

<b>ELABORADO POR:</b>	<i>Dr. Euclides Briones Morales</i>	<b>REVISADO POR:</b>		<b>APROBADO POR:</b>	
<b>FECHA DE ELABORACION:</b>	<i>05/05/2018</i>	<b>FECHA DE REVISION:</b>		<b>FECHA DE APROBACION:</b>	
<b>PROTOCOLO :</b>	<i>APOYO PSICOLOGICO EN LA UCI</i>				

### INTRODUCCION.

La Unidad de Cuidados Intensivos puede representar un importante impacto físico y emocional, con desarrollo de stress para el paciente, la familia así como para los miembros del equipo de salud. Podríamos comparar a la UCI como un verdadero campo de batalla donde los temores afloran en su máxima expresión, la sensación de soledad y abandono puede apoderarse de las personas, y aparecer esa sensación de pérdida de la libertad y autonomía, que confrontan a los actores con experiencias negativas como vulnerabilidad, sufrimiento y muerte.

Se ha considerado durante mucho tiempo que los profesionales de la salud hemos sido entrenados para atender a los usuarios que acuden con distintos niveles de complejidad en busca de solución de sus problemas médicos; sin embargo la practica nos ha demostrado lo contrario, no siempre hemos podido enfrentar de manera adecuada las diversas situaciones complejas que pueden ocurrir durante el abordaje de la solución de sus dolencias, y en ocasiones se han presentado dilemas de difícil resolución, hemos terminado preguntándonos sobre cómo realizar una mejor solución de los conflictos.

Tradicionalmente se ha considerado que los profesionales que normalmente se encuentran en la UCI, han sido: el personal de enfermería, médicos residentes, especialistas, técnicos y terapeutas; quienes han recibido entrenamiento para atender a estos pacientes y cada vez con mayor frecuencia poder rescatarlos de su estado crítico por problemas que provocaron el deterioro de la salud y motivaron el ingreso de los usuarios a la UCI; apoyados por camilleros, asistentes de servicios varios, pero aquí se cae nuevamente en una imprecisión ya que hemos observado que cuando entre nuestros pacientes, los miembros del equipo de salud y la familia, se presentan problemas emocionales, conductuales y de relación, se ha tenido que recurrir a otros profesionales que interactúan y trabajan para ayudar a cuidar a los pacientes en este tipo de unidades, estos profesionales son trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos clínicos y en ocasiones hasta bioeticistas, filósofos, sociólogos, que pueden ayudar con valiosos aportes al trabajo de la UCI al contribuir a la reflexión y al análisis de dilemas propios de estos escenarios, como puede ser la toma de decisiones al final de la vida, y el apoyo para mitigar los conflictos.

El impacto de los diversos factores emocionales que se presentan en los pacientes que ingresan a la UCI y de sus familiares ha sido descrito en muchos artículos como una experiencia atemorizadora; las necesidades de ellos trasciende en varios aspectos, como son:

1. **La dimensión física**, que incluye la necesidad de alivio del dolor y de la incomodidad causada por la intubación, succión de secreciones, insomnio, encamamiento prolongado, inmovilización;
2. **Situaciones de orden psicológico y social**, como son la necesidad de ser cuidado por otras personas, con pérdida de la privacidad, limitación de la autonomía, imposibilidad de relacionarse con la familia al existir horarios de visita rígidos, sin existir una óptima comunicación con los miembros del equipo de salud;
3. **El derecho a la información**, al paciente y a la familia, que involucra obtener explicaciones completas, adecuadas, oportunas y veraz acerca de su situación actual, evolución, pronóstico y aspectos relevantes de su enfermedad y tratamiento.
4. **Los factores afectivos y emocionales**, están asociados con el deterioro cognitivo por lo tanto podrían afectar de manera perjudicial la capacidad del paciente para razonar limitando su participación en la toma de decisiones;
5. **La condición propia del estado patológico basal**, afecta negativamente el pronóstico favoreciendo la depresión, falta de deseo de luchar y deseo de terminar con su sufrimiento.

La evolución científico y técnica de la atención al paciente crítico ha mejorado de forma espectacular la práctica clínica y la supervivencia, pero este progreso no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos más humanos. En muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) hacen que se conviertan en ambientes hostiles para los pacientes y sus familias e incluso para los propios profesionales.

