasificaron y organizaron los artículos de acuerdo a cada base de datos y a sus características y 5) presentación e interpretación de los resultados, para esta actividad se elaboró una tabla y esquemas de concentrado de los datos de los artículos identificados.

Para ello se siguió un proceso de análisis sistemático y sumariado de la literatura lo que permitió identificar información relacionada con lo que es el cuidado crítico y a partir de ello discutir lo que lo que puede ser, de acuerdo con las siguientes preguntas ¿Que se escribe y se publica sobre el cuidado crítico?, ¿Cuánto se publica sobre el cuidado crítico?, ¿De quién se publica sobre el cuidado crítico?

La búsqueda fue realizada a partir del mes de septiembre a diciembre de 2017 en las bases de datos electrónicas Latinoamericanas: SciELO (Scientific Electronic Library Online) y LILACS (Literatura Latino-americana y del Caribe en Ciencias de la Salud), ya que son de libre acceso y son de acuerdo a diversas bibliografías las más empleadas, LILACS siendo el más importante abarcador índice de la literatura científica y técnica en Salud de América Latina y Caribe,⁶⁹ y la base de datos Scielo cuenta con información científica que cubre 14 países latinoamericanos.

Los criterios de selección fueron: estudios relacionados a la temática cuidado crítico, que fueran del área de enfermería, escritos en español, disponibles

electrónicamente en forma completa, publicados en el periodo de tiempo de 2013 a 2017, se decidió que fuera de los últimos 5 años ya que es el tiempo que se considera que tienen vigencia los datos de las investigaciones.

Se excluyeron artículos duplicados, monografías, disertaciones, tesis, editoriales y casos clínicos. Para seleccionar los artículos se utilizaron los descriptores Cuidados críticos, enfermería, terapia intensiva, UCI, de acuerdo con DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), se realizaron combinaciones de estas palabras clave utilizando el operador boleano “and”.

V. RESULTADOS

De las dos bases de datos utilizadas Scielo y LILACS se encontraron 19 artículos.

En relación con la base de datos Scielo se encontraron un total de 638 resultados al combinar los descriptores por medio del conector AND, al realizar el cribado de artículos de los últimos 5 años e idioma en español resultaron 80 artículos, de los cuales al descartar los no relacionados con el tema (45 artículos) y los repetidos (20 artículos), dio un resultado total de 15 artículos. En la figura 1 se muestra la combinación de los descriptores de la base de datos Scielo por medio del conector AND.

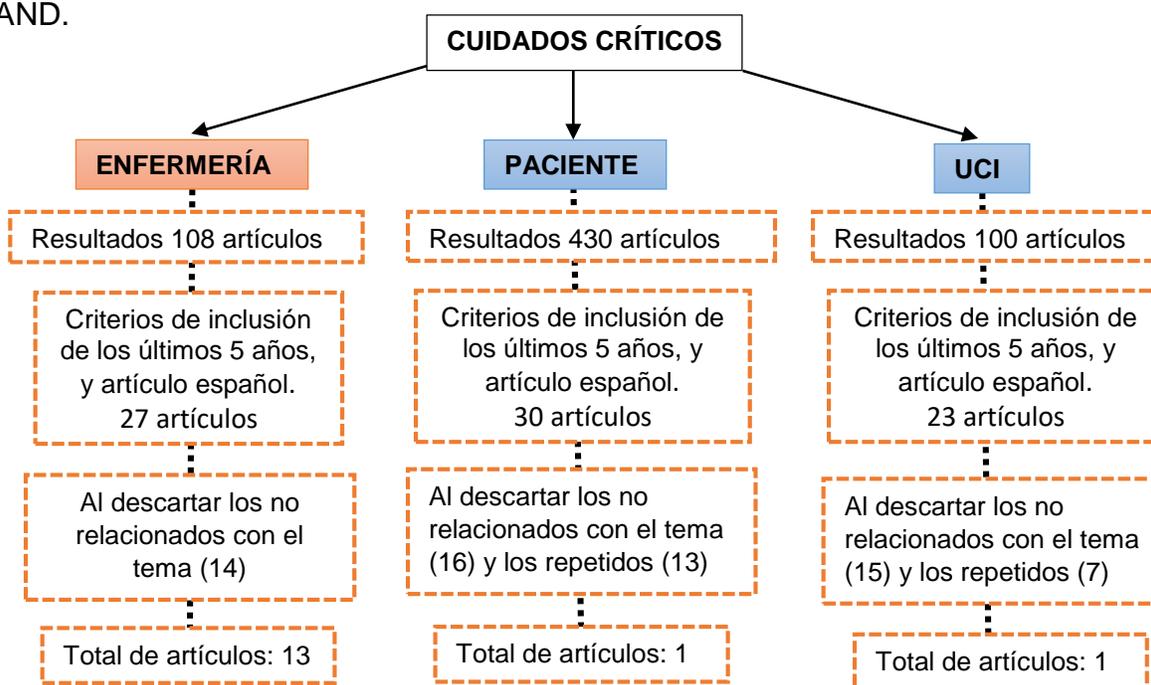


Figura 1. Resultados obtenidos según la combinación de los descriptores de la base de datos Scielo.

En la base de datos LILACS, utilizando los mismos descriptores que en la base de datos Scielo y combinados por medio del conector AND, resultaron 1779 artículos, realizando el cribado de los últimos 5 años e idioma español se obtuvieron 117 artículos, de los cuales se eliminaron los no relacionado con el tema (82 artículos), los repetidos (18 artículos), los de acceso solo al resumen (9 artículos) y a los que tuvieron el error 240 (4 artículos), quedo un total de 4 artículos. En la figura 2 se

muestra la combinación de los descriptores de la base de datos LILACS por medio del conector AND.

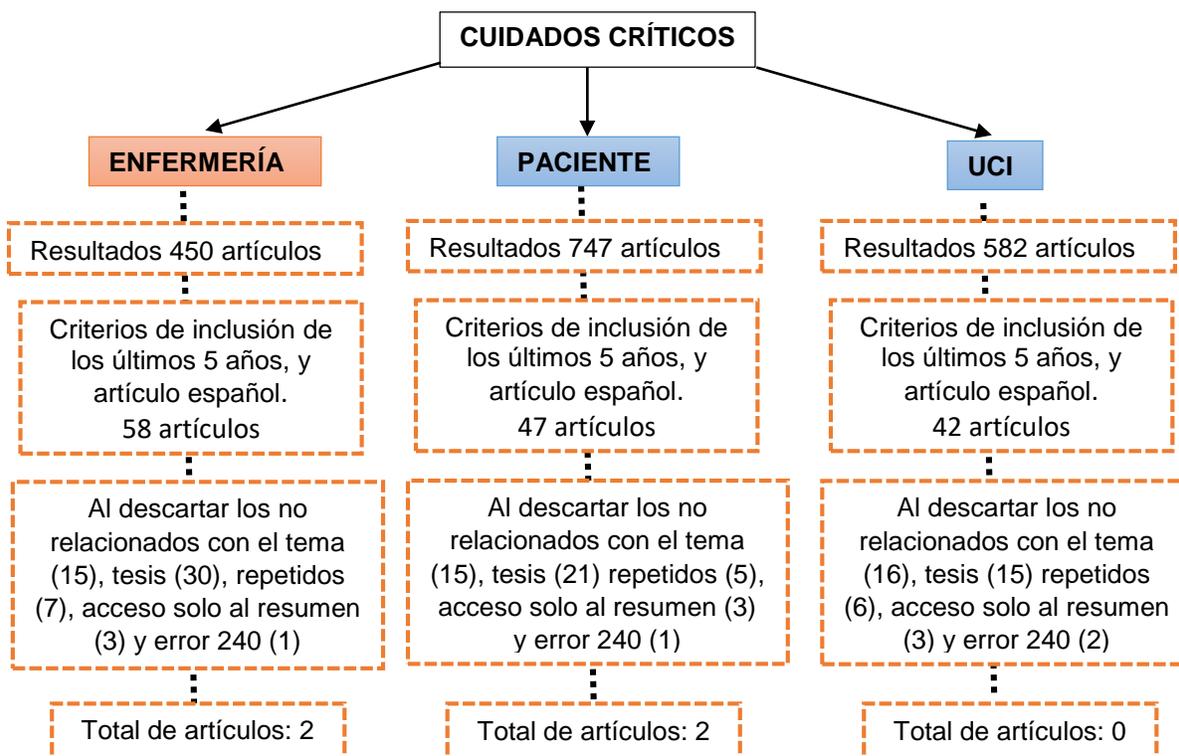


Figura 2. Resultados obtenidos según la combinación de los descriptores de la base de datos LILACS.

