

Del cuidado intensivo al cuidado crítico, un cambio de nombre que refleja evolución

From intensive care to critical care, a name change that reflects evolution

Karla Judith Rodríguez-Duarte,^{1a} Maribel Cruz-Ortiz,^{1b} María del Carmen Pérez-Rodríguez^{1c}

¹Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición, Unidad de Postgrado. San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

ORCID

^a0000-0001-5875-4022

^b0000-0003-3781-9856

^c0000-0002-6514-5484

Palabras clave

Cuidados Críticos

Cuidado Intensivo

Enfermería de Cuidado Crítico

Enfermería Centrada en el Paciente

Enfermería de Práctica Avanzada

Keywords

Critical Care

Intensive Care

Critical Care Nursing

Patient-Centered Care

Advanced Practice Nursing

Correspondencia:

María del Carmen Pérez-Rodríguez

Correo electrónico:

salina67@hotmail.com

Fecha de recepción:

29/06/2019

Fecha de aceptación:

06/06/2020

R
e
s
u
m
e
n

Introducción: el cuidado intensivo implica la atención brindada en unidades de alta complejidad, se caracteriza por estar dirigida al paciente con patologías graves, inestabilidad fisiológica y alto riesgo de complicación. Sin embargo, frente al incremento de una población con mayor complejidad asociada al envejecimiento, enfermedades crónicas y sus complicaciones, surge el término cuidado crítico que refleja tanto las nuevas características del paciente como la respuesta del cuidado avanzado centrado en las necesidades personales.

Objetivo: describir la transformación del cuidado intensivo hacia el cuidado crítico y sus implicaciones para la enfermería con base en la revisión de bibliografía disponible en acceso abierto.

Metodología: revisión narrativa de la literatura del periodo 2010-2019 incluyendo artículos en español de Scielo y Pubmed, utilizando los descriptores cuidado crítico *or* terapia intensiva *or* cuidado intensivo *and* enfermería.

Resultados: por consenso de autores se eligieron 26 artículos en los que se identificaron las siguientes temáticas: a) las unidades de cuidado; b) el paciente crítico; c) los criterios de ingreso; d) el personal y sus funciones, y e) nuevos retos.

Conclusión: el término cuidado crítico refleja la respuesta a la demanda de cuidado profesional de mayor complejidad y con ello la expansión del campo de acción de la enfermería profesional.

A
b
s
t
r
a
c
t

Introduction: Intensive care involves care provided in highly complex units and it's characterized by being directed to the patient with serious pathologies, physiological instability and high risk of complications. However, faced with the increase in a population that presents greater complexity associated with aging, chronic diseases and their complications, the term critical care has emerged, reflecting both the new characteristics of the patient and the response of advanced care focused on the needs of the person.

Objective: To describe the transformation of intensive care towards critical care and its implications for nursing based on a review of the literature available in open access.

Methods: A narrative review of the literature of the period 2010-2019 including articles in Spanish of the bases Scielo and Pubmed using the descriptors critical care *or* intensive therapy *or* intensive care *and* nursing.

Results: According to the authors' consensus criteria, 26 articles were chosen in which the following topics were identified: a) the care units; b) the critical patient; c) entry criteria; d) the staff and their functions and e) new challenges.

Conclusion: The term critical care reflects the response to the demand for professional care of greater complexity and with it the expansion of the field of action of professional nursing.

Introducción

Las unidades de terapia intensiva tienen como antecedente el cuidado intensivo, surgen a finales de la década de 1940 con el propósito de atender a los pacientes que presentaban situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles y que comprometían su supervivencia. Inicialmente, estas unidades tenían profesionales, incluyendo a las enfermeras, con conocimiento inespecífico para esta área, ya que aún no surgía la especialidad en medicina intensiva y su quehacer estaba fuertemente marcado por la introducción de la tecnología.¹

Se podría señalar que las características de las primeras unidades de terapia intensiva reflejaban el afán por la especialización hospitalaria, resultando en servicios únicos, aislados y eficientes, que centraban su eficacia en la supervivencia de los pacientes. En este contexto, la tarea de la enfermera se centraba predominantemente en las técnicas y procedimientos para salvar la vida de las personas.

La realidad señalada se ha transformado en las últimas décadas de manera acelerada, y se refleja en la nomenclatura utilizada para referirse a los profesionales, pacientes, espacios y tareas que se desarrollan en los servicios donde son atendidos esos pacientes.

Aunque con frecuencia se utilizan como equivalentes los términos *Cuidado Intensivo*, *Terapia Intensiva* y *Cuidado Crítico*, para referirse tanto a los servicios como a las tareas que ahí se desarrollan, la realidad es que esa nomenclatura muestra no solo un cambio de nombre sino, sobre todo, una transformación en el perfil de los pacientes y sus necesidades.² Esa transformación trajo como consecuencia un cambio en la atención que se brinda y con ello en el perfil de los profesionales que vieron multiplicadas sus funciones y contextos de acción.