#### **ANTECEDENTES:**

La incorporación del Humanismo Asistencial en la atención del paciente crítico comienza a convertirse en una actitud necesaria para poder considerar a esta asistencia como de calidad. La incorporación de los valores junto a los hechos es lo que asegura que dicha asistencia preservara la dignidad de cada uno de los pacientes críticos asistidos en el ámbito sanitario.

La bioética ha elaborado una metodología que puede ayudar a determinar cuáles son los mínimos éticos exigibles a cualquier sujeto (profesional, voluntario, político, gestor, etc.) en la asistencia de los pacientes críticos, en tres pasos:

**PASO No. 1:** Principio formal universal y absoluto (es decir vale para cualquier ser humano y debe respetarse siempre).

TODO SER HUMANO DEBE SER TRATADO CON IGUAL CONSIDERACIÓN Y RESPETO.

Este principio está fundamentado en una concepción determinada del ser humano que es la que afirma que tiene dignidad y no precio, y que el respeto y la dignidad es una obligación moral absoluta.

**PASO No. 2:** Principios materiales universales y no absolutos (es decir, valen para cualquier ser humano pero puede haber situaciones excepcionales en las que no es obligatorio cumplirlos).

**No-maleficencia:** Obligación de no lesionar con nuestras prácticas asistenciales la integridad física o psíquica de un usuario.

**Justicia:** Obligación de no discriminar a una persona en cuanto a los recursos que le corresponden.

**Autonomía:** Obligación de respetar los valores, ideas, creencias,.....y en definitiva el proyecto de vida de la persona usuaria.

**Beneficencia:** Obligación de hacer el bien a la persona según su propio proyecto de vida.

**PASO No. 3:** Valorar si, a la vista de las consecuencias esperables, se puede hacer alguna modificación o excepción a los principios del paso 2.

Las excepciones deben de justificarse en virtud del principio del paso 1. Es decir, podremos en un momento realizar una práctica determinada como ejemplo desescalonamiento terapéutico limitación del esfuerzo terapéutico o protocolo de fin de vida, si es el mejor modo de respetar su dignidad y tratarle con consideración y respeto.

En una organización humanizada existe un compromiso personal y colectivo por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas, el entorno y uno mismo, especialmente cuando tomamos conciencia de la vulnerabilidad ajena y de la necesidad de ayuda de los pacientes. Es por ello que proponemos esta búsqueda de:

- Minimizar el ambiente hostil para los pacientes, sus familias e incluso para los propios profesionales;
- Solucionar los trastornos emocionales conductuales o de relación que se presenten;
- Enfrentar de manera adecuada las diversas situaciones complejas que pueden ocurrir durante el abordaje de la solución de sus dolencias;
- Evitar aparezcan sensaciones de pérdida de la libertad y autonomía, que confrontan a los actores con experiencias negativas como vulnerabilidad, sufrimiento y muerte.
- Favorecer la cohesión de los equipos mediante el entrenamiento en habilidades no técnicas y estrategias de soporte psicológico creemos pueden ayudar.

## **ABORDAJE AL PACIENTE SU FAMILIA Y AL EQUIPO DE SALUD.**

### **Cuidados de los pacientes.**

El impacto de los factores emocionales en el paciente que ha ingresado a una UCI ha sido reconocido como un evento que modifica la vida y descrito como una experiencia aterradorante, con necesidades de los pacientes que trascienden la dimensión física (control de dolor, incomodidad, etc) e incluyen factores de tipo psicosocial (necesidad de ser cuidado, visita de familiares, controlar y mejorar la comunicación) e informativo (obtener explicaciones adecuadas, pronósticos, etc).

Los factores afectivos y emocionales están asociados a la depresión, con deterioro cognoscitivo que pueden afectar de manera negativa la capacidad del paciente para razonar y por consiguiente, limitan una participación adecuada en la toma de decisiones. De ahí la importancia de tomar medidas preventivas con el uso de acciones sencillas que garanticen la comodidad del paciente en la UCI, favoreciendo el ajuste emocional, mediante la contribución de profesionales en Psicología clínica; que faciliten dicho proceso de adaptación.