Del total de artículos que al final se identificó que cumplieron con todos los criterios de selección, se pudieron clasificar en los siguientes temas: complicaciones del paciente en UCI (4 artículos), estrés en el paciente crítico (1 artículos), necesidades del paciente en UCI (4 artículos), técnicas y procedimientos para el cuidado (1 artículos), cuidado humanizado en UCI (2 artículos), conocimiento del personal de enfermería (2 artículos), utilización del PCE en UCI (1 artículo), estrés laboral del personal de enfermería (4 artículos).

De los 19 artículos analizados, el mayor porcentaje (78.9%) fueron encontrados en la base de datos de Scielo, mientras que solo un 21% en LILACS, esta información se observa en la figura 3.

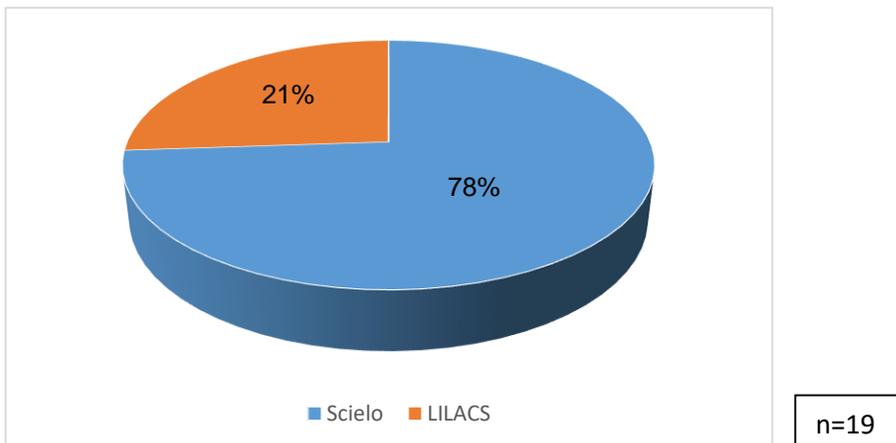


Figura 3. Porcentaje de artículos identificados en cada base de datos.

Figura 3. Porcentaje de artículos analizados en las bases de datos Scielo y LILACS, del 2013-2017.

La mayoría de los artículos correspondieron al año 2013, con un porcentaje del 31.58%, seguido por el 2014 con un 26.32%, en el 2015 se encontraron 21.05%, en el 2016 fueron un 15.78% y con menor porcentaje en el 2017 con 1 solo artículo representando el 5.26%; mostrado en la siguiente figura.

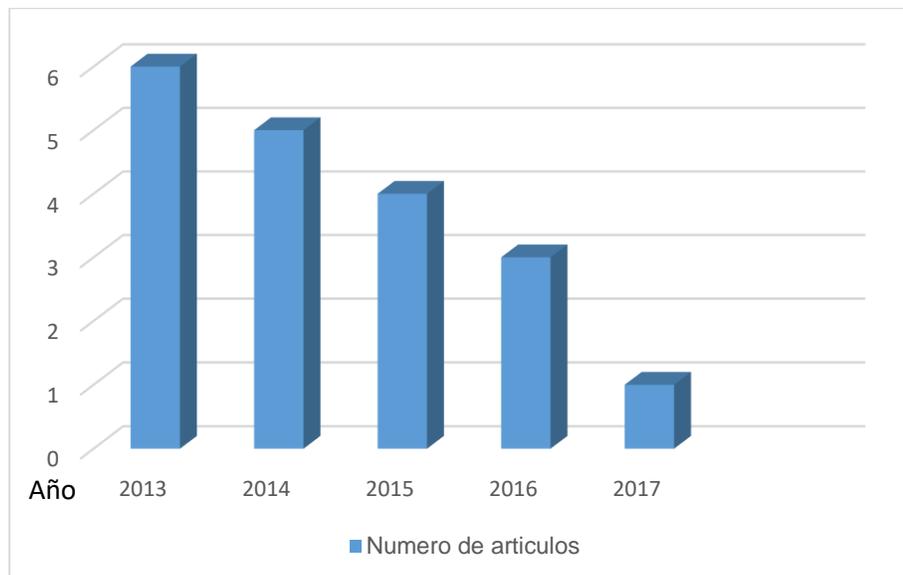


Figura 4. Número de artículos según la distribución por año de publicación.

En la siguiente figura se muestran los resultados de cada uno de los artículos revisados, organizados en 2 bloques según las bases de datos analizadas, (SciELO y LILACS)

BASE DE DATOS SCIELO					
Año y país	Título del artículo	Tipo de artículo	Tipo de estudio	población estudiada	principal conclusión
2013 Brasil	Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. ⁴³	Artículo de investigación	Descriptivo, exploratorio y cuantitativo	Pacientes y personal de enfermería	Los factores estresantes identificados en pacientes en UCI fueron quedarse mirando al techo, no tener privacidad; no saber en qué día esta, y escuchar los gemidos de otros pacientes
2013 Brasil	Diagnósticos de enfermería en individuos ingresados en unidad de cuidados intensivos. ⁷⁰	Artículo de investigación	Descriptivo	Pacientes	Se establecieron los principales diagnósticos de enfermería de acuerdo con las necesidades identificadas en el paciente, lo que hace relevante la importancia de detectar en primer lugar las necesidades del paciente y no solo basarse en la patología, si no en encaminar los cuidados a las necesidades detectadas a través de los diagnósticos de enfermería identificados.
2013	Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis. ⁷¹	Artículo de revisión.	Revisión sistemática	Pacientes	255 artículos utilizan 16 escalas de valoración del riesgo diseñadas específicamente para UCI. Donde demuestra que la escala de Braden es la escala más recomendada en las UCI, encontrando 26 artículos que lo sustentan con elevada capacidad predictiva, y parámetros de validez. Otras escalas como Cubbin-Jackson, Norton o BM Song-Choi, pueden ser útiles, pero precisan ser probadas en un mayor número de pacientes.
2013 Chile	Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de	Artículo original	Cuantitativo del tipo transversal	Enfermería Pacientes	En un hospital público de Santiago de Chile, fueron encontrados 18 incidentes los cuales se analizaron a través de la metodología análisis causa-raíz, hallando 6 relacionados a medicamentos y

	los incidentes en los cuidados de enfermería. ⁷²				retiro no planificado de artefactos terapéuticos, las causas fueron relacionados con carga de trabajo y tecnología (ausencia de socialización de normas y protocolos), equipo de trabajo (falta de supervisión, comunicación, alta carga laboral), profesional (experiencia, conocimiento), y paciente(cuidados especializados).
2013 España	Análisis de la utilización de la escala Nursing Activities Score en dos UCIS españolas. ⁷³	Artículo original	Descriptivo, prospectivo	Enfermería	La utilización de instrumentos de valoración de la carga laboral de enfermería son herramientas que permiten evaluarla las necesidades que presenta cada personal, para evitar el estrés y daño a la salud. El instrumento más utilizado en España para medir esta sobrecarga laboral es La escala Nursing Activities Score (NAS) la cual demostró alta eficacia.
2014 Chile	Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. ⁷⁴	Artículo de investigación	Cualitativo	Paciente y enfermería	La Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) representa condición que dificulta la comunicación del paciente. La falta de comunicación entre el personal de enfermería produce efectos negativos que afectan la recuperación del paciente. Se describen las principales estrategias de comunicación a estos pacientes.
2014	“Empoderamiento” una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico. ⁷⁵	Revisión integradora	Mixto de orden secuencial, cualitativo, descriptivo	Paciente enfermera	Se propone la aplicación integrada de los modelos de empoderamiento de Spreitzer y Kanter unidos a la filosofía de la teoría de Cuidado Transpersonal de Watson, para asegurar brindar un cuidado humanizado.

2015 Mérida, Yucatán	Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión (UPP) en pacientes en estado crítico. Mérida, Yucatán. ⁷⁶	Artículo de investigación	Cuantitativo, observacional, descriptivo y longitudinal	pacientes	Por medio de la escala de Braden, se identificó que todos los pacientes ingresados a la UCI tienen un alto riesgo de presentar UPP, esto por percepción sensorial disminuida, paciente encamado, etc. En general el 45.2% de los pacientes considerados como de alto riesgo manifestaron UPP a los 7 días de estancia hospitalaria. El riesgo se reduje a la mitad en las primeras 72 hrs.
2015	Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. ⁷⁷	Artículo de revisión	Revisión sistemática	Pacientes	La higiene es un cuidado básico de enfermería el cual proporciona seguridad, comodidad y bienestar, es una medida preventiva de infecciones, ya que al realizar se pueden detectar las condiciones clínicas. El baño al paciente requiere valoración ya que representa riesgo para el paciente crítico, con riesgo de causar alteraciones en la PA, FC, SatO2, desaturación, desadaptación de la ventilación mecánica, paro cardiorrespiratorio.
2015 Cuba	Garantizar la seguridad de los pacientes una prioridad de hoy. ⁷⁸	Artículo de revisión	Actualización	Pacientes	La toma de decisiones implica razonamiento crítico, la seguridad del paciente se da por medio del razonamiento crítico, conocimientos actualizados y experiencia clínica. Así se garantiza proveer cuidados más seguros a los pacientes, evitando los errores. Las prácticas seguras implican conocimiento.
2015	Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. ⁷⁹	Teorización	Actualización	Enfermería	Se ha dejado de dar importancia a los cuidados humanísticos para incluir un cuidado holístico. Plasma la importancia de cuidados profesionales humanísticos, para asegurar brindar un cuidado holístico es necesario utilizar modelos de cuidado transpersonal de Watson, Mishel de incertidumbre y la teoría de