Autores como Weil y Tang señalan que las nacientes unidades de terapia intensiva de los años 40 se caracterizaban por contar con dispositivos y técnicas que podían compensar y monitorear la falla de un solo sistema orgánico, (el más destacado fue el pulmón de acero para asegurar la función respiratoria).

No obstante lo limitado de esa atención, constituía un avance específico que marcaba la evolución del cuidado intensivo general, caracterizado por la satisfacción de las necesidades básicas y la vigilancia manual de los signos vitales hacia la terapia intensiva distinguida por la especificidad del cuidado y la introducción de la tecnología.²

La llegada del soporte vital multisistémico acompañado de tecnología que permitía el monitoreo integral en tiempo real mediante dispositivos dotados con pantallas y alarmas, señala el cambio de nombre hacia el cuidado crítico que alude a la atención multisistémica.

Para la Enfermería, ese cambio de nomenclatura tiene connotaciones adicionales, puesto que también hace alusión al cambio de comprensión sobre su actuación particular. Así, se observa la clara evolución del cuidado desde los primeros inicios, los cuales se centraban únicamente en clasificar a las personas de acuerdo con sus necesidades vitales, ofreciéndoles lugares diferenciados para la atención, seguidos de la vigilancia exhaustiva y continuada de los signos vitales de personas en riesgo de perder la vida en las primeras unidades llamadas por ello de *cuidado intensivo*.

Junto con la profunda influencia del modelo biomédico biologicista, la llegada de la tecnología multiplicó las tareas de la enfermera y la condujo a la búsqueda de un dominio técnico que le permitiera atender a los pacientes que sufren una grave afectación sistémica y/o funcional, naciendo así las llamadas enfermeras intensivistas.

La visión mecanicista de la persona y la situación de riesgo vital en la que se encuentra, impulsan la priorización de las acciones destinadas a superar las afectaciones físicas, generando con ello una fragmentación del cuidado que, con mucha frecuencia, deja de lado al ser humano unitario, cuyas dimensiones psicosocial, emocional y espiritual responden en la misma medida frente al peligro.³

Ciertamente, el cuidado individual e integral requiere el desarrollo de actividades expertas que ayuden a recuperar la pérdida de la homeostasis corporal, pero la comprensión del cuidado como elemento rector de la Enfermería marcaron la reflexión sobre el significado de la vida y el ser humano, planteando con ello la necesidad de

entender el cuidado desde un enfoque disciplinar propio y extendido, que visualice a la persona y no solo al paciente.⁴

Las consideraciones señaladas han dado un nuevo impulso al trabajo disciplinar, colaborativo e integral, poniendo sobre la mesa la necesidad de responder a las preguntas: ¿Cómo se está produciendo este cambio?, ¿Qué nuevos retos ofrece a la Enfermería? y ¿Cómo impactan los cambios en la formación de nuevos profesionales? La creciente instalación de una tendencia de mayor especialización y complejidad del cuidado, así como una mayor reflexión sobre el imperativo de preservar una perspectiva integral del ser humano y el reflejo de todo ello en la tarea de las enfermeras de cuidado crítico, requiere de un recorrido por su evolución.

Metodología

Con el objetivo de identificar cómo se ha transformado el cuidado intensivo a la terapia intensiva y el cuidado crítico, se desarrolló una revisión narrativa de la literatura en la que se incluyeron artículos en español o inglés, con acceso abierto, de corte cuantitativo y no experimental, localizados en las bases de datos *SciELO*, *Medline* y *LILACS*. Para la búsqueda se utilizaron los descriptores clave cuidado intensivo *or* cuidado crítico *or* terapia intensiva *and* enfermería, en el periodo 2010-2019. Además de lo anterior, se revisaron textos clásicos y la información obtenida sirvió para generar el marco contextual en el que se encuentra actualmente el cuidado crítico.

Con los criterios específicos señalados, se identificaron 59 artículos que, después de la lectura y consenso de los autores, se redujeron a 32. A partir de la lectura extensa de esos artículos se agruparon en cinco temáticas centrales que conforman los resultados integrados que se muestran a continuación.

Resultados

1. Las unidades de cuidado

¿Quién requiere atención diferenciada? Es una pregunta que rondaba en la mente de los profesionales que se enfrentaban a enormes grupos

de heridos, como ocurría en la guerra de Crimea y posteriormente en la Primera y Segunda Guerra Mundial. Se pueden considerar estos eventos como una primera etapa en la que la necesidad de separar a los heridos graves para estrechar su cuidado obligó a pensar en los criterios para clasificar y definir a la *población*, lo que llevó al surgimiento del cuidado intensivo.