La presencia de un psicólogo podría facilitar el manejo que tiene lugar durante su estancia en UCI, que entre otros incluye sentirse deprimido, recibir malas noticias y enfrentar las dificultades de los médicos para responder a las preguntas que tienen. Además de la depresión, el paciente en UCI puede enfrentar otras alteraciones tales como inseguridad, sensación de abandono, estrés, ansiedad, delirium y otras alteraciones Neuro psiquiátricas como el estrés post-traumático al egreso, pérdida del auto control con secuelas físicas, psicológicas y cognoscitivas.

### **Cuidados a la familia.**

Los pacientes no son los únicos afectados con el ingreso a la UCI; ya que el ingreso de una persona enferma a este tipo de unidad, supone una barrera física y psicológica en la dinámica relacional familia-paciente. El aislamiento del enfermo lejos de la familia tiene repercusiones para ambos, lo que de manera indirecta influye negativamente el sistema familiar. Desde ese momento, los miembros de la familia corren el mismo riesgo que tiene el paciente crítico de desarrollar alteraciones afectivas, emocionales y físicas y vivirán intensos momentos de estrés; la familia del paciente en UCI también está en riesgo de desarrollar enfermedad mental, tanto durante la estancia hospitalaria, como una vez que el paciente ha egresado de la UCI. Aunque la ansiedad y la depresión en la familia suelen estar presentes, sus síntomas tienden a disminuir con el tiempo; sin embargo, situaciones relacionadas con pérdidas y duelos tienden a complicarse a medida que pasa el tiempo, al igual que sucede con los cuadros de estrés post traumático, que suelen instaurarse cuando el paciente ya ha sido dada de alta de la UCI.

### **Cuidados al profesional.**

El equipo sanitario no queda exento del estrés; el trabajo en equipo en la UCI, es imprescindible en cualquier ámbito sanitario, requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva. La entrega de novedades (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no solo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y exigen procedimientos estructurados que los hagan más efectivos y seguros. Los conflictos entre los profesionales que integran los equipos de UCI son frecuentes, causados en muchas ocasiones por fallos en la comunicación. Estos conflictos amenazan el concepto de equipo e influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia, generan desgaste profesional e impactan de forma negativa en los resultados. Dar relevancia a este proceso, un liderazgo adecuado y el uso de herramientas que faciliten la participación multidisciplinar son elementos clave en la mejora de la comunicación.

El síndrome de burnout o síndrome del desgaste profesional, es una enfermedad profesional que se caracteriza por 3 síntomas clásicos: agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional, que impacta a nivel personal y profesional, pudiendo derivar a un síndrome de estrés postraumático y a otros trastornos psicológicos graves, e incluso al suicidio; que influyen en la calidad de los cuidados, en los resultados y en la satisfacción del paciente. Entre los factores que contribuyen a su generación destacan características individuales, factores ambientales y organizacionales; de forma directa o a través de síndromes intermedios, como el distrés moral, percepción de ofrecer cuidados inapropiados o a la fatiga por compasión que deriva en un síndrome de desgaste profesional.

Recientemente diferentes sociedades científicas han buscado la difusión y visibilidad de este síndrome ofreciendo recomendaciones para reducir su aparición y mitigar sus consecuencias, estableciendo estrategias específicas que permitan dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales de intensivos derivadas de su dedicación y esfuerzo en el desempeño de su trabajo.

### **Información.**

La información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI. En el paciente crítico, muchas veces incompetente, el derecho a la información se transfiere con frecuencia a sus familiares. Informar de forma adecuada en situaciones de gran carga emocional requiere de habilidades de comunicación asertivas, sin embargo la mayoría de profesionales no han recibido una formación específica al respecto, lo que dificulta una correcta comunicación, que favorezca el diseño de un clima de confianza y respeto, con pacientes, familiares y equipo de salud, que facilite la toma conjunta de decisiones. En general, no han existido políticas específicas de cómo debe llevar a cabo el proceso informativo en la UCI, siendo todavía frecuente la información limitada a una vez al día, sin adaptarse a las necesidades específicas de pacientes y familiares, y todavía en muy pocas ocasiones se contempla la información conjunta médico-enfermera.