					la enfermería como cuidados: un modelo para transformar la práctica de Boykin.
2016	Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. ⁸⁰	Artículo de revisión	Revisión sistemática	Familia, paciente, personal de enfermería	Se analizaron artículos que muestran que las visitas no restrictivas en UCI no generan daño al paciente, por el contrario, contribuyen a la recuperación de su salud física y emocional.
2016 Brasil	La visión de enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. ⁸¹	Revisión integradora	Descriptivo Cualitativo	Enfermería	Analizándose 14 artículos, el cual demostró deficiencia ante el aprendizaje del proceso de muerte, lo que provoca sufrimiento del personal de enfermería, influyendo en su calidad en la atención.
2016 España	Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizaron jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. ⁸²	Artículo original	Transversal	Enfermería	Utilizando la escala de Maslach Burnout Inventory, se demostró que el 44.1% de los profesionales que realizaban jornada física complementaria presentaron Síndrome de Burnout (SB), y el 38% de los que no la realizaban presentaron SB. Concluyendo que la realización de jornada física complementaria afecta negativamente a los profesionales de enfermería de urgencias y favorece al desarrollo de SB.
2017 Brasil	Impacto del ambiente de cuidados críticos en el burnout, calidad percibida del cuidado y	Artículo original	Transversal	Enfermería	Estudio realizado en 3 UCI de un hospital de la ciudad de Campinas, utilizando los instrumentos Nursing Work Index-Revised, inventario de Burnout de Maslach y el cuestionario de actitudes de seguridad. Los profesionales con mayor autonomía,

	actitud de seguridad del equipo de enfermería. ⁸³				con buenas relaciones entre equipo de salud presentaron menor Burnout. Por lo que evidencia que en ambientes laborales favorables resulta menor índice de burnout, y mejor calidad en el cuidado, mejorando la seguridad del paciente.
BASE DE DATOS LILACS.					
2013 Guatemala	Estado nutricional del paciente críticamente enfermo: implicación en mortalidad. ⁸⁴	Artículo original	Relacional, observacional, prospectivo, transversal y analítico	Paciente	El estado nutricional es un factor pronóstico de mortalidad en paciente críticos, a menor valor de la albumina mayor mortalidad. Los pacientes con una albumina ≤ 3.5 gr/dl fueron 173, de los cuales fallecieron 84 (48%); y en relación con los que tuvieron una albumina ≥ 3.5 fueron 111 pacientes, de los cuales fallecieron 36 (32%), un porcentaje menor.
2014 Chile	Terapia ocupacional y paciente crítico. ⁸⁵	Artículo Original	Prospectivo, observacional, descriptivo	Pacientes	El paciente crítico cuenta con características abordables desde la Terapia Ocupacional, la cual podría ayudar a prevenir gran parte de los deterioros asociados al paciente crítico, a través de la detección precoz y la intervención temprana.
2014 Perú	Relación entre el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes críticos,	Artículo original	Observacional, cuantitativo, descriptivo	Enfermería	Demostró en cuanto al manejo de una técnica correcta de aspiración de secreciones: nivel bajo 5 personas (25%), medio 7 personas (35%), alto 8 personas (40). Obteniéndose un 60% de cumplimiento medio y bajo, un solo un 40% con nivel alto. Complicaciones más frecuentes asociadas a la técnica, fueron: un 65% de los pacientes presentaron lesión de la mucosa traqueal; un 55% hipoxia; 20% arritmias; y 10% hipotensión.

	emergencia de un hospital nacional de Lima. ⁸⁶				
2014	Comunicación con el paciente en ventilación mecánica invasiva: Revisión de la literatura. ⁸⁷	Artículo de revisión	Revisión sistemática	Paciente y Enfermería	La falta de comunicación entre personal de enfermería y paciente con VM produce efectos negativos sobre el paciente como: sentimientos de ira, miedo, inquietud, pérdida de control, despersonalización, frustración, y ansiedad. Existen múltiples estrategias de comunicación, entre ellos: como movimientos corporales, respuestas simples, uso de alfabetos, uso de lápiz y papel, para así brindar una calidad del cuidado brindado

Figura 5. Resultados de cada uno de los artículos revisados, según las bases de datos analizadas, (SciELO y LILACS)

VI. DISCUSIÓN

De los artículos encontrados, de acuerdo a la población en la que se aplicaron se identificó que en su mayoría se dirigen a cuestiones relacionadas directamente con el paciente y en segundo lugar relacionadas con el personal de enfermería; mostrando una relación 9:10 respectivamente, no se identificaron artículos relacionados con otros aspectos importantes como: aspectos emocionales, contextuales y familiares o cuidadores de pacientes y que son determinantes tanto para la recuperación del paciente como en su bienestar.

El año en el que se identificó mayor producción científica relacionada al tema fue en 2013 y conforme se avanzó en cada año disminuyeron la cantidad de publicaciones; lo que puede mostrar que hace falta realizar más publicaciones relacionadas al tema y que correspondan al cuidado y los aspectos que pueden influir en él para que mejore.

En cuanto al país, se encontró que la mayoría de los artículos son provenientes de Brasil (21%); pero lo que más llama la atención es que de los artículos encontrados se identificó solo uno proveniente de México, esta situación nos habla de que en México o se hace poca investigación al respecto o no se publican los resultados de los trabajos que se realizan, cualquiera de las dos situaciones es preocupantes ya que la investigación científica ayuda a hacer más eficientes los cuidados de salud, a mejorar la calidad en el cuidado, y seguridad en los pacientes; por ello la importancia en realizar investigación en la práctica de enfermería, lo que permite avanzar e innovar en los cuidados de la salud.⁸⁸

Uno de los principales temas abordados en los artículos fueron las complicaciones. De los 4 artículos relacionados a las complicaciones del paciente en UCI: 2 al alto riesgo de generar UPP, 1 a la alta mortalidad que tienen y 1 a las características del paciente crítico; de las características que se mostraron fueron que estos pacientes tienen un porcentaje alto de edema, limitación articular de movimiento, con apoyo de VM, bajo efectos de sedación, alto compromiso de consciencia; volviendo a muchos de ellos dependientes al cuidado de enfermería; según un

artículo aplicado a 35 paciente ingresados en la UCI de un hospital privado de Brasil, los principales diagnósticos de enfermería fueron: déficit de autocuidado: alimentación (85,7%) deterioro de la movilidad física (85,7%), riesgo de aspiración (85,7%), perfusión tisular inefectiva (80%), riesgo de infección (80%), estreñimiento (71,4%), riesgo de deterioro de la integridad cutánea (40%), y deterioro de la integridad cutánea (37.1%).⁷⁰

Debido a las múltiples afectaciones estos pacientes son muchas veces incapaces de realizar cambios de posición generando presión sobre el cuerpo; teniendo en cuenta que una presión de 60-70 mmHg por 2 hrs sobre una superficie produce isquemia y escoriaciones en la piel, llevando así al deterioro de integridad cutánea y aparición de UPP, los estudios encontrados demuestran que las úlceras representan un evento adverso y problema relacionado con los cuidados de enfermería, clasificándolo como indicador de calidad por el sistema nacional de indicadores de Salud (INDICAS); los cuales son más comunes en las UCI,⁷⁶ un 100% de los pacientes ingresados a UCI tiene riesgo de padecer UPP, una incidencia del 42% a los 7 días de estancia, y más frecuente cuando permanecen más de 3 días; incrementándose ya que estos pacientes la mayoría tiene una alimentación pobre, presenta constante roce por inmovilidad, permanece encamado, su movilidad es limitada⁷¹; el 98% de las UPP se pueden prevenir.⁴⁰

De los 4 artículos que mencionan las necesidades del paciente se encontraron: que 2 artículos hablan acerca de la necesidad de comunicación, 1 sobre higiene, 1 sobre la visita. Encontrando que la higiene es una intervención la cual genera bienestar y comodidad, previene infecciones, y valoran la condición clínica del paciente como: alteraciones en la boca, estado de la piel, permeabilidad de vía aérea, estado nutricional, necesidad de sueño, dolor y nivel de dependencia. La comunicación entre el personal de enfermería y el paciente afianza el vínculo de confianza, profundiza en el conocimiento y brinda un mejor apoyo emocional para el paciente; la falta de comunicación es un factor agravante de la incertidumbre.⁷⁴

