



**DOI:** 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.357-367

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1279>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 357-367







## Rol de enfermería en el cuidado del paciente crítico

Nursing role in the care of critically ill patients

O papel da enfermagem nos cuidados a doentes em estado crítico

**Tania del Rocío Menéndez Pin<sup>1</sup>; Nely Gina Calderon Santana<sup>2</sup>; Jenny Paola Cevallos Zambrano<sup>3</sup>; Leyane Monserrate Mendoza Carranza<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/12/2023 **ACEPTADO:** 15/01/2024 **PUBLICADO:** 01/03/2024

1. Doctora en Ciencia de la Salud; Especialista en Enfermería Nefrológica; Licenciada en Enfermería; Docente a Tiempo Completo de la Carrera de Enfermería en la Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador; [tania.menendez@utm.edu.ec](mailto:tania.menendez@utm.edu.ec);  <https://orcid.org/0000-0002-3646-0100>
2. Magíster en Salud Pública con Mención en Gerencia en Servicios de Salud; Licenciada en Enfermería; Responsable de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital General Portoviejo del IESS; Portoviejo, Ecuador; [nelycalderon2@hotmail.com](mailto:nelycalderon2@hotmail.com);  <https://orcid.org/0009-0009-1194-1651>
3. Magíster en Emergencias Médicas; Licenciada en Enfermería; Responsable del Servicio de Hematología en el Hospital Solca Manabí; Portoviejo, Ecuador; [yenpaocz@hotmail.com](mailto:yenpaocz@hotmail.com);  <https://orcid.org/0000-0002-1923-8487>
4. Magíster en Salud Pública con Mención en Gerencia de Servicios de Salud; Licenciada en Enfermería; Docente a Medio tiempo de la Carrera de Enfermería en la Universidad Técnica de Manabí; Enfermera de Cuidado Directo de Recuperación y Post Anestésico en el Hospital General Portoviejo del IESS; Portoviejo, Ecuador; [leyane.mendoza@utm.edu.ec](mailto:leyane.mendoza@utm.edu.ec);  <https://orcid.org/0009-0000-7304-4176>

### CORRESPONDENCIA

**Tania del Rocío Menéndez Pin**

[tania.menendez@utm.edu.ec](mailto:tania.menendez@utm.edu.ec)

**Portoviejo, Ecuador**

## RESUMEN

En las unidades de cuidados intensivos, que se definen como centros con una gran cantidad de equipos tecnológicos que salvan vidas y que se utilizan para brindar el mayor beneficio posible a personas enfermas cuyas vidas están amenazadas, muchas intervenciones terapéuticas se realizan en contra de la voluntad de las personas. Estas intervenciones también afectan negativamente los procesos de recuperación fisiológica y psicológica de los pacientes. Garantizar que las personas que reciben atención y tratamiento en la unidad de cuidados intensivos no se vean afectadas por estas situaciones negativas o se vean lo menos posible, sólo se logra con una atención de enfermería individualizada y de calidad. En tal sentido, el personal que trabaja en estas áreas especiales tiene responsabilidades importantes y de gran incidencia en la recuperación del paciente. De esta manera se tiene que su principal responsabilidad es brindar atención a las personas que necesitan cuidados intensivos de acuerdo con el proceso de atención de enfermería y enfocado a las necesidades críticas del paciente. En base a lo anteriormente expuesto, por medio del siguiente artículo se brinda una recopilación de información orientada a la función que debe cumplir el personal de enfermería que operan en las unidades de cuidados intensivos en presencia de pacientes en estado crítico.

**Palabras clave:** Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidados de Enfermería, Proceso de Enfermería, Cuidados Intensivos, Cuidado del Paciente.

## ABSTRACT

In intensive care units, which are defined as centers with a large amount of life-saving technological equipment that is used to provide the greatest possible benefit to sick people whose lives are threatened, many therapeutic interventions are performed against their will. of people. These interventions also negatively affect the physiological and psychological recovery processes of individuals. Ensuring that people receiving care and treatment in the intensive care unit are not affected by these negative situations or are seen as little as possible can only be achieved with individualized, quality nursing care. In this sense, the personnel who work in these special areas have important responsibilities and have a great impact on the patient's recovery. In this way, their main responsibility is to provide care to people who need intensive care in accordance with the nursing care process and focused on the critical needs of the patient. Based on the above, the following article provides a compilation of information aimed at the function that nursing staff who operate in intensive care units in the presence of patients in critical condition must fulfill.