Es evidente que la situación y las circunstancias bélicas en las que se producían las afectaciones marcaron las características de la población que, previsiblemente, eran varones jóvenes con un estado de salud previo que en general era bueno y que se enfrentaban a una afectación aguda y grave, asociada a heridas, quemaduras y mutilaciones, resultantes de aquellos enfrentamientos marcados primero por el combate frontal y posteriormente asociadas al uso de armas de fuego.

Una segunda etapa llegó ya no con una población afectada por las heridas de guerra, sino por la presencia de enfermedades infecciosas que aún diezmaban a la población produciendo la muerte, pero que también dejaban a otros con requerimientos de soporte para mantener la vida. Tal fue el caso de los niños que fueron afectados por la poliomielitis, quienes presentaban graves dificultades en la función respiratoria.² Las diferencias entre este grupo y los heridos de guerra radicaban no solo en la edad y en la razón que daba origen a su afectación, sino también en la resolución del problema que ahora se extendía en el tiempo y se asociaba a una dependencia más profunda.

El progreso en la cirugía y la anestesia trajeron una nueva posibilidad que se reflejó en el incremento en la cantidad de pacientes susceptibles de ser ingresados en las unidades de cuidado intensivo, y con ello un nuevo perfil de pacientes que presentaban afectaciones extendidas a uno o más de los principales sistemas fisiológicos y pérdida de la autorregulación. Este avance de la cirugía constituye un hito para las unidades, llamadas ahora *terapia intensiva*, que se enfrentaban al reto de brindar a los pacientes soporte artificial para alguna de sus funciones vitales y asistencia continua al ser potencialmente recuperables. Este hito da pie a una tercera etapa en la evolución del cuidado intensivo.⁵

Esa definición aún hoy señala cuatro características básicas del paciente que requiere este tipo de atención: 1) enfermedad grave; 2) potencial de revertir la afectación; 3) necesidad de asistencia y cuidados continuos; 4) necesidad de un área tecnificada.⁶

La cuarta etapa llega con la transición epidemiológica y su giro hacia la cronicidad. La medicina en general se enfrenta a personas que cursan con una enfermedad crónica, pero con eventos agudos. Lo anterior supone un curso distinto de la enfermedad, con recaídas predecibles y la necesidad de atención continuada. Algunos autores señalan que la característica principal en estos pacientes es la insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica prolongada, pero también pueden presentarse alteraciones endocrinas, cardíacas, neurológicas u otras manifestaciones, como el coma o delirio que se extienden durante un largo período.⁷

En suma, la respuesta a *¿Quién requiere atención diferenciada?* se transformó siguiendo la evolución demográfica, epidemiológica e histórica de la población, transitando de las lesiones a las enfermedades infecciosas y posteriormente a las enfermedades crónicas con agudizaciones.⁸ Al multiplicarse las razones por las que ingresa un paciente, se transforman y complican los objetivos de la atención, como veremos enseguida.⁹

2. El paciente crítico

La respuesta a *¿Qué se perseguía al brindar la atención?* era razonablemente clara cuando surgieron las unidades de cuidado intensivo, ya que su claridad radicaba en su especificidad y con ello su delimitación: se pretendía salvar la vida de los heridos graves. Inicialmente, la manera de lograrlo era a través de medidas de soporte básico, como la administración de líquidos intravenosos o las transfusiones, acompañadas de medidas de satisfacción de necesidades básicas.

Esas medidas se ampliaron cada vez más hacia el campo intervencionista con la llegada de las cirugías y, posteriormente, el crecimiento de intervenciones focalizadas en preservar la función de un sistema de forma puntual. Algunos ejemplos son lo ocurrido con el uso de la hemodiálisis para preservar la función renal, los ventiladores para mantener la función respiratoria o las bombas de infusión para el manejo hemodinámico.²

El incremento en la cantidad de pacientes en las unidades, así como el creciente costo que ello representaba, combinado con una mayor precisión de los beneficios que podrían brindar las unidades de terapia intensiva a determinados paciente, llevó a establecer criterios que permitieran identificar qué pacientes eran candidatos a ingresar. Surgen así múltiples sistemas de clasificación, cuyos criterios reflejan en buena medida los objetivos de resultados que se anticipa lograr en esas unidades.