La necesidad de proximidad a través de la visita es indispensable del paciente; del artículo analizado se habla sobre la evidencia que la visita abierta, la cual no incrementa el riesgo de infección, al contrario, la presencia del familiar ayuda de forma positiva en la salud del paciente y refuerza vínculo paciente-familia-enfermera. Múltiples estudios avalan que la visita abierta tiene efectos beneficiosos sobre los familiares y los pacientes en UCI, ayuda a mejorar la comunicación, reducir el estrés, permiten participación de la familia en los cuidados, etc.^{49,52,53} **!Error! Marcador no definido.** es importante el incluir a la familia en el cuidado del paciente, para incorporar un cuidado más humanizado; Relacionado a esto, en una revisión sistemática se mostró que los pacientes expresan diversas necesidades: las más comunes son comunicación, de personalización, seguridad, espirituales- religiosas, de proximidad a través de la visita, ya que el paciente al su ingreso a la UCI experimenta diferentes sentimientos entre ellos: miedo, desamparo, aislamiento, soledad, desorientación, dolor y angustia.⁸⁹

En relación con el estrés del paciente crítico, se encontró un solo artículo; el cual corresponde al año 2013; revelaron que los principales estresores en los pacientes son: no tener privacidad, no saber qué día es, escuchar ruidos de otros pacientes, poder mirar solo al techo, al igual que no sean resueltas sus dudas referentes a su salud. Teniendo en cuenta que la UCI representa un ambiente generador de estrés; ya que priva al paciente de su medio habitual y de su familia; el estrés puede influir en la recuperación del paciente y se ha asociado al desarrollo de eventos adversos.⁴⁰

La comunicación es un factor determinante para la disminución del estrés en los pacientes críticos,⁹⁰ la identificación temprana de factores estresantes es una responsabilidad de la enfermera, y es de extrema importancia, para promover un cuidado humanizado; para ello se han utilizado múltiples instrumentos: la escala de EETI (escala de estresores en terapia intensiva) confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.90⁴³; escala de estresores ambientales de Ballard (1981), consta de 43 items, con una confiabilidad por escala de alfa de Cronbach del 0.81.⁹¹ la Environmental Stress Questionnaire (ESQ) (M. Cornock 1998), consta de 50 items, con confiabilidad por escala Alfa de Cronbach fue de 0.877.⁴¹

Una cantidad mayor de publicación tienen relación con los profesionales de enfermería, en relación con ello, uno de los temas abordados son las técnicas y procedimientos para proporcionar el cuidado, específicamente se trata de la aspiración de secreciones. Este tema es muy importante ya que los pacientes que se encuentran en una UCI, presentan patologías complejas por lo que es frecuente que se presente inestabilidad cardio- hemodinámica, al igual que tienen como principal característica el contar con apoyo respiratorio a través de VM, realizándose técnicas y procedimientos complejos que requieren de personal capacitado en estas áreas, una de las técnicas más frecuentes es la aspiración de secreciones.

En los artículos revisados, solo uno nos habla sobre la utilización de una técnica de aspiración correcta en el personal de enfermería, teniendo como resultado un 60 % de cumplimiento medio y bajo y un 40 % con nivel alto; reflejando la necesidad de conocimientos y capacitación que el personal de enfermería afronta, ya que menos del 50% del personal cuenta con una buena técnica, teniendo en cuenta que la aspiración de vías aéreas representa riesgos de complicaciones como: lesión de la mucosa traqueal, hipoxia, arritmias e hipotensión; al igual que la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM); esta, se ha propuesto como indicador de calidad, ya que es una Infección común la cual es adquirida durante la hospitalización, que ocasiona impacto en la mortalidad, morbilidad, coste sanitario y aumentan estancia hospitalaria.^{92,35} por lo que es de vital importancia contar con personal capacitado, para brindar garantizar la seguridad de los pacientes.

El ambiente de UCI representa un entorno que favorece a la aparición de incidentes; porque se cuenta con pacientes críticos, utilización de equipo de alta tecnología, tratamiento medicamentoso e invasivas. En esta revisión se encontraron 3 artículos referentes al conocimiento del personal de enfermería; ya que para garantizar la seguridad del paciente se requiere de razonamiento crítico, conocimientos actualizados y experiencia clínica; en un estudio realizado en el Hospital de Chile se encontraron 18 incidentes relacionados al cuidado de enfermería, relacionados a medicamentos y retiro no planificado de artefactos terapéuticos; las acciones inseguras que incrementaban el riesgo fue, falta de supervisión, falta de experiencia

del personal, pacientes en estado crítico con alta demanda de cuidados especializados.

Las áreas de UCI no solo representan un reto para los pacientes y familiares sino también para el personal de enfermería, ya que el paciente en estado crítico requiere de cuidados especializados y múltiples actividades, volviendo el trabajo física y emocionalmente agotador, por lo que es indispensable contar con personal sano para poder brindar un cuidado de calidad. La profesión sanitaria es considerada como la principal generadora de estrés.^{31,59}

En variados estudios demuestran que en las áreas de UCI se presentan altas incidencias del SB.⁶³ En las investigaciones analizadas se encontraron 4 artículos de los cuales hablan sobre el estrés del personal de enfermería en estas áreas, generando principalmente el llamado síndrome de Burnout, de ellos un solo artículo perteneciente al año 2017, 1 del 2013, y dos del 2016.

Se ha demostrado que crear un ambiente laboral sano, una buena comunicación entre equipo multidisciplinario, contar con el número adecuado de trabajadores, trabajar en ambientes favorables,⁵⁵ apoyo social,⁶³³ contar con siestas durante turnos nocturnos y el trabajo sin presencia de rotación de turnos ^{633,64,93,94} son algunos factores que disminuyeron el riesgo de presentar SB⁸³; al igual que existen instrumentos que valoran la carga laboral de enfermería, y permiten conocer las características de los pacientes y las necesidades de cuidados que presenta cada uno de ellos; la más utilizada es la escala Nursing Activities Score (NAS),⁸² la cual valora las intervenciones enfermeras relacionadas con la gravedad del paciente y las actividades del cuidado.⁷³

Otro instrumento utilizado es la Maslach Burnout Inventory (MBI), que mide el desgaste laboral, con una fiabilidad cercana del 90%, este valora tres aspectos fundamentales: agotamiento emocional, despersonalización y la baja realización personal en el trabajo.^{95,96,97}

En las UCI muchas veces ocurre el distanciamiento del personal y el paciente conduciendo a la deshumanización del cuidado, esto por la utilización de alta

tecnología instrumentando los cuidados, basando los cuidados en la enfermedad y no en la persona; dejando el cuidado humanizado en segundo lugar.

De los artículos anteriormente encontrados, solo 2 artículos plasman la importancia de brindar cuidados profesionales humanísticos, por medio de la utilización de modelos como el cuidado transpersonal de Watson, el de Mishel de incertidumbre, y la teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica de Boykin, al igual que mencionan la utilización de modelos de empoderamiento de Spreitzer y Kanter unidos a la filosofía de la teoría del cuidado transpersonal de Watson para asegurar brindar cuidados humanizados, ya que las teorías del empoderamiento aseguran liderazgo en la toma de decisiones al brindar cuidado y refuerzan la autonomía, esto ayudando a reducir la tensión laboral, implicado por la UCI; la teoría de Watson aporta entendimiento del cuidado humano, vinculante el respeto hacia la persona, brindando una atención afectuosa, llevando a la persona a la armonía entre su cuerpo, mente y alma con una consistencia global.

En un artículo realizado en un hospital de Lima, Callao menciona la utilización de la escala en la medición del cuidado humano transpersonal basado en la teoría de Jean Watson el cual consta de 6 dimensiones, donde evalúa, satisfacción de las necesidades, habilidades técnicas de la enfermera, relación enfermera- paciente, autocuidado de la profesional, aspectos espirituales del cuidado enfermero y aspectos éticos del cuidado; el cual consta de 20 items, con un coeficiente de alfa Combrach de .85-.98.⁹⁸ Varios artículos mencionan la utilización de teorías de cuidado para poder brindar y asegurarse del cuidado humanizado incorporando holísticamente al paciente; como la teoría de Watson, teoría del empoderamiento, teoría de Michel, etc. ^{79,75,98, 99}

Además es importante contempla la utilización del proceso de atención de enfermería para garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia, esté, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación, asegura la atención individualizada, proporciona un método racional para organizar la información y ayudar a que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.¹⁰⁰ En la presente revisión solo se encontró 1 artículo que habla de

la importancia de la utilización del proceso cuidado de enfermería; donde se detectaron las principales necesidades de los paciente en UCI por medio de la utilización de diagnósticos de enfermería.