**Keywords:** Intensive Care Unit, Nursing Care, Nursing Process, Intensive Care, Patient Care.

## RESUMO

Nas unidades de cuidados intensivos, que são definidas como centros com uma grande quantidade de equipamento tecnológico que salva vidas e que é utilizado para proporcionar o maior benefício possível a pessoas doentes cujas vidas estão ameaçadas, muitas intervenções terapêuticas são efectuadas contra a sua vontade. Estas intervenções também afectam negativamente os processos de recuperação fisiológica e psicológica dos indivíduos. Garantir que as pessoas que recebem cuidados e tratamento na unidade de cuidados intensivos não sejam afectadas por estas situações negativas ou que sejam vistas o menos possível só pode ser conseguido com cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade. Neste sentido, o pessoal que trabalha nestas áreas especiais tem responsabilidades importantes e tem um grande impacto na recuperação do doente. Desta forma, a sua principal responsabilidade é prestar cuidados às pessoas que necessitam de cuidados intensivos, de acordo com o processo de cuidados de enfermagem e centrados nas necessidades críticas do doente. Com base no exposto, o artigo que se segue apresenta uma compilação de informações destinadas à função que o pessoal de enfermagem que trabalha em unidades de cuidados intensivos na presença de doentes em estado crítico deve cumprir.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva, Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Cuidados Intensivos, Assistência ao Paciente.

### Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son unidades multifuncionales que se utilizan para brindar el mayor beneficio posible a las personas cuyas vidas están amenazadas. Se definen como centros de atención donde se dispone de una gran cantidad de herramientas tecnológicas que salvan vidas y es obligatorio un enfoque de equipo interdisciplinario (1) en los que se aplican procedimientos invasivos de forma intensiva y las tasas de morbilidad y mortalidad son altas.

El cuidado de un paciente en cuidados intensivos según las etapas del proceso de enfermería, incluyen las actividades de diagnosticar al paciente, recopilar, interpretar, editar, organizar y evaluar los datos que sirvan de guía para un mejor trato al paciente. Los datos subjetivos (expresados por el paciente) y objetivos (obtenidos por la enfermera y otro equipo de atención médica a través de evaluación física, procedimientos de diagnóstico, entre otros.), se evalúan dentro del alcance de las actividades de la vida (2).

En las unidades de cuidados intensivos, muchas intervenciones de tratamiento invasivo se aplican a los pacientes sin su consentimiento. Estas intervenciones también afectan negativamente el proceso de recuperación fisiológica y psicológica. La manera de minimizar el impacto en la recuperación se logra mediante cuidados de enfermería individualizados. En esta dirección, los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados intensivos deben diagnosticar los problemas de los pacientes bajo su cuidado, definir rápidamente los objetivos de los cuidados, planificar las intervenciones de enfermería y ponerlas en práctica y evaluar bien los resultados de sus aplicaciones (3).

De acuerdo con (4), las principales actividades del cuerpo de enfermería en pacientes de UCI en estado crítico se destacan a continuación:

- Para la actividad de garantizar y mantener un ambiente seguro; se cuestionan condiciones como si tienen problemas sensoriales, diagnóstico médico subyacente y exposición a infecciones debido a intervenciones invasivas.
- Para actividades de comunicación; Factores que afectan la comunicación del paciente en la UCI (presencia de tubo de intubación/traqueotomía, etc.), estilos de comunicación están determinadas.
- En actividad respiratoria; La dificultad respiratoria del paciente en la UCI, la necesidad de ventilación mecánica (VM), el tratamiento de apoyo con ayudas y equipos en la actividad respiratoria, el número de respiraciones por minuto, la saturación (nivel de oxigenación en la sangre desde el extremo distal), el cumplimiento de las medidas aplicadas. Dispositivo VM, el uso del dispositivo VM, qué modo de respiración se sigue, la naturaleza de las secreciones traqueales, la capacidad de separarse de la VM, entre otros.
- En actividad de alimentación; el peso y talla del paciente, el plan de nutrición adecuado al diagnóstico médico, la necesidad de ayudas nutricionales (sondas de alimentación enteral, acceso parenteral), requerimiento calórico diario, entre otros, es diagnosticado.
- En actividad excretora; la presencia de equipos auxiliares aplicados al paciente en la UCI, frecuencia de defecación, ruidos intestinales, etc. es diagnosticado.
- Actividades de limpieza y vestidor; la piel y los apéndices del paciente hospitalizado en la UCI se diagnostican de pies a cabeza y se determinan sus necesidades (interior de la boca, cuero cabelludo, tono de la piel, humedad, entre otros.).
- Asegurar y mantener la temperatura corporal; se cuestiona el estado de adaptación del paciente a la temperatura