En el caso de México, la Norma Oficial Mexicana 025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos señala que los criterios de ingreso se sustentan básicamente en dos modelos. El primero de ellos es el Modelo de Funcionamiento Orgánico, que tiene implícitos tres objetivos: 1) brindar soporte a través de cuidado especial, 2) brindar cuidado paliativo y 3) preservar la idoneidad orgánica para donación. El segundo modelo, llamado de Prioridades de Atención, distingue a aquellos pacientes que van a beneficiarse si son atendidos, de aquellos que no.¹⁰

Todo lo anterior trajo nuevos objetivos para las unidades que focalizaron su atención no solo en salvar la vida de la persona, sino también en preservar la funcionalidad en extenso sentido, al incluirse cuestiones como el cuidado paliativo o con fines de preservación para trasplante.¹¹

Progresivamente, al ampliarse la experiencia y crecer el conocimiento, se identificaron subgrupos de pacientes con necesidades compartidas por encontrarse afectados por condiciones semejantes, por lo que los objetivos de atención se volvieron aún más específicos, reflejándose en el surgimiento de las terapias intensivas cardiovasculares,¹² neonatales^{13,14} y neurológicas.¹⁵

Si bien la especialización cobró auge y se reflejó en el surgimiento de esos nuevos servicios, también cobraron fuerza las voces que confrontaban el reduccionismo del enfoque biológico predominante, recordando que el ser humano posee una dimensión emocional, espiritual y social que está ineludiblemente ligada a la corporalidad.

Esa concepción marcó el entendimiento del cuidado como un metaparadigma multidimensional, que, como señalan Morse *et al.*, cobija las acciones

de cuidado terapéutico específico, pero también el imperativo moral de cuidar a la persona, el sentimiento empático hacia la persona cuidada, el desarrollo de la relación interpersonal y la expresión de un rasgo inherente a la naturaleza humana.¹⁶

Las cuestiones señaladas profundizan los retos de las enfermeras en estas unidades, puesto que plantean claramente el cuidado como una relación dialógica y sensitiva que transforma a la persona, la enfermera, el medio y la relación que se genera entre todos ellos.

La respuesta a *¿Qué se perseguía al brindar la atención?* refleja cómo se ha transformado el objetivo al ritmo de la mejora en el conocimiento especializado, los criterios diagnósticos, la capacidad de pronóstico, el cuidado individualizado y la comprensión del ser humano. Se ha pasado del objetivo de salvar la vida a preservar la función, potenciar la funcionalidad, mantener el bienestar, promover la donación y humanizar el cuidado. Al diversificarse el objetivo, los lugares donde se atienden los pacientes también se diversifican.⁹

3. Los criterios de ingreso

En los albores del hospital moderno que se transformaba al ritmo de los conflictos bélicos, la obviedad, después de clasificar de acuerdo con su gravedad, fue preguntarse *¿Dónde atendemos a estas personas?* La respuesta llevó a la creación de los primeros servicios de cuidado intensivo, que se fueron haciendo un espacio dentro de los hospitales y pronto crecieron tanto que se vieron desbordados.

El nuevo servicio reflejaba en su disposición física las necesidades de vigilancia constante y por ello no contemplaba la privacidad, sin embargo la elevada mortalidad obligó a separar a los pacientes más graves para que la visión de su muerte no afectara a otros, lo que conllevó a la separación de los pacientes y luego al refinamiento de las razones de su ingreso.²

Ubicar a esos pacientes elegidos con criterios más específicos en un entorno hospitalario común favorecía una atención médica más eficiente. Ambas cosas y la introducción de avances tecnológicos comenzaron a definir las características de estos servicios.

A fines de la década de 1950 y principios de 1960 dio inicio la era del cuidado crítico, que arrancó con el monitoreo automático de los signos vitales con alarmas, y se expandió rápidamente para permitir mediciones adicionales y refinadas del estado del paciente. En 1953 se crea en Reino Unido la primera UCI en el mundo, mientras que en América ocurría lo propio a inicios de 1960, cuando se estableció una sala de choque con cuatro camas en el Centro Médico de la Universidad del Sur de California, en Los Ángeles.^{17,18}

Las mediciones cruzadas y continuas permitieron dejar atrás la terapia intensiva, que suponía la posibilidad de monitorear y brindar apoyo a sistemas de un solo órgano (pulmones, corazón o riñón), y transitar hacia un monitoreo multisistémico, marcando así la llegada del cuidado crítico. Ese tránsito fue fundamental porque el lugar cobró una característica fundamental hoy en día, la omnipresencia de monitores y aparatos que permiten vigilar la evolución del paciente y actuar en consecuencia.

Con la entrada de una atención intervencionista, se sumaron a los monitores y dispositivos de soporte vital, los dispositivos invasivos que alteran las barreras de defensa natural del paciente e incrementan con ello el riesgo de infecciones. Aunado a lo anterior, existe el riesgo de contraer infecciones nosocomiales tanto por la condición del paciente como por los procedimientos invasivos lo cual puede llevarlos a presentar algunas patologías como la neumonía asociada a ventilación mecánica, la infección urinaria asociada a sondaje uretral o la bacteriemia relacionada con catéter. Dada esa situación, los pacientes están expuestos a un mayor riesgo de muerte, por lo que la estructura física de la unidad y su comunicación con otros servicios tuvo que limitarse, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad, dando origen así a otra característica de estos servicios: su aislamiento y limitado tránsito hacia y desde otros servicios.¹⁹