Ello hace pensar por una parte que la importancia que se le da al uso del PCE para proporcionar el cuidado de enfermería no se ha identificado en su total magnitud o bien no se realizan publicaciones de los resultados de su uso en estas unidades. Si tenemos en cuenta que la utilización de un plan de cuidados mejora el cuidado en los paciente de UCI ya que permite identificar problemas, para así aplicar intervenciones para poder evitarlos, disminuirlos y controlarlos,¹⁰¹ así mismo para brindar cuidado humanizado es importante tomar en cuenta las necesidades de los pacientes así como los del personal de enfermería para así brindar cuidado especializado de calidad, una vez conociendo las características y complicaciones que estos presentan.

Cuando se toman en cuenta todos los aspectos antes discutidos se ayudará reducir los efectos del síndrome post-cuidados intensivos, descrito recientemente y que afecta a un número importante de pacientes después de la enfermedad crítica. Se caracteriza por síntomas físicos (como el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o emocionales (ansiedad, depresión o estrés post-traumático), sus consecuencias a medio y largo plazo impactan en la calidad de vida de los pacientes y las familias.¹⁰²

VII. CONCLUSIÓN

Del total de artículos encontrados para este trabajo, se identificó que la producción es escasa y se direcciona por una parte hacia el paciente identificando las principales complicaciones y necesidades, por otra hacia el personal de enfermería abordando las técnicas y procedimientos que se realizan para el cuidado, así mismo los efectos del cuidado crítico en ellos como lo es el Burnout.

La revisión integradora también permitió identificar que el total de artículos publicados son descriptivos o de caracterización reflejando la necesidad de publicar resultados de trabajos en donde se propongan estrategias de intervención, procedimiento y metodologías que mejoren la calidad del cuidado abordándolo con una visión holística.

En los artículos revisados se identificó la ausencia de publicación de estudios de intervención que permitan realizar propuestas concretas en función de las evidencias que se obtengan.

En los artículos revisados se identificaron otras ausencias importantes de temas que muestren diferentes posibilidades de mejora del cuidado, entre ellos son los siguientes:

- Integración de la familia en el cuidado del paciente
- Perfil de enfermería requerido para brindar el cuidado crítico, así como la necesidad de capacitación continua.
- Artículos que hagan referencia a las características del entorno de las unidades de cuidados intensivos.
- Artículos relacionados con el contexto mexicano.

Esto nos permite identificar la necesidad de una reforma en la participación de enfermería en el cuidado crítico, que se encamine hacia el enfoque humanista en donde sus intervenciones estén orientadas a la atención integral del usuario, incluyendo aspectos bio-psicosociales que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa el cuidado al paciente crítico y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera pueda brindar servicios de una

manera diferente involucrando los diferentes aspectos para ver de manera holística al paciente.

Es importante tener en cuenta los aspectos involucrados con el paciente como son sus necesidades, gravedad, aspectos generadores de estrés; así como también aspectos relacionados al personal de salud como sobrecarga laboral, necesidades, perfil etc; ya que al brindar un cuidado crítico de calidad es indispensable mantener una visión holística de todos los aspectos que conforman las unidades de cuidados intensivos.

Por otra parte hemos de mencionar que la UCI puede ser un lugar agradable donde se regalan vida, pero también puede ser un lugar hostil y desagradable donde el paciente se enfrenta a una enfermedad terrible en condiciones ambientales muy adversas, por ello es indispensable que además de dotar a las UCIs de modernos equipamientos, también se invierta en otros elementos como la organización, diseño, bienestar ambiental y humanización del cuidado, para ello se pueden adoptar estrategias de cuidado que no obstante que se han desarrollado en otros contextos han resultado exitosas. Es necesario también rediseñar la práctica clínica para que la atención en la UCI sea más comfortable y humana, que ofrezca mejores resultados de salud y calidad de vida del paciente crítico.

Algunas de las estrategias implican una inversión económica importante, sin embargo, otras solo requieren formas de organización diferentes por lo que sería más factible de implementarse por algunos hospitales, algunas de las más comunes son las siguientes:

- Medicina centrada en el paciente, en vez de centrada en la enfermedad. El modelo hacia el que se tiende es más respetuoso con las preferencias y los intereses del paciente y tiene como objetivo mejorar su recuperación, bienestar y calidad de vida, y no únicamente normalizar las variables clínicas. Se valora como muy importante la experiencia del paciente y su familia durante su estancia en la UCI, ya que se ha visto que son fundamentales para su recuperación sin secuelas físicas y psíquicas.

- Otra estrategia es la “actividad extra-UCI” que consiste en que el personal de salud de las unidades de cuidados intensivos realice visitas a los pacientes fuera de las unidades, tanto en urgencias como en piso, formando una cadena de cuidados al paciente. Con la finalidad de hacer un seguimiento del paciente y que su atención en la UCI no sea un hecho aislado, que además permite que el campo de actuación del personal de las áreas de cuidado crítico se amplíe, incluyendo actividades que hasta ahora no se desempeñaban y que suponen una clara mejora de la calidad asistencial, ya que permite aportar información y conocimiento al resto del equipo. Por otra parte, este aumento de actividad posibilita la creación de nuevos puestos de trabajo, perfectamente justificados por los rendimientos obtenidos y la disminución de costes añadida a la mejora del pronóstico de los pacientes.
- Otro formato que cada vez más es adoptado por hospitales para las Unidades de Cuidados Intensivos es el proyecto de “puertas abiertas” a familiares de pacientes de UCI, que consiste en tener horarios más amplios y flexibles de permanencia del familiar con su paciente, esta estrategia es importante para dar un paso más en la humanización de los cuidados, ya que se ha señalado que la principal causa de inquietud de los pacientes de UCI es la separación de sus seres queridos. Precisamente, el acompañamiento de los familiares es fundamental en la evolución y mejora de los pacientes críticos.
- En la estrategia de “incorporación del familiar a los cuidados” su éxito reside en que los familiares desean participar en el cuidado del paciente y si las condiciones clínicas lo permiten, las familias podrían colaborar en algunos cuidados, como el aseo personal, la administración de comidas o la estimulación de ejercicios de fisioterapia, siempre bajo la supervisión de la enfermería. Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener un doble efecto positivo, tanto para el cuidado como para el cuidador realzando la cercanía y comunicación con los profesionales sanitarios.
- Implementación de las “tecnologías de la comunicación TICs” Independientemente del modelo, el uso de esta tecnología compensa las

dificultades para establecer la comunicación enfermera-paciente. Por ejemplo, la comunicación entre el paciente intubado y el personal sanitario es generalmente insuficiente e ineficaz, lo cual es frustrante para todos. Comunicarnos con nuestros pacientes intubados requiere un esfuerzo personal, tiempo, interés y la fuerte convicción de lo importante que es para el paciente ser comprendido. No obstante, ya se han desarrollado múltiples aplicaciones para Ipad y celulares que permiten establecer comunicación efectiva con quienes se les dificulta la comunicación verbal.

- Otro de los modelos es la técnica Lean que “Consiste en un sistema interprofesional, un método de trabajo simple y efectivo conducido a mejorar la eficiencia y la excelencia que intenta involucrar a todos los profesionales. Para implementar la técnica Lean, los profesionales de las diferentes especialidades se reúnen diariamente para establecer una estrategia concreta con el paciente para ese día. Esta práctica permite conocer las necesidades de cada profesional respecto a la atención del paciente, pero direccionados todos hacia un mismo objetivo.
- Otra de las novedades en materia de gestión ha sido el “Código Sepsis”. Se define como un sistema integral (asistencial, organizativo, educativo y de gestión) de carácter multidisciplinar y transversal para el manejo integral de la sepsis, principalmente la sepsis grave y del shock séptico.

Para que los resultados con los pacientes sean mejores también se requiere que se implementen estrategias para mejorar el trabajo y bienestar del profesional de enfermería que atienden a los pacientes en estado crítico, para ello se muestran enseguida algunas de ellas:

- Intervenciones centradas en mejorar el entorno de la UCI: establecer y mantener un ambiente de trabajo saludable que fomente el respeto puede ser una estrategia clave para combatir el estrés y el SB en el entorno laboral de la UCI. Un informe de la "American Association of Critical-Care Nurses", indica que se necesitan 6 estándares para establecer y mantener un ambiente de trabajo saludable: (1) comunicación especializada, (2) colaboración positiva, (3) toma de decisiones efectiva, (4) dotación de

personal adecuado, (5) reconocimiento significativo y (6) liderazgo. Otros principios comúnmente reconocidos en un entorno saludable de la UCI incluyen "evitar o gestionar conflictos" y "mejorar la atención al final de la vida". Se puede mejorar un ambiente de trabajo saludable mediante la utilización de sesiones informativas del equipo, la comunicación estructurada y la colaboración con los miembros del equipo en las decisiones críticas.