ambiente en la UCI, la presencia de hipotermia/hipertermia, factores que afectan la temperatura corporal (cambio de apóscito, aplicación de hemofiltración, etc.).

- Para actividad de movimiento; en la UCI, el estado de inmovilidad del paciente, el estado de las zonas de presión, la posición en la que se siente cómodo, la última posición adoptada, rango de movimientos articulares, entre otros, es diagnosticado.
- Para trabajo y entretenimiento; en la UCI se determinan los intereses del paciente consciente y se le da la oportunidad de expresar las actividades que desea realizar.
- Para expresar la sexualidad; se evalúa si el paciente en la UCI tiene pérdidas de órganos que puedan afectar su imagen corporal, cómo el paciente percibe su propia imagen y se cuestiona.
- Para actividades de sueño y descanso; factores que alteran los patrones de sueño del paciente en la UCI, sueño excesivo/insomnio, síntomas de agitación, necesidad de sedación, es diagnosticado.
- En la UCI contra la muerte se determinan los sentimientos y pensamientos del paciente, el ver morir a su lado a otro enfermo y sus reacciones ante el suceso.

Las observaciones del personal de enfermería son muy importantes para determinar el estado del paciente en la UCI. La enfermera debe evaluar muy bien cada comportamiento del paciente, utilizar adecuadamente los métodos de examen físico, analizar muy bien los resultados de las pruebas de diagnóstico y de laboratorio y registrar los cambios con regularidad (2).

### Metodología

Esta investigación está enfocada en el estudio del *Rol de la enfermería en el cuidado del paciente crítico* con la finalidad de brindar información a lectores, especialista y estudiantes de los avances que existen en

el cuidado de enfermería en el paciente crítico de UCI y las perspectivas que se tienen sobre este tema en la actualidad.

La revisión se ha centrado en textos, documentos y artículos científicos publicados disponibles en la web, considerando que aquella herencia de la globalización permite acceder a mayor y mejor información a través de las herramientas tecnológicas. El motor de búsqueda ha sido herramientas académicas de la web que direccionan específicamente a archivos con validez y reconocimiento científico, descartando toda información no confirmada o sin las respectivas referencias bibliográficas.

### Resultados

Al recopilar datos específicos del paciente en la unidad de cuidados intensivos, el nombre del problema/diagnóstico de enfermería se realiza después de que se identifican los problemas que pueden afectar negativamente la experiencia de cuidados intensivos del paciente. Para solucionar el problema se determinan metas para satisfacer las necesidades de cuidado del paciente. Las intervenciones de enfermería específicas para cada paciente se planifican y registran de acuerdo con los objetivos determinados (3).

A continuación se presentan los diagnósticos de enfermería de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) que pueden estar relacionados con la experiencia de cuidados intensivos, en línea con el modelo de enfermería de Roper et al. (4); Los resultados de los cuidados e intervenciones de enfermería se explican considerando los elementos en las actividades para la vida, estas son:

1. Diagnósticos de enfermería relacionados con la actividad de proporcionar y mantener un ambiente seguro, cambio en la comodidad, dolor agudo, cambio en la protección, riesgo de infección, cambio de ambiente, estrés por reubicación, confusión.