La incapacidad de comunicarse o hablar de muchos pacientes críticos genera sentimientos negativos, son una fuente importante de estrés y frustración para paciente, familiares y profesionales. Por lo cual hemos considerado incorporar de manera sistemática el uso de sistemas alternativos, progresivos que acrecenten la comunicación como una herramienta para mejorar la entrega de información en los pacientes, lo cual puede ser realizado con el apoyo de psicólogos clínicos. Además de las causas físicas, el sufrimiento psicológico y emocional puede ser muy elevado; experimentando los pacientes sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, falta de intimidad, deterioro de la dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión, entre otras cosas. Asegurar una adecuada formación de los profesionales y promover medidas encaminadas a tratar o mitigar estos síntomas asegurando el bienestar de los pacientes constituye un objetivo principal en la atención del enfermo crítico.

Las barreras se han centrado en el posible trauma psicológico y ansiedad que puede generar a la familia, la interferencia en los procedimientos, la distracción y el posible impacto sobre el equipo sanitario. Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que lo desean, podrían colaborar en algunos cuidados básicos (el aseo personal, la administración de comidas o la rehabilitación), bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, ellos mismos y sobre el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas.

Aunque los estudios no son concluyentes la presencia de los familiares durante determinados procedimientos no se ha relacionado con consecuencias negativas, y se acompaña de cambios de actitud de los profesionales, como una mayor preocupación de los éstos en relación a la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación favoreciendo el proceso del duelo.

## **El trastorno de estrés post traumático.**

Esto ha sido bien estudiado no solo en los pacientes de UCI sino también en sus familias, algunas de las principales fuentes de estrés de la familia del paciente crítico son: la tecnificación del entorno, la falta de intimidad y de espacios adecuados, el alto número de profesionales diferentes que atienden al paciente, la falta de confianza en los servicios de salud, el lenguaje técnico y la escasez de información, el sometimiento a las restrictivas normas de la unidad, el síndrome de estrés del traslado (ansiedad generada por el paso del paciente de la UCI a una unidad de hospitalización) y designar un tutor sustituto que asuma tomar decisiones por el paciente y representar sus deseos la familia se enfrenta a una situación de crisis vital y de muerte inminente caracterizada por: falta de control sobre la situación; incertidumbre en los momentos de espera; incertidumbre sobre el futuro del paciente; cambios de roles dentro de la familia y desajuste en su funcionamiento; preocupación por no sentirse preparados para tomar decisiones sobre su familiar y percepción de falta de libertad para expresar dudas y temores. De hecho, la enfermedad aguda en uno de los miembros puede afectar negativamente a toda la familia y desencadenar conflictos en el funcionamiento y la integridad; la experiencia de pacientes y familiares en la UCI es ambivalente, aunque está especialmente asociada con soledad, vulnerabilidad, indefensión y pérdida de importancia. Por lo tanto, concluyen algunos autores que además de enfermeras para la UCI, se requiere de profesionales de la salud que proporcionen apoyo emocional durante la transferencia a esta Unidad y que precisamente deben desarrollarse, aplicarse y evaluarse estrategias para lograr este tipo de apoyo.

El síndrome post-cuidados intensivos, descrito recientemente, afecta a un número importante de pacientes (30 al 50%) después de la enfermedad crítica. Se caracteriza por síntomas físicos (como el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o emocionales (ansiedad, depresión o estrés post-traumático) y pueden afectar también a sus familias, pudiendo ocasionar problemas sociales.

Sus consecuencias a medio y largo plazo impactan en la calidad de vida de los pacientes y las familias. Los equipos multidisciplinares, con especialistas en rehabilitación, fisioterapia, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, foniatras, facilitan la atención continuada necesaria para dar soporte a estas necesidades.

## **BENEFICIOS DEL APOYO PSICOLOGICO.**

Se consideran beneficios del apoyo psicológico, el lograr:

1. Ofrecer y mantener un trato más humanizado.
2. Aumentar el bienestar de los pacientes ingresados en UCI.
3. Aumentar la colaboración y confianza de paciente y familiares.
4. Disminuir la necesidad de antipsicóticos, analgésicos y sedantes.
5. Prevenir los estados de Delirium.
6. Acelerar la recuperación y prevenir el Síndrome Post Cuidados Intensivos.
7. Generar bienestar y felicidad en los profesionales de la UCI.