- Intervenciones centradas en ayudar a los profesionales a enfrentar su entorno: enseñarles cómo reconocer los factores de riesgo del SB y cómo buscar asistencia cuando sea necesario. Los profesionales deberían considerar responsabilizarse individualmente por mantener su propia salud emocional y física, y por desarrollar resiliencia. La base para la resiliencia es el cuidado propio adecuado, (descanso adecuado, prácticas espirituales, ejercicio, meditación y pasatiempos fuera del entorno de trabajo). Otras estrategias adicionales son: establecer límites, establecer una vida laboral equilibrada, empleo de habilidades de gestión del tiempo y reducción del estrés. Entre los médicos y enfermeras de la UCI, las discusiones interdisciplinarias que fomentan las deliberaciones éticas del equipo pueden ser útiles para prevenir el SB. Mas estrategias potencialmente beneficiosas de prevención serían: grupos de apoyo, terapia cognitivo-conductual y programas de reducción del estrés basados en el mindfulness, etc. Estas medidas, así como el uso de cuidados paliativos y consultas éticas, pueden mitigar la angustia moral en los profesionales de la UCI, un potenciador del desarrollo del SB.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Arfelis NJM, Rebollo CP, Rozman FRM. Fundamentos en la atención al paciente crítico. En: Cardellach, Francesc, Borstnar, Ciril Rozman, editores. Medicina Interna. Estados Unidos: Elsevier US; 2016. P. 57-59
- ² Castro RP, Nicolás A J. Sepsis grave y shock séptico Medicina Interna de Rozman Farreras. España: Elsevier; 2016. p. 2397-2402.
- ³ Ruiz C, Díaz ÁM, Zapata JM, Bravo S, Panay S, Escobar C et al. Características y evolución de los pacientes que ingresan a una unidad de cuidados intensivos de un hospital público. Rev. Med Chile [revista en internet]. 2016 [acceso 12 octubre 2017]; 144:[aprox.8p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n10/art09.pdf>
- ⁴ Takao KF, Domínguez CG, Colmenares VA, Santana MP, Gutiérrez MJ, Arroliga CA. El proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Punto de vista médico, teratológico y legislativo. Rev. Gaceta medica de México [revista en internet]. 2015 [acceso 20 octubre 2017]; 151: [aprox. 7p.]. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n5/GMM_151_2015_5_628-634.pdf.
- ⁵ Estrella SGJ. Diagnósticos de ingreso a la unidad de cuidados intensivos de adultos, polivalente en un hospital de Mérida, Yucatán. [tesis]. Yucatán: Instituto Politécnico Nacional. Secretaria de Investigación y Posgrado; 2010.
- ⁶ Daza C, Medina L. Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. Revista: cultura de los cuidados 2006; 19 (10): 55-62.
- ⁷ Baggio MAO. Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Revista Electrónica de Enfermería [revista en internet]. 2006 [acceso 20 diciembre 2017]; 8(1): [aprox. 7p.]. Disponible en http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm
- ⁸ Flores AC, Moreno PR, Jalomo RM, Quiroz CR. Factores relacionados con la calidad de atención de Enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [revista en internet]. 2015 [acceso 6 octubre 2017]; 23 (3): [aprox 9 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim153c.pdf>
- ⁹ Consuegra BA. La capacitación del personal de Enfermería. Su repercusión en la calidad de los servicios. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [revista en internet]. 2011 [acceso 5 octubre 2017]; 9 (3): Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1655/652>
- ¹⁰ Arango G, Peña B, Vega Y. Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención de cuidados intensivos de adultos. Rev Aquichan [revista en internet]. 2015 [acceso 20 octubre 2017]; 15(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n1/v15n1a09.pdf>
- ¹¹ Consejo internacional de enfermeras, Secretaria de Salud, Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. Cruzada Naci

- ¹² Camelo HS. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en unidades de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [revista en internet]. 2012 [acceso 5 octubre 2017]; 20 (1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_25.pdf
- ¹³ Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. 17/09/2013. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5314307&fecha=17/09/2013
- ¹⁴ Arroyo LS, Martínez BM, López LL, Najera OM, Jiménez MA, Ayala SR, Leija HC, Valdez LR. Profesión de enfermería: la construcción hacia la profesionalización. *Rev. Mex Enf.* [Revista en internet]. 2014 [acceso 20 octubre 2017]; (2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.innsz.mx/imagenes/revistaenfermeria/tercernumeroRevistaEnfermeria.pdf>
- ¹⁵ UNAM-DGCS-686. Cuenta México con pocas enfermeras especialistas en pacientes en estado crítico [página en internet]. UNAM; 2013, [actualizada 16 noviembre 2013; Consultado 21/Octubre 2017]. disponible en : http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013_686.html
- ¹⁶ Bravo CC. Como Calcular el ratio enfermera-paciente. *Revista Esp Pediatr.* [revista en internet]. 2016 [acceso 25 octubre 2017]; 72 (1): Disponible en: <file:///C:/Users/KARLA/Downloads/Ratio%20Enfermera%20paciente%20-%20C%20Bravo.pdf>
- ¹⁷ Subsecretaría de innovación y calidad. Comisión interinstitucional de enfermería. guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería. México 2003. disponible en : http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/
- ¹⁸ Caicedo LJ, Manrique AF. Pacientes por enfermera-auxiliar y presencia de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos de Ibagué Colombia. *Revista electrónica trimestral de enfermería. Enfermería Global.* [revista en internet]. 2013 [acceso 25 octubre 2017]; (32): Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/administracion5.pdf>
- ¹⁹ Muñoz CM, González FD, García MJ, Márquez GP. Funciones del personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos. *Revista Ciencias y Enfermería.* [Revista en internet]. 2011 [acceso 14 Marzo 2018]; XI (3): [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3103/Dotacion%20de%20personal%20para%20los%20servicios%20de%20enfermeria%20en%20hospitales%20de%20distrito%20para%20la%20atencion%20primaria%20de%20salud.pdf?squence=1>
- ²⁰ Soto EG, Moreno AL, Pahuá DD. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* [revista en internet]. 2016 [acceso 23 octubre 2017]; 59 (6): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166b.pdf>

- ²¹ Díaz PC, López DA, Rosales RD, Rodríguez SV. Morbilidad y mortalidad en pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos de contra maestra durante un bienio. 5 de marzo 2013. [publicado antes de la impresión]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_5_13/san02175.htm
- ²² Gigorro GR, Aguado DH, Mendoza BA, Moreno VR, Izquierdo SJ, González MJ. Pronóstico a corto y largo plazo de los pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos desde el servicio de urgencias de un hospital terciario. *Rev. Medicina Clínica* [revista en internet]. 2017 [acceso 6 octubre 2017]; 148 (5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316305711>
- ²³ Juárez RP, García CM. La importancia del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* [Revista en internet]. 2012 [acceso 12 Marzo 2018]; 17 (2): [aprox. 3p.]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf
- ²⁴ Rodríguez S, Cárdenas JM, Pacheco AA, Ramírez PM. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Rev Enfermería Universitaria.* [Revista en internet]. 2014 [acceso 14 Marzo 2018]; 11 (4): [aprox. 9p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005
- ²⁵ Urra ME, Jana AA, García VM. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de Cuidados Transpersonales. *Revista Ciencias y Enfermería.* [Revista en internet]. 2011 [acceso 14 Marzo 2018]; XVII (3): [aprox. 12p.]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
- ²⁶ Waldow VR. El cuidado integral del ser humano. En: *II Congreso Internacional y V Nacional de Enfermería en Cuidado Humano.* Venezuela: Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.p.53-62.
- ²⁷ Vega P, Soledad RM. Cuidado holístico, ¿Mito o realidad? *Revista Horizonte de Enfermería.* [Revista en internet]. 2012 [acceso 14 Marzo 2018]; 20 (1): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/20-1/cuidado_holistico_mito_o_realidad.pdf
- ²⁸ Beltrán SOA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Invest Educ Enferm.* 2009; 27 (1); 34-45.
- ²⁹ Ochoa PM. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* [Revista en internet] 2016 [Consultado 09 noviembre 2017]; 16 (2): [aprox.11p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es.creativaplus.uaslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S0122726217300368>
- ³⁰ García D, Montero de Espinosa CM, Saldaña GF, et al. Sistemas de estandarización de la gravedad en medicina intensiva. En: Cárdenas Cruz A, Roca Guiseris J. *Tratado de medicina intensiva.* España: ELSEVIER; 2017. p. 998-1005.