2. Diagnósticos de enfermería relacionados con la actividad comunicativa, ansiedad, falta de información sobre UCI, insuficiencia en comunicación, miedo.
3. Diagnósticos de enfermería relacionados con la actividad respiratoria, patrón respiratorio ineficaz, respuesta no funcional para desconectar el ventilador mecánico.
4. Diagnósticos de enfermería relacionados con la actividad alimentaria, cambio en la nutrición, nutrición inferior a las necesidades corporales, falta de volumen de líquidos.
5. Diagnósticos de enfermería relacionados con la actividad excretora, deterioro de la excreción urinaria, incontinencia intestinal, cambio en la excreción intestinal, constipación.
6. Diagnósticos de enfermería relacionados con la actividad de aseo y vestuario personal, riesgo de deterioro de la integridad de la piel, riesgo de cambio en membrana mucosa oral.
7. Diagnósticos de enfermería relacionados con la actividad de proporcionar y mantener la temperatura corporal, insuficiencia en la regulación de la temperatura corporal, hipertermia, insuficiencia en la regulación de la temperatura corporal, hipotermia.
8. Diagnóstico de enfermería relacionado con la actividad del movimiento.
9. Diagnóstico de enfermería relacionado con la actividad laboral y recreativa, insuficiencia en la utilización del tiempo libre-actividades recreativas.
10. Diagnóstico de enfermería relacionado con la actividad de expresión sexual, distorsión en el autoconcepto, distorsión en la imagen corporal
11. Diagnóstico de enfermería relacionado con el sueño y la actividad de descanso es una alteración en el patrón de sueño.

### Atención de enfermería

Es necesario planificar de acuerdo con los siguientes objetivos/resultados de los cuidados de enfermería para lograr una solución de los problemas de enfermería determinados en relación con las actividades de vida del paciente que recibe cuidados y tratamiento en la unidad de cuidados intensivos. En este sentido, se deben hacer planes para satisfacer todas las necesidades del paciente de acuerdo con sus actividades vitales durante su estancia en la UCI (7). Se deben prevenir las situaciones de riesgo identificadas durante el mantenimiento. La atención de enfermería holística individualizada y planificada que el paciente necesita para sus problemas existentes debe proporcionarse a un nivel óptimo (1).

### Iniciativas de enfermería

Respecto al dolor, se evalúan la ubicación y la gravedad del dolor y los factores que aumentan/disminuyen el dolor. Si se observa agitación e inquietud, se da una explicación al paciente antes de que se implementen todas las iniciativas. Se verifican las ubicaciones de los cables y sistemas de conexión de los dispositivos conectados al paciente para evitar daños. Adicionalmente, se le brinda posición cómoda, se reducen los estímulos del entorno y se evitan ruidos innecesarios. Antes de intervenciones invasivas dolorosas, se administran al paciente medicamentos analgésicos apropiados a petición del médico (5).

Se determinan los factores de riesgo de infección (catéteres invasivos, intubación/traqueotomía, dispositivos de ventilación mecánica, aspiradores, etc.) a los que está expuesto el paciente durante su estancia en la UCI (9). En todas las intervenciones invasivas (catéter venoso arterial/central, inserción de catéter uretral, entre otras), se tiene cuidado de cumplir con la técnica quirúrgica de aséptica (8). Todo el personal sanitario que trabaja debe lavarse las manos utilizando técnicas adecuadas de lavado de manos.



Las personas con infección nosocomial son aisladas en la unidad, y todos los materiales de desecho de estas personas (desperdicios de vendajes, juegos de ropa de cama, pañales, orina y desechos fecales) se recogen en un lugar separado y se eliminan con los métodos adecuados (9). Los cambios en los signos vitales del paciente se detectan e informan inmediatamente a médico tratante. Se debe tener un cuidado extremo en la limpieza y desinfección de equipos como conexiones de monitor, dispositivos aspiradores y ventiladores, dispositivo de hemodiálisis, que se encuentran conectados al paciente (6).

Por cambio ambiental/estrés por reubicación; se anima al paciente a expresar su ansiedad y miedo acerca de la UCI. Se determinan las necesidades de autocuidado del paciente y se garantiza su participación para satisfacerlas. Se proporcionan los efectos personales del paciente (prótesis dental, gafas, reloj, audífono, etc.) y se permite su uso. El paciente que será dado de alta/transferido de la unidad de cuidados intensivos se separa lentamente de los dispositivos de monitoreo a los que está conectado y se hacen los preparativos para su transporte desde la unidad. Cuando el paciente es dado de alta/transferido de la UCI, se completa un formulario de epicrisis de enfermería que contiene los medicamentos utilizados, el plan de atención y tratamiento, el estado de los catéteres conectados al paciente, los problemas actuales y los últimos signos vitales registrados (7).

