

Eduardo Alberto García-Pulido^{1a} Alex Daniel Romero-Rodríguez^{2b}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 33, Unidad de Cuidados Intensivos. Bahía de Banderas, Nayarit, México.

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional de Occidente, Hospital de Especialidades, Servicio de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco, México

Doi: 10.5281/zenodo.10729234

ORCID

0000-0002-6113-784X^a
0009-0009-0497-720x^b

Palabras clave:

Vulnerabilidad
Enfermedad
Cuidado de Enfermería
Cuidados Intensivos
Humanización de la Atención
a la Salud
Ética del Cuidado

Keywords:

Vulnerability
Disease
Nursing Care
Intensive Care
Humanization of Health Care
Ethics of Care

Correspondencia:

Eduardo Alberto García-Pulido

Correo electrónico:

zourtsel21@hotmail.com
06/08/2023

Fecha de aceptación:

28/02/2024

Resumen

Como un valor humano se puede considerar un privilegio el que los profesionales de Enfermería estén presentes en situaciones de fragilidad para ofrecer confort físico y espiritual a la persona y a la familia. El cuidado es relacional, siempre en función del otro; en la enfermería, el otro es la persona, su familia y las comunidades, desde esta perspectiva el principio de vulnerabilidad se relaciona directamente con el cuidar y con la noción de responsabilidad ética. Estados de enfermedad grave como un infarto agudo al miocardio o un evento vascular cerebral alteran las dimensiones del ser humano y lo sitúa en un estado de vulnerabilidad ante la condición de ser hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos. En referencia al trabajo interprofesional se propone el proyecto Humanización de los Cuidados Intensivos (HU-CI), con la finalidad de evaluar y recuperar la relación entre los profesionales de la salud y la persona enferma y su familia que se encuentran en un momento de vida complejo.

Abstract

As a human value, it can be considered a privilege that nursing professionals are present in situations of fragility to offer physical and spiritual comfort to the person and the family. Care is relational, always depending on the other; in nursing, the other is the person, their family and the communities. From this perspective, the principle of vulnerability is directly related to caring and the notion of ethical responsibility. States of serious illness such as an acute myocardial infarction or a cerebral vascular event alter the dimensions of the human being and place them in a state of vulnerability to the condition of being hospitalized in an intensive care unit. In reference to inter-professional work, the Humanization of Intensive Care (HU-CI) project is proposed, with the aim of evaluating and recovering the relationship between health professionals and the sick person and their family who are in a moment of life complex.

El cuidado constituye una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo, o sea, un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, con la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de su espiritualidad. Cuidado es, en último término, contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida.

Vera Regina Waldow, 2014

Como un valor humano se puede considerar un privilegio, el que los profesionales de Enfermería estén presentes en situaciones de fragilidad para ofrecer confort físico y espiritual a la persona y a la familia. Cuestiones como la trascendencia y el morir son posibilidades cercanas en situaciones límites y la necesidad del cuidado es evocada.¹

En este sentido, Vera Regina Waldow afirma que el cuidado es relacional, siempre en función del otro; en la enfermería, el otro es la persona, su familia y las comunidades; los que necesitan su cuidado, incluye todo lo que circunda, su contexto, su entorno y las influencias que de ello se derivan, en la compleja interacción con el medio ambiente.

En este marco de razonamiento, el principio de vulnerabilidad se relaciona directamente con el cuidar y con la noción de responsabilidad ética; existe el imperativo: “frente a la vulnerabilidad ajena no puedo permanecer pasivo e inmutable, sino que debo responder solidariamente, debo poner todo lo que pueda de mi parte para mitigar esa vulnerabilidad y ayudar al otro a desarrollar su autonomía personal, física, moral e intelectual”.¹

Los estados de enfermedad grave como un infarto agudo al miocardio o un evento vascular cerebral ocasionan una alteración en las dimensiones del ser humano y lo sitúa en un estado de vulnerabilidad ante la condición de ser hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, al mismo tiempo que es despojado de su posición de autonomía e independencia, también afloran sentimientos de impotencia y despersonalización.

Desde una posición sensiblemente comprensiva, quizá solo baste con imaginar un cuerpo inerte postrado en una cama, que al percatarse (abrir los ojos) de sí mismo y de su entorno, se percibe con sondas invadiendo su cuerpo y a su alrededor escucha ruidos que le son extraños y observa múltiples aparatos que sin saberlo a bien están sustituyendo alguna función de su cuerpo.

La unidad de cuidados intensivos es un lugar en donde no se distingue el día o la noche, en el que habitualmente

se escuchan conversaciones, ruidos de alarmas de monitores, bombas de infusión de medicamentos y ventilador mecánico, entre otros. Es una zona con restricción de acceso para familiares, por lo tanto la persona –*paciente*– no cuenta con “una mano al hombro que le diga cómo se siente”, la interacción se da solo con profesionales de la salud, es decir, con personas extrañas; por consiguiente el entorno se torna hostil, condición que puede generar angustia, ansiedad, miedo y temor a la muerte.