## OBJETIVOS DEL PROTOCOLO.

### Objetivo General.

Establecer y estandarizar lineamientos, procedimientos y herramientas técnicas, que permitan garantizar la seguridad de los pacientes, familiares y personal de la salud; en los procesos de atención.

### Objetivo Específico.

1. Determinar los procesos administrativos, asistenciales e institucionales apropiados para asegurar el bienestar de los pacientes, familiares y personal de la salud.
2. Promover las competencias del talento humano para la aplicación de procesos asistenciales seguros, preservando la confidencialidad, autonomía, independencia, bienestar.
3. Proveer de metodologías, herramientas e instrumentos técnicos para la implementación del presente protocolo.

## INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES.

### Pacientes seleccionados.

Se considera beneficio de la participación del psicólogo clínico en la UCI:

1. Pacientes con CAM-ICU (escala de riesgo de delirium) positivo al ingreso o en algún momento durante su estancia.
2. Pacientes con escalas de Ramsay y de Richmond para sedoanalgesia adecuados, que nos aseguren un nivel de conciencia óptimo.
3. Pacientes Hemodinamicamente estables, con control adecuado y en resolución del estado basal que motivo su ingreso a la Unidad de Cuidados Críticos.
4. Paciente con pre-alta o alta, que por falta de camas en planta de hospitalización o en otras áreas, prolongue innecesariamente su estancia en H-UCI.

### Pacientes con contraindicaciones o no indicación para evaluación por psicología clínica.

1. Pacientes inestables hemodinamicamente o en estados post paro.
2. Pacientes con deterioro neurologico severo, que le impida beneficiarse de evaluación por psicología.
3. Pacientes con alto riesgo de desarrollar situaciones de inestabilidad en cualquier momento sin signos de aviso previos. Por ejemplo:
  - a. Arritmia cardíaca (patología coronaria aguda durante las primeras 24 horas o sin resolución del problema que motivó el ingreso).
  - b. Alto riesgo de obstrucción de la vía aérea por tapones de secreciones repetidos.
  - c. Insuficiencia Respiratoria aguda, que no haya sido posible controlar.
  - d. Alto riesgo de convulsión.
  - e. Otros que el médico intensivista considere.

## GARANTIA DE SEGURIDAD Y CALIDAD.

Para garantizar el beneficio y la calidad en la realización del paciente, la familia y de los

profesionales de la UCI; debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Siempre prevalecerá la intención de proporcionar apoyo psicológico en todos los pacientes de la UCI que cumplan con los criterios de selección y no presenten las contraindicaciones descritas.
2. Todos los días por la mañana durante la entrega de turno e intercambio de información médica y enfermería, en cada paciente, se valorará individualmente, la necesidad y la viabilidad de apoyo psicológico.
3. Cualquier miembro del equipo puede proponer la realización de la evaluación por psicología clínica, pero la decisión vinculante será del médico intensivista quien presentara la decisión propuesta al responsable del servicio de Cuidados Intensivos; para su ejecución.
4. La decisión de la evaluación psicológica se individualizará tomando en cuenta el tipo de paciente, su patología, necesidad, gravedad y riesgos.
5. Será de obligatorio cumplimiento la realización del Checklist por parte de psicología clínica donde se detalle parámetros de evaluación y propuesta de manejo.
6. El paciente, la familia y/o el equipo de salud de la UCI siempre deberá ser evaluado respetando la privacidad, los principios bioéticos señalados en los párrafos anteriores.
7. La evaluación psicológica, se programará con antelación y se acordará con el equipo de la UCI responsable del paciente; para asegurar el mejor ambiente posible.
8. Se comunicará al paciente, a la familia y al equipo de salud sobre la realización de evaluación psicológica para que mediante consentimiento informado participen de manera activa.
9. El paciente deberá mantenerse aseado, con ropa adecuada y bien tapado, preservándose en todo momento su dignidad e imagen, respetando su pudor y tranquilidad.
10. A fin de obtener los máximos beneficios físicos y psicológicos, se procurará que la evaluación psicológica se realice en un ambiente de tranquilidad y preservando la privacidad.
11. Con el objeto de lograr disminuir el estrés laboral, evitar el síndrome de Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, sentimientos de baja autoestima profesional, estrés moral, fatiga por compasión u otros trastornos psicológicos que impactan a nivel personal, profesional y grupal; psicología clínica se diseñará y programará, cada 15 días o mínimo una vez al mes la realización de terapias personalizadas y de grupos, de forma rotativa a todo el personal de la UCI, la información obtenida por psicología se mantendrá de manera confidencial y solo servirá para buscar soluciones a los potenciales nudos críticos o conflictos que se detecten.