Con el tiempo, la comprensión de las necesidades del paciente crítico se extendieron de lo físico a lo emocional y con ello, además de entender la necesidad de sobrevivir a la situación crítica y la recuperación física, se visualizó la

necesidad de limitar el sufrimiento generado no solo por la enfermedad sino también por la separación de la familia, la sobrecarga sensorial a la que es sometido, la privación de los estímulos habituales de su entorno y la pérdida significativa en la toma de decisiones.²⁰

Dado lo anterior, estos servicios progresivamente han incluido transformaciones que pretenden no solo mantener la función orgánica, sino restaurar la salud, por lo que incluyen entornos con mayor privacidad para cada paciente en un medio ambiente compartido por los pacientes al interior, pero aislado para el exterior, con visitas familiares restringidas pero cada vez más aceptadas.²¹

¿Dónde atender a las personas con un estado de salud gravemente afectado? La pregunta generó toda una revolución puesto que impulsó la clasificación, la creación de sitios específicos y la aparición de un entorno físico y organizacional que aisló al individuo para controlar su enfermedad, pero que luego se abrió al núcleo familiar para promover el bienestar. La clasificación se profundizó y surgieron unidades especializadas y de tránsito, con lo cual el cerrado aislamiento de estas unidades dentro del hospital se ha transformado, generando con ello el reto de la comunicación, orientación y educación con las familias, otros profesionales y otros servicios.

4. El personal y sus funciones

¿Qué acciones desarrollar en la atención? Los acontecimientos bélicos, como las guerras mundiales, también tuvieron gran influencia en la terapéutica empleada para satisfacer las necesidades básicas y brindar soporte vital a los heridos. Así, por ejemplo, durante la Primera Guerra Mundial se comienzan a usar cristaloides y coloides durante la reanimación, mientras que en la Segunda se detonan avances en técnicas de transfusión sanguínea y reanimación. Aquellos primeros servicios apuntaban ya a brindar atención inmediata al paciente con énfasis en la observación, el monitoreo y la provisión de apoyo vital para la estabilización rápida y coordinada.

Con el crecimiento de las intervenciones quirúrgicas se incrementó la necesidad de la observación y cuidado posoperatorio y

posanestésico, realizado principalmente por enfermeras profesionales en las llamadas *unidades de choque*, donde una labor fundamental era la vigilancia de signos vitales y a la que progresivamente se sumó la curación de heridas quirúrgicas.²

La entrada de la tecnología marcó la transformación de las unidades de atención como las conocemos actualmente, donde se proporciona atención médica especializada a pacientes en estado agudo crítico, con apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento, con la finalidad de mejorar el rendimiento y garantizar una atención oportuna y rápida.¹⁴

Un ejemplo de estrategia para intentar mejorar la atención, es la especialización de los servicios que ya no solo se centran en el tipo de paciente o la patología que le afecta, como en el caso de las unidades de cuidado neonatal o coronario, sino también en la evolución del paciente, razón por la cual surgen las unidades de tránsito progresivo de flujo bidireccional. Tal es el caso de las *terapias intermedias* en las que el paciente puede ser ingresado solo con fines de vigilancia, debido a que presenta inestabilidad y requiere atención de personal especializado, o bien es trasladado desde la unidad de cuidado crítico por estar evolucionando favorablemente y tener la expectativa de enviarlo a un servicio general.⁶

A los cambios señalados se han sumado otros quizá mayores y más acelerados, que se han producido con la llegada de las tecnologías de la información y la comunicación, permitiendo la integración progresiva de la información de cada paciente y sus resultados en tiempo real, obtenida a través de la monitorización de su evolución y respuesta.

El análisis de esa información ha posibilitado la creación de algoritmos que apoyan la toma de decisiones, mientras que la automatización e interoperatividad de muchos de los dispositivos de apoyo, como bombas de infusión, monitores y ventiladores, permiten hablar ya de unidades inteligentes.^{22,23}

La estrategia para mejorar la atención de los pacientes afectados gravemente ha tenido un largo recorrido, marcado por la especialización y

diversificación de las terapéuticas, la creación de nuevos servicios y la provisión de la atención mediada por la tecnología que se encuentra cada vez más interconectada y que incorpora comunicación e información, demandando que los profesionales dominen a profundidad la mezcla producida por la tecnología de apoyo médico terapéutico y de monitoreo con la tecnología para la gestión de la información, el aprendizaje y la intercomunicación a distancia.