El paciente es informado todos los días sobre la fecha, lugar, hora y los motivos de su ingreso en la UCI. Para que el paciente entienda, se establece contacto visual y la persona habla lentamente y en un tono de voz bajo que pueda oír. Se monitorea estrechamente al paciente para evitar que se caiga de la cama, se saque el tubo de intubación/traqueotomía, si está instalado, o se retiren los catéteres (10). La conciencia y la orientación del sedado se controlan reduciendo la sedación todos los días. Se busca ayuda

estableciendo cooperación con los familiares del paciente. Antes del alta/traslado de la unidad de cuidados intensivos, el paciente y su familia reciben la información y la formación necesarias para la atención (8).

Se investigan los factores que aumentan y disminuyen la ansiedad. Se anima a los familiares/parientes a visitarlos con más frecuencia. Respecto a la falta de información del paciente en la unidad de cuidados intensivos sobre la UCI y la falta de comunicación; Se reduce el ruido innecesario en la UCI. Se recibe retroalimentación del paciente sobre la información proporcionada (3).

El tacto y el lenguaje corporal se utilizan para mejorar la comunicación. Se proporcionan materiales como bolígrafos, papel y pizarras para que los utilicen las personas con intubación o traqueotomía. Se apoya al paciente en el uso de sus labios y movimientos de las manos (6). En el caso de que ocurra alguna muerte en la UCI, se toman precauciones para evitar que el paciente vea o sea informado de esta situación. Durante el proceso de adaptación del paciente a la UCI se utilizan sistemas de apoyo, se solicita consulta psiquiátrica y se planifica la atención y el tratamiento adecuados (3).

Se observan constantemente la frecuencia respiratoria, la profundidad, la frecuencia y la apariencia general del paciente y se registran los cambios. Si se sigue al paciente en cualquier modo de respiración en ventilación mecánica (VM), se evalúa la adaptación a este modo, la frecuencia respiratoria, los volúmenes tidales, los hallazgos de gases en sangre, los signos vitales (temperatura corporal, presión arterial y frecuencia cardíaca máxima), la saturación periférica de oxígeno (SpO<sub>2</sub>) (11).

Se verifica la ubicación del tubo de intubación/traqueotomía, la presión del manguito y la fecha de aplicación. Las secreciones traqueales del paciente intubado/traqueotomizado se limpian periódicamente según sea necesario. Si es posible, se coloca al paciente en posición regularmente (cada 30 minu-

tos a 2 horas) (4). El drenaje postural se aplica junto con el fisioterapeuta respiratorio en los lóbulos pulmonares que en la radiografía de tórax aparecen cerrados (9). Se tiene cuidado de limpiar los circuitos respiratorios y los filtros humidificadores, procurando que no estén obstruidos con secreciones.

Se tiene cuidado de limpiar las mangueras y los cubos del aspirador. Si es posible, se pueden utilizar circuitos cerrados de aspiración. Se monitorean las alarmas del ventilador y los efectos adversos de la VM. Se debe tener cuidado de no doblar los circuitos del ventilador ni separarlos del dispositivo (10). Se garantiza que el paciente esté ventilado en el modo de respiración que necesita. Al administrar cualquier medicamento que suprima el sistema respiratorio, el modo MV se configura en respiración controlada (2).

La fijación del tubo de intubación o traqueostomía del paciente se reemplaza a medida que se ensucia. Se evita que las fijaciones de los tubos creen presión sobre la piel que podría alterar su integridad. Se tiene cuidado para garantizar que los medicamentos inhaladores broncodilatadores administrados por orden del médico se administren utilizando los métodos correctos (9).

Abordar la respuesta disfuncional a la separación del ventilador. Antes de separar al paciente del ventilador, se evalúan los factores que pueden impedirlo (energía, requerimiento de oxígeno, estado de actividad, condiciones ambientales adversas). Adicionalmente se evalúan los signos vitales, los valores de gases en sangre, qué modo de respiración se utiliza en VM, los ruidos pulmonares y la saturación de oxígeno. El paciente se separa del MV paso a paso (10).

Cambio en la nutrición y por deficiencia de volumen de líquido; Se controla el peso del paciente y se calcula el requerimiento calórico diario de acuerdo con el estado de la enfermedad. Para las personas que no tienen ningún problema con la alimentación oral, se tiene cuidado de garantizar que ingieran todas las comidas por completo. Si

el paciente acaba de comenzar la alimentación oral, se debe tener cuidado de tomar primero alimentos líquidos y blandos, y luego alimentos sólidos (12).