Siempre se ha de informar previamente al paciente, la familia y al personal de salud para respetar sus deseos si no desea del acompañamiento psicológico y su consecuente evaluación, explicándoles beneficios de su realización, si se encuentra capacitado para decidir. No obstante, si el personal observa que el paciente presenta signos de apatía/depresión/miedo que puedan inferir riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno emocional se tomará la decisión mediante interconsulta de la evaluación por psicología clínica.

#### **EQUIPO NECESARIO.**

1. Ambiente de privacidad y tranquilidad
2. El paciente podrá ser tratado en su propia cama respetando su autonomía, en función de las características de su enfermedad y sus necesidades.



3. Durante la realización del acompañamiento y evaluación psicológica podrán participar uno o dos profesionales y si ellos consideran necesario acompañara durante su realización algún familiar y/o el intensivista a cargo.
4. Las terapias de grupo se realizaran dentro de la institución de un espacio cómodo, libre de distracciones, en un horario que no interfiera con las actividades normales, que facilite la privacidad de los participantes cuyo número máximo de participantes nunca excederá de 10 personas, salvo excepciones expresamente señaladas por psicología clínica; la metodología de cada sesión será de única responsabilidad del grupo de psicología que lidere la sesión y deberá ser presentada con anticipación al Responsable del Servicio de la UCI para definir en conjunto, el personal que participará.

**ALCANCE:**

Este protocolo es de cumplimiento obligatorio en la UCI del Hospital Teofilo Dávila de Machala; siguiendo el modelo de mejoras en la atención con calidad el alcance de acción del mismo está dirigido a:

1. Todos los pacientes que ingresan al servicio de UCI, del Hospital Teofilo Dávila, especialmente a aquellos con estancia prolongada,
2. Personas en quienes se ha solucionado y controlado el estado mórbido que lo llevo a ingresar al área de la UCI,
3. Pacientes con alta o Pre-alta de la unidad; en espera de cupo de traslado a otro servicio,
4. Los familiares que participan en los cuidados de los pacientes, con riesgo de desarrollar alteraciones afectivas, emocionales y conductuales,
5. Familiares con signos claros de ansiedad, depresión, además de situaciones relacionadas con pérdidas e incapacidad de adaptarse adecuadamente a las fases del duelo,
6. El equipo humano multidisciplinario de la UCI; expuesto diariamente a situaciones de estrés,
7. Todo el personal de la UCI en quienes presenten síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional, que impacta a nivel personal y profesional, pudiendo derivar a desarrollar síndrome de burnout o síndrome del desgaste profesional, con riesgos de influir en la calidad de los cuidados, resultados y grado de satisfacción.

La aplicación en cualquiera de sus enfoques siempre será tomando en cuenta o considerando todas las definiciones y principios técnicos, científicos y bioéticos vigentes para el servicio de UCI.

**DEFINICIONES Y CONCEPTOS BASICOS:**

Existen varios conceptos relacionados con el apoyo psicológico del paciente en la UCIs que deben ser tomados en cuenta y son los siguientes:

**Psicología Clínica:** es una subdisciplina dentro de la psicología que estudia todos los elementos implicados en los trastornos mentales y, de forma más genérica, la salud mental. Se considera una estrategia de abordaje de la psicología, que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención en personas con algún tipo de afectación mental o de conducta desadaptativa con el fin de restaurar el equilibrio

psicológico y eliminar todo el sufrimiento.