- ³¹ Asiain EC. Las unidades de cuidados intensivos. En: Asiain Erro C, Asiain Riancho T, Balust Vidal J. Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos. España: MONSA PRAYMA; 2011. p. 1-16.
- ³² Secretaría de Salud. Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes. Ley General de Salud, (diciembre-2001).
- ³³ Sierra U A, Cruz LC. Criterios de ingreso, egreso, reglamento y flujograma de la unidad. En: Gutiérrez Lizardi P. Protocolos y procedimientos en el paciente crítico. Colombia: Manual moderno; 2010. p. 61-69.
- ³⁴ Cook Deborah J. Abordaje del paciente en una unidad de cuidados intensivos. EN: Goldman Cecil. Tratado de medicina Interna. España: Elsevier, 2017. p. 650-652.
- ³⁵ Zaragoza R, Ramírez P, López PM. Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. [Revista en internet] 2014 [Consultado 13 Noviembre 2017]; 32 (5):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc_eimc_v32n05_p320a327.pdf
- ³⁶ Ballesteros HJC. Investigación adquirida en una unidad de cuidados intensivos. Análisis descriptivo y con minería de datos. Trabajo de investigación para obtención de grado de Doctor en medicina por la universidad de Salamanca. Salamanca 2015. En línea. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128013/1/DAHH_BallesterosHerraezJ_InfeccionUci.pdf
- ³⁷ Sánchez CM, Hostigüela MA, Raigal CA, et al. Escalas pronosticas en la disfunción multiorgánica: estudio de cohortes. Rev Medicina Intensiva. [Revista en internet] 2015 [Consultado 9 Noviembre 2017]; 40 (3):[aprox. 8p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es.creativaplus.uaslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569115000790>
- ³⁸ Giraldo N, Toro M, Cadavid C, Zapata F, Jaimes F. Desempeño del APACHE II y el SAPS 3. Adaptación regional en una población de pacientes críticos de Colombia. Rev. Acta Medica Colombiana. [Revista en internet] 2014. [Consultado el 10 Noviembre 2017]; 39 (2):[aprox. 12p.]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.creativaplus.uaslp.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=4c50dfd3-e715-49bb-844b-4f9d0b02fbfb%40sessionmgr4009>
- ³⁹ Whiteley S, Bodenham A, Bellamy C.M. Guías prácticas Churchill Cuidados intensivos. 3ª ed. España: Elsevier; 2011.
- ⁴⁰ Garrido AN, Álvarez GM, González GM. Factores ambientales estresantes por los pacientes de una Unidad de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva. [Revista en internet] 2007 [Consultado 30 noviembre 2017]; 18(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-factores-ambientales-estresantes-percibidos-por-13113135>.

- ⁴¹ Bernal RD. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del “Environmental Stress Questionnaire- ESQ”. [Tesis]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2015
- ⁴² Cañon MW, Rodriguez AA. Factores ambientales y estresores que afectan la recuperación del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Clínica* [Revista en internet] 2014 [Consultado 30 noviembre 2017]; 12(32). Disponible en: http://scielo.iiscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400006&lang=pt
- ⁴³ Fernandes da Cruz Silva L, Machado RC, Fernandes da Cruz Silva V. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería *Enfermería Global*. [Revista en internet] 2013 [Consultado 9 Diciembre 2017]; (32):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/docencia1.pdf>
- ⁴⁴ Garrido GA.P, Camargo CY, Vélez PAM. Nivel de ruido en unidades de cuidado intensivo de un hospital público universitario de Santa Marta (Colombia). *Medicina Intensiva*. [Revista en internet] 2016[Consultado 06 Diciembre 2017]; 40 (7): [aprox. 7p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es.creativaplus.uaslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569115002727>
- ⁴⁵ Bosch A, Falcó A, Santaolalla M. Factores ambientales de luz y ruido en las unidades de cuidados intensivos. *Anales de Pediatría*. [Revista en internet] 2017 [Consultado 06 diciembre 2017]; 86 (4): [aprox 1 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es.creativaplus.uaslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S1695403316302272>
- ⁴⁶ Donald E. Bailey, Stewart J. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En: Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. España: ELSEVIER; 2011. p. 599-611.
- ⁴⁷ Márquez HM, Carrillo GG. Experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga (Colombia): Un estudio fenomenológico. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España, y Portugal*. [Revista en internet] 2015 [Consultado 24 Noviembre 2017]; 15(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2738/273840435010/>
- ⁴⁸ Gómez MS, Ballester AR, Gil JB. El cuestionario de necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *Anales Sis San Navarra*. [Revista en internet] 2011 [Consultado 10 Noviembre 2017]; 34(3):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300002
- ⁴⁹ Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. *Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva*. [Revista en internet] 2013 [Consultado 21 Noviembre 2017]; 38 (6):[aprox 4 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es.creativaplus.uaslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569114000370>

- ⁵⁰ Ramos FP. El intensivista y su relación con el paciente, los familiares y la sociedad. En: Cárdenas Cruz A, Roca Guiseris J. Tratado de medicina intensiva. España: ELSEVIER; 2017. p. 993-997.
- ⁵¹ Errasti IB, Tricas SS. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico Rev. Enfermería intensiva [Revista en internet] 2012 [Consultado 10 noviembre 2017]; 23 (4): [aprox. 10 p.]. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-S1130239912000715>
- ⁵² Achury BL. Panorama general de las visitas en las unidades de cuidado intensivo. Investig. Enferm. Imagen Desarr. [Revista en internet] 2014 [Consultado 21 Noviembre 2017]; 16 (1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/6852/7424>
- ⁵³ Vázquez CM, Martín PS, Rubio ME, Pérez SC. Aspectos clave que inducen a las enfermeras a la flexibilización de la política de visitas de las familias en una unidad de cuidados especiales. Enfermería en Cardiología. [Revista en internet] 2017 [Consultado 21 Noviembre 2017]; 24 (71):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/creativaplus.uaslp.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4ae85b48-cfd5-45ba-b52f-d74d3ca06990%40sessionmgr101>
- ⁵⁴ Escudero D, Martín L, Viña L, Quindòs B, Espina MJ, Forcelledo L, López AL. C. del Busto, Fernández RE. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Revista de Calidad Asistencial. [Revista en internet] 2015 [Consultado 21 Noviembre 2017]; 30 (5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-politica-visitas-diseno-confortabilidad-las-S1134282X15001013>
- ⁵⁵ Romero de San Pío E, González SS, Romero San Pío M. Estrés y ansiedad en el entorno de cuidados intensivos. Santa Cruz de la Palma. [Revista en internet] 2014 [Consultado 26 Noviembre 2017]; 8 (3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- ⁵⁶ Muñoz CM, González FD, García MJ, Márquez GP. Funciones del personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos. En: Cruz CA, Guiseris RJ. Tratado de medicina intensiva. España: ELSEVIER;2017. P. 1031-1033.
- ⁵⁷ Ruiz J, Corcuera R, Sanz M, Martínez G. El enfermo crítico y sus profesionales: enfoque histórico. En: Nicolás, Ruiz J, Jiménez J. Enfermo crítico y emergencias. España: ELSEVIER; 2011. p. 3-10.
- ⁵⁸ Marco GP, Azkárata AB. Seguridad clínica en el paciente crítico. En: Montejo C.J, García de Lorenzo A, Marco P, Ortiz C. Manual de medicina intensiva. España: Elsevier; 2013. p. 551-555.
- ⁵⁹ Suárez AJ, Caballero BJ. Conceptos bioéticos actuales aplicados a la medicina intensiva. En: Montejo C.J, García de Lorenzo A, Marco P, Ortiz C. Manual de medicina intensiva. España: Elsevier; 2013. P. 547-551.

⁶⁰ Martínez PA. El síndrome de Burnout, evolución conceptual y estado anual de la cuestión. *Vivat Academia*. [Revista en internet] 2010 [Consultado 9 noviembre 2017];(112): [aprox.40 p.]. Disponible en: <http://webs.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

⁶¹Borges TL, Portela VL, Pereira RI. Estrés ocupacional en la enfermería actualmente en la unidad de terapia intensiva. *Investigación Enfermería. Imagen Desarr.* [Revista en internet] 2017 [Consultado 06 Diciembre 2017]; 19 (2). Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.creativaplus.uaslp.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=375273b9-2d48-43b0-92f8-cfa16ec4b9df%40sessionmgr4009>

⁶² Lima da Silva J, Reis TL, Da Silva SR. Estrés y factores psicosociales en el trabajo de enfermeros intensivistas. *Enfermería Global* [Revista en internet] 2017 [Consultado 06 Diciembre 2017]; (48): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.creativaplus.uaslp.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=375273b9-2d48-43b0-92f8-cfa16ec4b9df%40sessionmgr4009>

⁶³ Álvarez VL, Prieto B. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enfermería Global*. [Revista en internet] 2013 [Consultado 26 noviembre 2017]; 12 (29): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100004

⁶⁴ Ramírez EN, Paravic KT, Valenzuela SS. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index Enferm.* [Revista en internet] 2013 [Consultado 28 Noviembre 2017]; 22 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008.