Se debe tener en cuenta lo siguiente al alimentar a una persona que está intubada y recibe soporte de VM a través de sondas orogástricas/nasogástricas/de gastrostomía: Los ruidos intestinales de la persona se escuchan con regularidad. Los productos de nutrición enteral apropiados para la edad y el estado de la enfermedad del paciente se administran de acuerdo con sus necesidades diarias con la ayuda de bombas de alimentación (7). Durante la alimentación y durante al menos 30 minutos después de la alimentación, la cabeza del paciente se lleva a una posición vertical (al menos 30-45 grados) en la cama o se hace que el paciente se siente.

La ubicación del tubo enteral se verifica antes de la alimentación. Se debe tener cuidado para garantizar que la fijación de las sondas de alimentación enteral no altere la integridad de la piel (10). El método de nutrición parenteral (mediante catéter central/periférico) se aplica a personas en la UCI que no pueden recibir alimentación enteral. En este método, el producto de nutrición parenteral que debe administrarse cada hora se administra con la ayuda de una bomba de infusión calculando las necesidades calóricas diarias del paciente (11).

El mantenimiento del catéter central/periférico a través del cual se realiza la nutrición parenteral se realiza de acuerdo con una técnica aséptica. Al mismo tiempo, se controla el nivel de glucosa en sangre del paciente a intervalos regulares. Se revisa qué parte del requerimiento calórico diario del paciente se puede tomar. Se añaden productos de apoyo nutricional adicionales (vitaminas, aminoácidos, etc.) a petición del médico (11).

Para el deterioro de la excreción urinaria, en la UCI se proporciona un entorno adecuado para que el paciente consciente realice la evacuación urinaria. Se cuida la privacidad

del paciente mediante el uso de dispositivos como mamparas y persianas enrollables para que otros pacientes no puedan verlos. Se ayuda al paciente a utilizar materiales como deslizadores y patos. Si es posible, se coloca al paciente en coma o se lo moviliza en una silla y se lo lleva al baño. Se le da al paciente la oportunidad de expresar su necesidad de excreción urinaria (7).

Para incontinencia intestinal, se investiga el número de defecaciones del paciente y la naturaleza de las mismas. Se cuida la privacidad del paciente consciente y se organiza un ambiente adecuado en la UCI para ayudar a la evacuación intestinal. Se asegura que el paciente no se sienta avergonzado por la incontinencia y se le da la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre este tema. Intervención quirúrgica en la zona rectal o en un paciente que tiene una herida y cuyo movimiento es inconveniente; Si es posible, se puede aplicar un catéter de evacuación intestinal cerrado (3).

Se observa la integridad de la piel de un paciente con riesgo de deterioro de la integridad de la piel y se investiga la causa de los cambios. Se debe tener cuidado para garantizar que los materiales de fijación de los tubos de intubación/traqueotomía no comprometan la integridad de la piel (8). En cada cambio de detección, se evalúa el aspecto de la piel bajo presión. El paciente se coloca de forma rutinaria a ciertos intervalos.

Se masajean las protuberancias óseas. En las zonas bajo presión se toman medidas de protección (materiales de soporte, pomadas protectoras, etc.). Se tiene cuidado de limpiar la piel del paciente e hidratarla. Se garantiza que la ropa de cama esté limpia y ordenada. Se toman precauciones para evitar que las herramientas de tratamiento ortopédico, como férulas y yesos, dañen la integridad de la piel. Los materiales de los apósitos se seleccionan según la condición de la piel del paciente. Los apósitos deben mantenerse limpios y secos y deben cambiarse inmediatamente cuando estén sucios (12).

En personas intubadas con riesgo de sufrir cambios en la mucosa oral, el cuidado bucal se realiza cada 4-8 horas con soluciones que reducen las infecciones del tracto respiratorio (como gluconato de clorhexidina al 0,12%, povidona yodada) o solución salina fisiológica. Se limpia a fondo toda la cavidad bucal (mucosa bucal, encima y debajo de los dientes, encima y debajo de la lengua, paladar) (10). Durante el cuidado bucal se debe tener cuidado de no extubar al paciente.

En caso de hipertermia; Se retira al paciente el exceso de ropa y ropa de cama. Se le da al paciente un baño corporal con agua tibia. Se cubren mantas refrescantes. Se colocan bolsas de agua fría/helada en las superficies del cuerpo (como la cabeza, el cuello, las axilas y la región femoral) (3). También se realiza irrigación gástrica. Después de cada aplicación, se mide y registra la temperatura corporal. Los fármacos antipiréticos se administran a petición del médico (11).