**Servicio de Cuidados Intensivos (SCI):** estructura jerárquica central e independiente de otros servicios, dependiente directamente de la Subdirección y Dirección Médica del hospital, con una estructura dirigida por un profesional con formación específica y titulación oficial en Medicina Intensiva (MI), como el resto de profesionales, y que debe asumir la responsabilidad de atender al paciente crítico allí donde se encuentre, dentro de su estructura corresponde la UCI y la UCIM.

**Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM):** Unidades que atienden pacientes que requieren más recursos de los que se pueden proporcionar en las salas de hospitalización convencional, pero no necesitan la atención completa que se ofrece en UCI. Incluyen pacientes que requieren monitorización y/o cuidados de enfermería, sin requerir atención médica continua o terapia activa de soporte vital.

**Apoyo vital:** Es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano cuando su afectación ponga en peligro la vida.

**Tratamiento de Soporte Vital (TSV):** Procedimientos para prolongar la vida artificialmente y «ganar tiempo» para que con otras medidas terapéuticas (cirugía, antibióticos, etc.) o la evolución espontánea, se consiga resolver la situación.

**Enfermo o paciente en estado crítico:** es aquel paciente que se halla en riesgo vital real o potencial, cuya situación clínica se considera probablemente reversible; incluyendo al soporte del posible donante de órganos. Las características básicas del enfermo crítico son tres: **a.-) la gravedad** (entendido como riesgo de muerte; priorizaría los enfermos que más pueden beneficiarse del ingreso en UCI, "ni demasiado bien, ni demasiado graves"), **b.-) la complejidad** (complicaciones, comorbilidades, necesidad de soportes múltiples) y **c.-) la reversibilidad** "posibilidades razonables de recuperación", teniendo en cuenta en cada momento la evolución de la medicina basada en la evidencia y el respeto a la autonomía de los paciente).

**Paciente terminal:** es aquel que no patología avanzada no reversible y eminencia de muerte a corto o mediano plazo, por lo que no sería susceptible de admisión en la UCI, salvo que por su condición de donante, se requiera la preservación de sus órganos en beneficio de terceros. La previsibilidad del fallecimiento distingue perfectamente al paciente terminal del paciente irreversible o incurable, en el que el plazo no es previsible, por ejemplo el diabético es un enfermo incurable, pero habitualmente no terminal.

**Proporcionalidad:** el principio de proporcionalidad indica que un tratamiento médico está indicado, desde un punto de vista ético, si es probable que proporcione al paciente más beneficios que inconvenientes.

**Calidad de vida:** estado subjetivo de bienestar en todos los sentidos, con autonomía suficiente y ausencia de síntomas. La percepción que el paciente tiene de su bienestar existencial depende de su salud, estado psicológico, relaciones sociales, cultura y sistema de valores. Hay que diferenciarlo del estado de salud que es lo que el profesional mide a partir de las diferentes escalas publicadas y aceptadas internacionalmente.

**Dilema ético:** constituye un conflicto de valores, para la que no hay una respuesta correcta o incorrecta, y las perspectivas son distintas. Es una situación para la que existe más de una solución válida. Refleja posiciones y/o argumentos diferentes. El diálogo es el instrumento clave para articular y en lo posible resolver los dilemas causados por la ciencia y la tecnología en el ámbito de la medicina, de la biología y de las relaciones del ser humano con los demás seres vivos.

**Comité de ética asistencial:** Es una comisión consultiva e interdisciplinaria, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la

resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria. Es un foro constituido por médicos, enfermeras, psicólogos, filósofos y ciudadanos que no tienen relación con las profesiones sanitarias, donde se delibera, sopesa y pondera sobre los diferentes valores inmersos en la práctica asistencial, tratando de asesorar sobre las distintas decisiones que se pueden tomar.

**Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET):** consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Existen dos tipos: no iniciar determinadas medidas, conocida como no escalonamiento terapéutico o retirarlas cuando están instauradas, conocida como desescalonamiento terapéutico.

**Desescalonamiento Terapéutico (DET):** es la omisión y/o retirada progresiva de uno o varios soportes vitales cuando se prevén inútiles, no ha mostrado respuesta o beneficio y pudiesen considerarse inútiles para conseguir los objetivos de salud del paciente.