De lo anteriormente expuesto, la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos anhela su curación y al mismo tiempo el estar bien. Es de considerar que la familia –*paciente invisible*– también presenta alteraciones de índole emocional o agravio de su propia salud por el estrés que provoca la situación de su familiar.²

En referencia al trabajo interprofesional en las unidades de cuidados intensivos, se propone el proyecto *Humanización de los Cuidados Intensivos* (HU-CI), con la finalidad de evaluar y recuperar la relación entre los profesionales de la salud y la persona enferma que se encuentra en un momento de vida complejo. Por ende, es prioritario posicionar al “Ser Humano” en primer lugar de la atención en general y en particular en la unidad de cuidados intensivos.^{3,4} Desde esta perspectiva, la humanización de cuidados intensivos se define como “un cuidado holístico del paciente, una actitud general de los profesionales hacia los pacientes y familiares, o un rasgo organizacional hacia todos los sujetos del sistema de salud”.⁵

Es así como desde la noción de humanización, los profesionales de la salud se comprometen en beneficio de todos los involucrados en el proceso de atención (paciente, familiares y equipo interprofesional).

El proyecto HU-CI consiste en llevar a cabo la ejecución de las siguientes líneas estratégicas:

- UCI de puertas abiertas

Es habitual encontrar en la puerta de la UCI el letrero “solo personal autorizado” y la política de dos o tres visitas por día con horario establecido y con una duración de alrededor de 30 minutos, sin embargo, esto no se fundamenta con investigación, se justifica porque se cree que afecta el descanso del paciente, demora el cuidado de enfermería y aumentan las infecciones.^{3,6} Sin embargo, los familiares solicitan más tiempo y la posibilidad de ordenar las visitas con sus necesidades personales y laborales.^{4,6} La evidencia científica ha demostrado mayor beneficio que riesgo vinculado a la flexibilidad de los horarios y participación de los familiares, porque disminuye el estrés

emocional y propicia la comunicación entre el equipo de salud, familiar y paciente.⁷

- Comunicación

La comunicación en la UCI debe ser efectiva, es decir clara, pertinente y concisa, inicia entre los profesionales de la salud para evitar cuasifallas, eventos adversos o centinelas; fomenta el trabajo en equipo, por lo tanto, disminuyen conflictos entre compañeros. Hay que mencionar, que es imperioso incluir a los familiares y pacientes para propiciar un clima de respeto y confianza que aminore la incertidumbre.^{6,8}

Además, se recomienda emplear sistemas alternativos de comunicación en pacientes que no pueden hablar, una práctica de bajo costo es la utilización de lápiz y papel; esto disminuye el estrés y ansiedad. Nydahl & Kuzma (2021) recomiendan el uso de diarios escritos por familiares dirigidos a los pacientes durante su estancia en la UCI, porque disminuyen la ansiedad, depresión y estrés.⁹

- Bienestar del paciente

Es evidente que el paciente enfrenta el padecimiento de una enfermedad, a ello le sumamos intervenciones que realizamos en ellos, normalmente dolorosas. También discomfort porque sufren de frío, sed, calor, dolor, limitación para movilizarse y dificultad para descansar por ruido o iluminación. Además, cabe señalar que padecen sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, angustia, incertidumbre y pérdida de intimidad. Por tal motivo, el bienestar del paciente debe ser un objetivo esencial, las estrategias que mitiguen los síntomas antes descritos, medidas de bienestar ambiental, manejo de delirium, sedación ideal, valoración y control del dolor, son fundamentales para mejorar el confort del paciente.^{6,8}

- Presencia y participación de familiares

En primer lugar, la presencia de los familiares se convierte en una fortaleza emocional para el paciente, se ha observado que el delirio disminuye en pacientes sin restricción de acompañamiento.⁸ En segundo lugar, mejora la comunicación entre el personal de salud y familiares, esto clarifica la información e incrementa la satisfacción de la familia.⁶ También, existe beneficio para los profesionales de la salud, porque se reconoce su trabajo y se propicia una mejor relación humana.⁷ Finalmente, permite ofrecer la opción, si la condición del paciente lo consiente, colaborar en los cuidados (higiene, alimentación, movilización, curación de heridas, etc.) bajo la vigilancia

de personal de enfermería, esto consolida la continuidad de cuidados en casa.^{6,7}

- Cuidar al cuidador

Los profesionales de enfermería adscritos al servicio de UCI son propensos a desarrollar SB porque atienden a pacientes en estados críticos o terminales, de ahí que estén sometidos a diferentes factores estresantes que perjudiquen su salud física y mental.¹⁰ Como resultado se afecta la calidad de atención sobre el paciente, simultáneamente se perturba su satisfacción.