5. Nuevos retos.

Además de los retos relacionados con la función asistencial se encuentran otros, tales como los relacionados con la mejora de la gestión de las unidades. Así, por ejemplo, dada la complejidad de estos servicios, se encuentra entre las prioridades el mantenimiento de la seguridad y eficacia de los servicios, así como la eficacia de las tecnologías sanitarias, con ello se pretende conseguir una mayor comprensión de los procesos de la organización y delimitar responsabilidades de forma clara a todo el personal, llevando a cabo una mejor utilización del tiempo y recursos.²⁴

También el área asistencial ofrece retos, porque acompañando a los procedimientos cada vez más invasivos y mediados por la tecnología, aparecen más riesgos para la seguridad del paciente. Ejemplo de esa preocupación son proyectos como el avalado por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias llamado Proyecto Tolerancia Zero, que es un paquete de medidas específicas para prevenir las complicaciones como bacteriemias, neumonías y la generación de resistencias en pacientes críticos, con la aplicación y desarrollo de un conjunto de medidas de seguridad integral.²⁵

Si las medidas de seguridad para limitar la aparición de complicaciones o enfermedades adicionales suponen todo un reto para el cuidado crítico, la formación académica profesional en aspectos fundamentales para el cuidado humano, como el respeto y la promoción del bienestar, la empatía, la compasión, la comunicación y la preservación o fin de la vida, representan una urgencia extraordinaria. Proyectos como el surgido en 2014 llamado Humanizando los Cuidados Intensivos (HU-CI), plantea una visión extensa de

esa humanización, dado que en sus ocho líneas estratégicas incluye acciones dirigidas al paciente, al entorno, a la familia y al personal.

Por otra parte, extiende la tarea del cuidado en dos extremos, aquel relacionado con la recuperación después de abandonar la unidad de cuidado intensivo y los cuidados al final de la vida.²⁶ Al señalar como elementos fundamentales la comunicación y la búsqueda del bienestar, utilizando para ello la presencia y participación de los familiares, así como una infraestructura humanizada de puertas abiertas, se produce un giro radical que supone para la Enfermería la incorporación de nuevas tareas, pero también una pausa de reflexión sobre la persona como objetivo central del cuidado y de la búsqueda del bienestar como gran elemento para la salud. Al señalar el cuidado al personal como un elemento de este proyecto, vuelve a la mesa de discusión la necesidad de la formación, no solo como tema académico sino también de desarrollo humano.

La anterior pone de manifiesto el tránsito del cuidado crítico de centrarse en procedimientos en los pacientes en las unidades, a intervenciones centradas en las necesidades de las personas que tienen en ese momento una afectación. Esta diferencia justamente recoge los cambios sobre el lugar donde se brinda la atención, que ya no está circunscrita a las unidades de terapia intensiva. Esa realidad es posible observarla, por ejemplo, en la estrategia llamada actividad extra-UCI que consiste en que el personal de salud de las unidades de cuidados intensivos realice visitas a los pacientes fuera de esas unidades, tanto en urgencias como en sala general, formando una cadena de cuidados al paciente.²⁷

Ese cambio pone nuevamente sobre la mesa retos para la práctica profesional, demandando el ejercicio de la función docente, tal como ocurre con los proyectos de puertas abiertas a familiares para extender la interacción o la incorporación del familiar a los cuidados de pacientes de UCI, la cual promueve la colaboración en algunos cuidados, como el aseo personal, la administración de comidas o la estimulación de ejercicios de fisioterapia, siempre bajo la supervisión de la enfermera.^{21,28,29}

Por último, la tecnología, así como su uso y diseño, no solo supone un reto sino también una oportunidad extraordinaria, ya que las nuevas tecnologías de comunicación ofrecen un mundo de posibilidades entre las que se encuentran múltiples aplicaciones para Ipad y celulares cuando el paciente o la familia tienen dificultades en la emisión o en la comunicación verbal.³⁰

Los cambios identificados en la práctica de la Enfermería están en consonancia con las necesidades del paciente y del servicio, pero también permiten anticipar la necesidad de una reforma en la participación de Enfermería en el cuidado crítico, con intervenciones orientadas a la atención integral que reflejen el correcto y elaborado juicio de lo que significa el cuidado del y con el paciente crítico, dentro y fuera de las áreas de hospitalización.^{31,32}

Según las directrices de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, las competencias genéricas para las enfermeras de cuidado intensivo incluyen: prestar atención integral al individuo, resolviendo situaciones críticas de salud; cuidar a los enfermos; diagnosticar, tratar y evaluar de forma efectiva y rápida las 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, y desarrollar la base científica necesaria para la práctica de la enfermería intensiva.³³

El Consejo Internacional de Enfermería señala que una enfermera de práctica avanzada es aquella que ha logrado una base de conocimiento experto, las habilidades para la toma de decisiones, las competencias clínicas para la práctica, usa el conocimiento experto y avanzado y posee habilidades complejas para la toma de decisiones.³⁴ En ese sentido la Enfermería de Cuidado Crítico se inscribe en el campo de la Práctica Avanzada de la Enfermería, porque recoge no solo el dominio en el área asistencial, sino que además incorpora la

formación en gestión, así como la investigación y/o docencia aplicada al área asistencial.³⁵ La incorporación de todos estos elementos en la práctica permite profundizar y crear nuevos conocimientos, dando pauta a la creación o fortalecimiento de modelos de cuidado de calidad que respondan a las nuevas necesidades de los pacientes y mantengan la evolución constante de la enfermería de cuidado crítico.³⁶