Una persona con hipotermia que llega a la UCI después de una cirugía se calienta inmediatamente con una manta térmica que sopla aire caliente, también se pueden cubrir con mantas de lana para aumentar la comodidad (2). Si es posible, se aumenta la temperatura ambiente de la UCI. Se evita dar al paciente un baño corporal con agua fría. Se tiene cuidado para garantizar que todos los órganos del cuerpo, manos y pies del paciente estén bien cubiertos (13).

Por deterioro del movimiento físico, la posición de las personas inconscientes se cambia periódicamente (cada 30 minutos a 2 horas) si no hay ningún problema (1). Se evalúan el color y la temperatura de la piel bajo presión durante el cambio de posición. Las protuberancias óseas están sostenidas por suaves cojines de espuma. Los pies se apoyan con almohadas o plantillas para evitar que se caigan (10). De ser necesario, la cabeza del paciente se eleva a 30 grados y las extremidades superiores también se elevan. Los ejercicios pasivos se realizan en la cama (7). Se anima al paciente cons-



ciente a moverse, se explica la importancia del movimiento y la posición regular en la cama lo movilizarán en una silla en la UCI, lo pondrán de pie y le darán ejercicios para que pueda caminar sin apoyo.

Se observa la superficie de la piel en contacto con dispositivos tales como tracción, yeso, férula aplicados al paciente con fines de tratamiento, y se evalúa hasta qué punto estas herramientas perjudican la capacidad de movimiento del paciente (3). Se identifican los problemas que pueden ocurrir y se toman precauciones para evitar que ocurran. Si el paciente tiene una restricción total o parcial del movimiento o está inconsciente, se le obliga a usar calcetines antiembolizantes o se le coloca un sistema de manguito neumático (11).

Sin embargo, la piel debajo de este manguito se observa periódicamente. Estos dispositivos se retiran a intervalos regulares para permitir que las extremidades inferiores descansen y se controla periódicamente el estado de la piel. Se planifican intervenciones para prevenir complicaciones como debilidad muscular y atrofia que pueden desarrollarse debido a la inactividad. Se pide al paciente que realice movimientos de amplitud articular (7).

Se cuestionan los pensamientos y hábitos del paciente sobre las actividades recreativas. Durante las horas de visita, la persona puede pasar más tiempo con sus familiares. Si es posible, se moviliza al paciente en una silla y se lo saca de la UCI bajo el control de una enfermera o un médico. Mientras tanto, se informa a sus familiares y se les permite reunirse fuera de la UCI. Al paciente se le da la oportunidad de realizar las actividades recreativas que le gusten (leer libros/periódicos, escuchar música) (7).

Respecto a la distorsión en la imagen corporal, al paciente se le da la oportunidad de explicar cómo se percibe a sí mismo y a sus pensamientos. Se ayuda al paciente a expresar sus preocupaciones sobre la en-

fermedad actual, los métodos de atención y tratamiento y el proceso de recuperación (4). Se evita ser demasiado protector con el paciente y dar consejos. En caso de pérdida de partes o funciones del cuerpo después de una intervención quirúrgica (como amputación, mastectomía, cirugía abdominal abierta), se apoya al paciente para satisfacer sus necesidades de atención y se garantiza su participación en la atención (6).

Para la interrupción del sueño; Se determinan las razones individuales, ambientales y relacionadas con el tratamiento que afectan los patrones de sueño. Se examinan los patrones y hábitos normales de sueño del paciente (12). Se debe informar al paciente sobre los trastornos del sueño que ha experimentado en el pasado, si tiene enfermedades crónicas que afectan el sueño, si ha tomado medicación sedante/hipnótica.

Intervenciones de enfermería, en esta etapa la implementación de intervenciones de enfermería planificadas se aplica para lograr las metas determinadas en el plan de cuidados (7). Se implementan las intervenciones con el fin de aumentar la adaptación e interacción del paciente en UCI. El principal objetivo de las intervenciones de enfermería es ayudar al paciente a realizar actividades de la vida mientras permanece en la UCI.