Dicho lo anterior, “cuidar a los cuidadores” es una obligación ética de cualquier institución de salud. Se plantea que el personal pueda participar en la elección de decisiones, disponer de lugares para descanso, tener material/dispositivos de trabajo, dotación adecuada de personal, reconocimiento laboral, estimular el autocuidado y la resiliencia.⁷

- Prevención, manejo y seguimiento del Síndrome Post-UCI

Después del egreso del paciente de la UCI, falta un largo camino por recorrer, los pacientes padecen Síndrome Post UCI (PICS), Raurell *et. al.* (2018) puntualizan que es una “*pérdida física, funcional y cognitiva que presentan los pacientes que han estado ingresados en UCI y que afecta a su reincorporación en la vida laboral*”.¹¹ De acuerdo con Velasco & Heras, el PICS afecta alrededor del 30 a 50%, en consecuencia, se perjudica la calidad de vida de los pacientes y familiares.⁴

Por tal razón, es ineludible ejecutar un plan de cuidados individualizados que englobe: estrategias de sedoanalgesia, fisioterapia, prevención de delirium, terapia ocupacional, movilización temprana, apoyo a cuidadores y capacitación continua del equipo interprofesional

- Infraestructura humanizada

En la mayoría de los hospitales antiguos, el servicio de la UCI, tiene una infraestructura alejada de las guías internacionales de diseño arquitectónico. De manera que la propuesta para mejorar el espacio debe apegarse a un análisis de costo-beneficio. Rojas (2019) sugiere invertir en muebles para la estancia de los cuidadores y decoración que permita la orientación en tiempo y espacio al paciente.³

Pero si existe la posibilidad de remodelar o diseñar una nueva UCI, se recomienda que cuente con ventanas con acceso a luz natural para que el paciente se beneficie

del estímulo del ritmo circadiano, habitación individual para garantizar la intimidad del paciente y cuidador, medición de ruidos, control de temperatura y luz, salas de espera que ofrezcan confort a los familiares.^{7,8}

- Cuidados al final de la vida

El abordaje de los cuidados paliativos debe coexistir en la atención de los pacientes críticos de la UCI, puesto que en ocasiones es imposible obtener la curación. Estos cuidados permiten mitigar el sufrimiento, respetando las creencias del paciente y familiares. Por esta razón, el equipo multidisciplinario debe apegarse a los protocolos, guías o recomendaciones de sociedades científicas.^{6,7,8}

Surge una difícil pregunta y un motivo de reflexión, en el sentido de la práctica cotidiana ¿Por dónde o por quienes empezar? Si los profesionales de la salud son seres humanos, porque haría falta insistir en la necesidad de la “humanización”.

Es posible que hayamos perdido la sensibilidad y comprensión de ser humano hacia otro ser humano. Desde dónde empezar, sin duda la formación profesional es un punto de partida, por ello la articulación entre las instituciones educativas y las instituciones de servicios de salud tienen un papel trascendente en la formación y educación continua de los recursos humanos para la salud.

Al respecto para emprender las ocho líneas del proyecto HU-CI, primero se realiza un diagnóstico situacional de la UCI, a continuación, se ejecuta una retroalimentación de las áreas en las que se aplicaran los cambios. Lo ideal es ejecutar un análisis costo-beneficio de estrategias con consecuencias a corto plazo que refleje el beneficio en el bienestar del paciente, la familia y los profesionales de salud. Debe considerarse que el proceso de atención en la UCI es de responsabilidad multidisciplinaria e interprofesional, es imperioso incluir a fisioterapeutas, psicólogos o terapeutas ocupacionales.¹²

Referencias

1. Castañeda-Hernández MA, Gómez-Alvarez JE. El cuidado en vulnerabilidad desde la perspectiva del razonamiento moral y la competencia cultural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2016;24(1):1-3. Disponible en http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/65/127.
2. García-Pulido EA. El profesional de enfermería ante la claudicación familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2019; 27(4):182-7. Disponible en http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/915/1042
3. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2019; 30(2):120-125. doi: 10.1016/j.rmcl.2019.03.005
4. Velasco Bueno JM, Heras La Calle G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. *Ética de los Cuidados.* 2017;10(20). Disponible en <https://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>
5. Kvande ME, Sanne A, Hojager A. Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nurs Ethics.* 2022 Mar;29(2):498-510.
6. Baeza I, Quispe LC. Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Rev. Bioética y Derecho.* 2020;(48):111-26.
7. 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.
8. Martínez R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med. Crít.* 2021;35(3):144-7.
9. Nydahl P, Kuzma J. Tagebücher für kritisch kranke Patienten. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2021;116(3):210-5.
10. Arguello M. El síndrome de burnout en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de los hospitales públicos de la comunidad autónoma de Madrid. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2015.
11. Raurell-Torredá M, Arias-Rivera S, Martí JD, et al. Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enferm Intensiva.* 2019;30(2):59-71.
12. Alonso A, Heras G. Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Med Intensiva.* 2020;44(2):122-4.

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

García-Pulido EA, Romero-Rodríguez AD. Humanización de los cuidados intensivos desde la perspectiva del cuidado en vulnerabilidad. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2024;32(2):e1433. doi: 10.5281/zenodo.10729234