Conclusiones

El recorrido por la evolución del cuidado intensivo al cuidado crítico muestra un tramo inicial centrado en la preocupación por la alteración y/o enfermedad biológica de la persona que se encuentra en riesgo de morir, hacia un enfoque que evoluciona lentamente hacia la preocupación por la cuestión vital de la persona y su entorno cercano.

Se sigue persiguiendo salvar la vida, pero se privilegia la funcionalidad, brindando una atención que está indiscutiblemente mediada por la tecnología y que coloca un serio cuestionamiento sobre la forma en la que en esos servicios se establecerá la relación interpersonal de ayuda.

Los retos identificados suponen la urgente necesidad de transformar la formación, dirigida no solo hacia una mayor destreza tecnológica, sino también hacia una mayor participación en el diseño y gestión de las nuevas unidades que generan mayor interacción con el entorno y las personas, generando con ello la necesidad de una competencia extraordinaria en la comunicación interpersonal.

Nuevas preguntas surgen asociadas a la incorporación de la biotecnología y la prolongación de la vida, la mayor conciencia de las personas sobre el cuidado que quieren y hasta dónde desean llegar en el camino terapéutico, la aceptación o no de procedimientos invasivos e infinidad de cuestiones que surgen y que requieren la conciencia activa sobre cómo preservar el cuidado como rasgo humano que requiere una comunicación permanente.

Referencias

1. Vera O. Origen y desarrollo histórico de la medicina crítica y unidades de cuidados intensivos en Bolivia. *Rev Méd La Paz*. 2015;21(2):77-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200011&lng=es.
2. Weil MH, Tang W. From intensive care to critical care medicine: a historical perspective. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183(11):1451-3. Disponible en https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201008-1341OE?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
3. Zambrano-de Guerrero A, Guevara B, Maldonado M, Evies A, España P, Salas B. Humanizando el cuidado a personas críticamente enfermas. *Revista educación en valores*. 2010; 1(13):68-77. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n13/art9.pdf>
4. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019;30(2):120-125. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019300240>
5. 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.
6. Aguilar GC, Martínez TC. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crit*. 2017;31(3):171-173. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti173k.pdf>
7. Marchioni A, Fantini R, Antenora F, Clini E, Fabbri L. Chronic critical illness: the price of survival. *Eur J Clin Invest*. 2015;45(12):1341-9. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26549412>.
8. 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*. 2016;144:1207-1304. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n10/art09.pdf>
9. De Dios-Perera C, López-Domínguez A, Rosales-Rosales D, Rodríguez-Sánchez V. Morbilidad y mortalidad en pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos de Contramaestre durante un bienio. *MEDISAN*. 2013;17(5): 749-759. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500002
10. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2013. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_025_SSA_3_2013.pdf
11. Murakami FM, Yamaguti WP, Onoue MA, Mendes JM, Pedrosa RS, Maida AL, et al. Functional evolution of critically ill patients undergoing an early rehabilitation protocol. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(2):161-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26340157>.
12. Kasaoka S. Evolved role of the cardiovascular intensive care unit (CICU). *J Intensive Care*. 2017;5:72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741934/?fbclid=IwAR05YG4CU1fxmt2OyfhdH1Db5w08NZM1NoIMzVnDy4zqS0zDfe0ulHco54A>
13. Celenza JF, Zayack D, Buus-Frank ME, Horbar JD. Family Involvement in Quality Improvement: From Bedside Advocate to System Advisor. *Clin Perinatol*. 2017;44(3): 553-566. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28802339?fbclid=IwAR01P4cpfi7EihbZkoG_DJ4nVrY5FvCYFMPcSVIFAXOGQ81KIOGI1VolWvw
14. Riley C, Poss WB, Wheeler DS. The evolving model of pediatric critical care delivery in North America. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(3):545-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639654?fbclid=IwAR16urUX-3ooLFDUthJC2wjM5j9m7IAO9099pZR7AMOM4ZZG-GX2p3vkcNw>
15. McLaughlin CD. Neurocritical Care: The Continued Evolution. *Advanced Critical Care*. 2018;29(2):150-151. Disponible en: http://acc.aacnjournals.org/content/29/2/150.long?fbclid=IwAR3WRiuMtq3o5Imz9p_zvM817_VfqGM4sy5--dW-I553UUFxwhvLwJE8z-0
16. Morse J, Solberg S, Neander W, Botorff J, Johnson J. Conceptos de cuidado y cuidado como concepto. *Advances in Nursing Science*. 1990;13(1):1-14. Disponible en: <https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/toc/1990/09000>
17. Arfelis NJM, Rebollo CP, Rozman FRM. Fundamentos en la atención al paciente crítico. En: Cardelach, Francesc, Borstnar, Ciril Rozman, editores. *Medicina Interna*. Estados Unidos: Elsevier US; 2016. P. 57-59.
18. 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*. 2016;16(2):71-73. Disponible en: <http://www.clinicalkey.es.creativaplus.auslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S0122726217300368>
19. 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.
20. Sánchez CM, Hostigüela MA, Raigal CA, et al. Escalas pronosticas en la disfunción orgánica: estudio de cohortes. *Rev Medicina intensiva*. 2015;40(3):40-48. Disponible en: <http://www.clinicalkey.es.creativaplus.auslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569115000790>
21. Archury BL. Panorama general de las visitas en las unidades de cuidado intensivo. *Invest Enferm*. 2014;16(1):61-71. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/6852/7424>
22. Becker C, Frishman WH, Scurlock C. Telemedicine and Tele-ICU: The Evolution and Differentiation of a New Medical Field. *Am J Med*. 2016;129(12):333-334. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27576079?fbclid=IwAR1Y1gi9pF0MBTXcyqxGuc7HGko9qVPLHGjicGq4ruulzDTToYmRF53GPA>
23. Craig ML, Zubrow MT, Kempner KM, Reynolds HN, Subramanian S, Eriksson EA, et al. Critical Care Telemedicine: evolution and state of the art. *Crit Care Med*. 2014;42(11): 2429-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25080052>
24. Lorenzo TR, Sánchez PM, Santana CL, Cobian MJL, García DRC. Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001:2008. *Revista Medicina Intensiva*. 2015;34(7):476-482. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n7/punto.pdf>
25. Ministerio de Sanidad. Consumo y bienestar social. Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos (Proyectos Zero). Madrid, España: Sistema Nacional de Salud. Disponible en:

<https://www.seguridadelpaciente.es/es/practicas-seguras/seguridad-pacientes-criticos/>

26. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019. Disponible en: https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2019/05/Manual_BP_HUCI_rev2019_web.pdf?fbclid=IwAR3NgIQrPWnM1vXR3snOIH2FsW0tKPwugj2fw91LTNGvuWUOShvjqw3t0
27. Gómez-Tello V, Ruiz-Moreno J, Weiss M, González-Marín E, Merino-de Cos P, Franco-Garrobo N, et al. Estimación de las necesidades de profesionales médicos en los servicios de medicina intensiva. *Revista Intensiva*. 2018;42(1):1-70. Disponible en: <http://medintensiva.org/es-estimacion-las-necesidades-profesionales-medicos-articulo-S0210569117302851>
28. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. *Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva*. 2013;38(6):371-375. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es.creativaplus.uaslp.mx/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569114000370>
29. Errasti IB, Tricas SS. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Revista Enfermería Intensiva*. 2012;23(4):153-200. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-S1130239912000715>
30. Martín-Delgado MC, Gordo-Vidal F. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España. Algo más que palabras. *Med Intensiva*. 2011;35(4):201-205. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569111000490>
31. Aliberch-Raurell AM, Miquel-Aymar IM. Need for the role of the patient's family members at the intensive care unit. *Enferm Intensiva*. 2015;26(3):101-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25869293?fbclid=IwAR1MLBvNYcbL7MtzU8hsoXdzEJuNAuzXTQJICnW5BhGrwiLRw4Z164cOI24>
32. Garrouste-Orgeas M, Max A, Lerin T, Grégoire C, Ruckly S, Kloeckner M, et al. Impact of Proactive Nurse Participation in ICU Family Conferences: A Mixed-Method Study. *Crit Care Med*. 2016;44(6):1116-28. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26937860?fbclid=IwAR3WRiuMtg3o5Imz9p_zvM8I7_VfqGM4sy5-dW-I553UUfxwhvLwJE8z-0
33. 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.
34. Morán-Peña L. La enfermería de practica avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enfermería Universitaria*. 2017;14(4):219-223. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n4/2395-8421-eu-14-04-219.pdf>
35. Ramírez P, Hernández O, Sáenz A, Reguera AI, Meneses T. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enferm Clin*. 2002;12(6):286-289. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862102737674>
36. Galarce VF, Espinoza MJ, Zamorano G, Ceballos PA. Critical care extension services: implications for nursing. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica*. 2018;5(2):173-184. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-45682018000200173&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Cómo citar este artículo / To reference this article:

Rodríguez-Duarte KJ, Cruz-Ortiz M, Pérez-Rodríguez MC. Del cuidado intensivo al cuidado crítico, un cambio de nombre que refleja evolución. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2020;28(2):134-43.