La evaluación es la última etapa del proceso de enfermería. La evaluación es a la vez un final y un comienzo. Se define como tomar una decisión sobre si se han logrado los objetivos determinados comparando los resultados de las aplicaciones (2). Se evalúa si se ha logrado el objetivo con las intervenciones de enfermería planificadas en la realización de las actividades de vida del paciente en la UCI. Si se lograron los objetivos planificados en la evaluación, el problema ha sido resuelto. Si el problema no se puede resolver, se revisa el proceso de atención de enfermería y se elabora un nuevo plan de cuidados o se hacen ajustes en el plan de cuidados.

## Conclusión

Los cuidados de enfermería tienen un lugar muy importante en el proceso de recuperación de los pacientes en UCI. Por esta razón, se puede decir que las experiencias negativas en cuidados intensivos y los procesos de recuperación pueden reducirse aplicando cuidados de enfermería individualizados y evaluando los resultados del paciente ingresado para cuidados y tratamiento hasta el alta del paciente.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se observa que la comunicación y la atención psicosocial de las enfermeras como partes esenciales de las intervenciones de enfermería independientes en el contexto de la UCI, tienen una gran incidencia en la recuperación y mejoría del paciente. No obstante, el entorno de alta tecnología de la UCI y la condición crítica de los pacientes pueden dificultar la expresión de los pacientes por lo cual se vuelve aún más importante el rol del cuidado por parte del personal de enfermería que logre crear un nexo de confianza entre el paciente y sus necesidades.

Adicionalmente, este tipo de escenarios añade un grado de complejidad a la hora de cubrir las necesidades básicas de los pacientes en la UCI. Por lo que se recomienda que los estudios futuros deben enfocarse en describir detalladamente la estructura, el contenido y los métodos de las intervenciones. Es necesaria una descripción de cada uno de los componentes de la intervención para transmitir una intervención que garantice una implementación adecuada al paciente crítico basado en las necesidades de cada paciente de acuerdo a su condición. Esto facilitará la identificación de posibles ingredientes activos y la conclusión sobre la contribución de las enfermeras.

## Bibliografía

Karnatovskaia L, Johnson M, Benzo R. The spectrum of psychocognitive morbidity in the critically ill: a review of the literature and call for improvement. *Journal of critical care*. 2015; 30(1): 130-137.

Horner G, Daddona J, Burke D, Cullinane J, Skeer M. "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLoS one*. 2019; 14(10).

Driscoll A, Grant M, Carroll D. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2018; 17(1): 6-22.

Fukuda T, Sakurai H, & Kashiwagi M. Impact of having a certified nurse specialist in critical care nursing as head nurse on ICU patient outcomes. *Plos One*. 2020; 15(2): e0228458.

Topçu S, Ecevit Alpar Ş, Gülseven B. Experiencias de pacientes en unidades de cuidados intensivos: una revisión sistemática. *Revista de Experiencia del Paciente*. 2017; 4(3): 115-127.

Pasalioğlu K, Kaya H. Catheter indwell time and phlebitis development during peripheral intravenous catheter administration. *Pakistan journal of medical sciences*. 2014; 30(4): 725.

Eriksen M, Frandsen T. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: A systematic review. *Journal of the Medical Library Association*. ; 106(4): 420.

Sarani H, Balouchi A, Masinaeinezhad N. Knowledge, attitude and practice of nurses about standard precautions for hospital-acquired infection in teaching hospitals affiliated to Zabol University of Medical Sciences. *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(3): 193.

Cho S, Lee J, You S. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*. ; 26(9): e12803.

Aktas YKN. The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*. 2016; 21(1): 44-52.

Casida J, Davis J, McKee P. Night-time care routine interaction and sleep disruption in adult cardiac surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(7): E1377-E1384.

Klein K, Bena J, Mulkey M, Albert N. Sustainability of a nurse-driven early progressive mobility protocol and patient clinical and psychological health outcomes in a neurological intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018; 45: 11-17.

Jagan S, Park T, Papathanassoglou E. Effects of massage on outcomes of adult intensive care unit patients: A systematic review. *Nursing in Critical Care*. ; 24(6): 414–429.

**CITAR ESTE ARTICULO:**

Menéndez Pin, T. del R., Calderon Santana, N. G., Cevallos Zambrano, J. P., & Mendoza Carranza, L. M. (2024). Rol de enfermería en el cuidado del paciente crítico. *RECIAMUC*, 8(1), 357-367. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.357-367](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.357-367)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.