⁶⁵ Arias GW, Agueda MT. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*. [revista en internet]. 2016 [acceso 25 octubre 2017]; 42(4): Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.creativaplus.uaslp.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=202593d3-60da-4516-8142-e834581a5097%40sessionmgr120>

⁶⁶ Pérez RC. Las revisiones sistemáticas: declaración PRISMA. *Revista Esp. Nutr. Comunitaria*. [Revista en internet] 2012 [Consultado 25 abril 2018]; 18 (1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/Nutr_1-2012%20Taller%20escritura.pdf

⁶⁷ Ferreira GI, Urrputua G, Coello PA. Revisiones sistematicas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Rev Esp Cardiología*. [Revista en internet] 2011 [Consultado 25 abril 2018]; 64 (8):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/revisiones-sistematicas-metaanálisis-bases-conceptuales/articulo/90024424/>

- ⁶⁸ González DDJ, Buñuel AJC, Aparicio RM. Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: declaración PRISMA. *Revista Evidencias en Pediatría*. [Revista en internet] 2011 [Consultado 25 abril 2018]; 7 (4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/5902/listas-guia-de-comprobacion-de-revisiones-sistematicas-y-metaanalisis-declaracion-prisma>
- ⁶⁹ BIREME, OPS,OMS, Base de datos LILACS [sede web], Sao Paulo:lilacs.bvsalud.org; [actualizada el 09 de abril de 2018; acceso 12 de abril de 2018]. Disponible en: <http://lilacs.bvsalud.org/es/>
- ⁷⁰ Guimarães GR, De Oliveira L M. Diagnósticos de enfermería en individuos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Avances en enfermería*. [Revista en internet] 2013 [Consultado 8 Diciembre 2017]; XXXI (2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/42768/44276>
- ⁷¹ García FF, Soldevilla AJ, Rodríguez TM. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis. *GEROKOMOS*. [Revista en internet] 2013 [Consultado 8 Diciembre 2017]; 24 (2):[aprox 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200007
- ⁷² Toffoletto MC, Ramírez RX. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. *Rev. Esc. Enferm USP*. [Revista en internet] 2013 [Consultado 9 Diciembre 2017]; 47 (5):[aprox 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf
- ⁷³ Carmona MF, Uria UI, García GS, et al. Análisis de la utilización de la escala Nursing Activities Scores en dos UCIS españolas. *Rev Esc Enferm USP*. [Revista en internet] 2013 [Consultado 12 diciembre 2017]; 47(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1106.pdf
- ⁷⁴ Pilar RN, Bustamante TC, Dois CA. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan*. [Revista en internet] 2014 [Consultado 9 Diciembre 2017]; 14(2):[aprox 12 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n2/v14n2a06.pdf>
- ⁷⁵ Castañeda VC, Orozco GM, Rindón MG. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico. *Hacia la Promoción de la Salud*. [Revista en internet] 2015 [Consultado 9 Diciembre 2017]; 20 (1):[aprox 22 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n1/v20n1a02.pdf>
- ⁷⁶ Guardia T, Vega ME, Collí NL. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. *Enfermería Universitaria*. [Revista en internet] 2015 [Consultado 8 Diciembre 2017]; 12 (4):[aprox 8 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000792>
- ⁷⁷ Carvajal CG, Montenegro RJ. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería Global*. [Revista en internet] 2015 [Consultado 9 Diciembre 2017]; (40):[aprox 11 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015

⁷⁸ Soler MC. Garantizar la seguridad de los pacientes, una prioridad de hoy. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. [Revista en internet] 2015 [Consultado 9 Diciembre 2017]; 14 (1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182015000100005

⁷⁹ Olivé FC. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. [Revista en internet] 2015 [Consultado 9 Diciembre 2017]; 19 (3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/s/v19n3/art05.pdf>

⁸⁰ Anativia MP, Farias RD, Galiano GM, Quiroga TN. Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. Aquichan. [Revista en internet] 2016 [Consultado 12 Diciembre 2017]; 16(3):[aprox 19 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972016000300006&script=sci_abstract&tlng=es

⁸¹ Labres de FT, Banazeski AC, Eisele A. La visión de la enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enfermería Global. [Revista en internet] 2016 [Consultado 12 Diciembre 2017]; (41): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015

⁸² Cañadas DG, Albendín GL, Inmaculada de la Fuente E, et al. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. Rev Esp Salud Pública. [Revista en internet] 2016 [Consultado 12 Diciembre 2017]; 47(5): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100415

⁸³ Brito GE. Impacto del ambiente de cuidados críticos en el burnout, calidad percibida del cuidado y actitud de seguridad del equipo de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en internet] 2017 [Consultado 12 Diciembre 2017]; 25: [aprox 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2884.pdf

⁸⁴ Arreaga FL, Figueroa CA, Morales D. Estado nutricional del paciente críticamente enfermo: implicación en la mortalidad. Revista Medicina interna. [Revista en internet] 2013 [Consultado 12 diciembre 2017]; 17(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/revistas/revmedi/2013/17/1/03.pdf>

⁸⁵ Celis D. Francisca, Gálvez G. Carolina, Moretti A. Christian, et al. Terapia ocupacional y paciente crítico. Revista Chilena de terapia ocupacional. [Revista en internet] 2014 [Consultado 12 Diciembre 2017]; 14(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-768959>

⁸⁶ Uceda OD, Obando CP. Relación entre el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes críticos, emergencia de un hospital nacional de Lima. Rev enferm Herediana. [Revista en internet] 2014 [Consultado 14 diciembre 2017]; 7(2): [aprox 6 p.]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-765308>

- ⁸⁷ Rojas SN, Macarena A, Bustamante TC. Comunicación con el paciente en ventilación mecánica invasiva: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*. [Revista en internet] 2014 [Consultado 14 Diciembre 2017]; 29(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2014-2/pdf/06.pdf>
- ⁸⁸ Rumbo PJM, Martínez QAA, Sobrido PM, Raña LCD, Vázquez CM, Braña MB. Implementar evidencias e investigar en implementación: dos realidades diferentes y prioritarias. *Revista Enfermería Clínica*. [Revista en internet] 2016 [Consultado 4 Enero 2018]; 26(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es.creativaplus.uaslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S1130862116301486>
- ⁸⁹ Gutiérrez JB, Blanco AA, Luque PM, Ramírez PM. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*. [Revista en internet]. 2008. [Consultado el 1 de febrero 2018]; 7(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822>
- ⁹⁰ Parrado BD. Factores generadores de estrés en el paciente adulto hospitalizado en la UCI: una revisión integrativa. [Tesis]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
- ⁹¹ Solignac RN. Factores estresantes en pacientes coronarios del servicio de cuidados cardiovasculares y coronarios del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesina]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- ⁹² Guía de Practica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. México: Secretaria de Salud, 2013
- ⁹³ Sartini FT, Zinato MC, Guo J, Noce F. Efectos de un turno de 12 hrs en los estados de ánimo y somnolencia de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista Escolar de Enfermería, ENFERMAGEM DA USP*. [Revista en internet] 2017 [Consultado 28 Noviembre 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/es_1980-220X-reeusp-51-e03202.pdf
- ⁹⁴ Aparecida de Castro PT, Rotenberg L, Gollner ZR, Silvia C, Paiva SE, Harter GR. Siesta durante la guardia nocturna y la recuperación entre enfermeros de hospitales. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. [Revista en internet] 2015 [Consultado 26 noviembre 2017]; 23 (1): [aprox 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00114.pdf
- ⁹⁵ Santos C.F, Camelo H.S. Las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos: perfil y formación profesional. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los cuidados* [revista en internet]. 2015 [acceso 5 octubre 2017]; 19 (43): [aprox. 14 p.]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52599/1/Cult_Cuid_43_13.pdf

⁹⁶ García SR, Fernández CJ, Martínez ZF. Implicación de las enfermeras en su profesión. Un estudio cualitativo sobre el engagement. *Enfermería Clínica*. [Revista en internet] 2017 [Consultado 22 Noviembre 2017]; 27 (3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es.creativaplus.uaslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S1130862117300372>

⁹⁷ Montoya ZP, Moreno MS. Relación entre síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento y Engagement. *Psicología desde el Caribe*. [Revista en internet] 2012 [Consultado 22 Noviembre 2017]; 29 (1):[aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1940/2813>

⁹⁸ Rivera AL, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Contry. *Enfermería Intensiva*. [Revista en internet] 2015 [Consultado 26 enero 2018]; 4 (3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/0/Enfenfco24/1/novedades/r/cuidadohumanizadodeenfermeriavisibilizandolateoriaylainvestigacionenlapractica.pdf>

⁹⁹ Guerrero RR, Meneses LM, De la Cruz Ruiz M. Cuidado humanizado de Enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrion. Lima-Callao. *Enfermería Intensiva*. [Revista en internet] 2015 [Consultado 26 enero 2018]; 9 (2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

¹⁰⁰ Noguera ON. Proceso de atención de enfermería. Una herramienta para la garantía del cuidado. [tesis]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2007.

¹⁰¹ Cuzco CC, Guasch PN. Aplicación y evaluación del plan de cuidados en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. [Revista en internet] 2015 [Consultado 26 enero 2018]; 26 (4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com.creativaplus.uaslp.mx/science/article/pii/S1130239915000863>

¹⁰² Alonso OÁ, Heras LG. ICU: a branch of hell? *Intensive Care Med*. 2016;42(4):591-2.