**Encarnizamiento u Obstinación terapéutico:** consiste en el empleo de todos los medios posibles no indicados, desproporcionados y extraordinarios, sean proporcionados o no, para retrasar el advenimiento de la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación. También es conocida como distanasia o ensañamiento pues no considera los sufrimientos añadidos al moribundo; adopta medidas diagnósticas o terapéuticas, con objetivos curativos, no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada. El médico no está obligado ni legal ni moralmente a tratamientos sin beneficios, con muchos inconvenientes, límites o costos (Ej. nutrición parenteral, hidratación forzada) con el objetivo de alargar innecesariamente la vida en una clara de agonía. Esto constituye una mala práctica médica y una falta deontológica.

**Adistanasia:** es el respeto a la dignidad del enfermo con la aplicación de medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles, evita el encarnizamiento terapéutico dejando llegue el proceso de muerte de manera normal en una persona con enfermedad incurable irreversible sin prolongarle artificialmente la vida.

**Eutanasia:** es adelantar el proceso de muerte en una persona con enfermedad incurable o terminal con o sin su consentimiento.

**Cuidados paliativos:** se basan en los siguientes criterios: a) Evidencia que el paciente en estado terminal tiene dolor; b) Que la respuesta a la terapéutica sea proporcional al nivel del dolor y, c) La intención del médico será aliviar el dolor y no matar al paciente. Serán legales y éticamente permisibles. Se debe diferenciar los cuidados paliativos de la eutanasia.

**Futilidad:** aplicación de un acto médico inútil, desaconsejado porque no es clínicamente eficaz. Se considera que una medida diagnóstica o terapéutica es fútil cuando no aporta beneficio al paciente o puede producir al enfermo o a su familia perjuicios desproporcionados en relación con el posible beneficio, ya que la probabilidad de éxito es muy baja o la calidad de vida, que es la meta del tratamiento, se considera inaceptable.

**Sedación dinámica o sedación adaptativa:** estrategia de sedación basada en prever y ajustar la dosis de analgésicos y sedantes, a las distintas necesidades que a lo largo del día puede tener el paciente crítico ventilado. En condiciones ideales, debería permitir la comunicación del paciente con el personal que lo atiende o con sus familiares, manteniendo el estado de alerta y confort durante el periodo de ventilación mecánica.

**Sedación paliativa:** consiste en reducir la consciencia en un enfermo con enfermedad avanzada o terminal, con el fin de aliviar uno o más síntomas refractarios. Requiere el consentimiento del paciente o familiar.

**Sedación terminal:** se utiliza para lograr el alivio de un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, en un enfermo cuya muerte se prevé muy próxima. Requiere

el consentimiento del familiar.

**Orden de No Intentar la Reanimación Cardiopulmonar (ONIR):** en el caso de que al paciente le suceda un paro cardiorrespiratorio, ordena no iniciar la Reanimación Cardiopulmonar por no ser unas maniobras aceptables para el enfermo o ser consideradas inútiles por los profesionales sanitarios que le atienden. En la cual un facultativo responsable contraindica las maniobras de RCP ante un PCR. No supone ni la modificación del tratamiento ni la negación del ingreso en la UCI. La ONIR se dará si: 1) La calidad de vida es baja antes las maniobras de resucitación; 2) Se espera mala calidad de vida después de las maniobras de resucitación y 3) No se espera ningún beneficio médico de la resucitación. No RCP: enfermos terminales, estado vegetativo persistente, demencia senil avanzada y enfermos que hayan manifestado su voluntad de no RCP.

**Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas:** proceso por el que una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones.

**Documento de Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas:** escrito dirigido al médico responsable en el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente, de manera libre y de acuerdo con los requisitos legales, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad. En él se puede designar a un representante, que será el interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario, y que le sustituirá en el caso que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

**Competencia mental:** aptitud del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores. Es la capacidad que permite al paciente establecer un proyecto de vida personal, ajustando razonadamente a él sus decisiones cuando ejercita su derecho de autonomía al ser capaz de comprender, reflexionar y comunicarse.

**Paciente incapaz:** paciente que, debido a la enfermedad que padece, no puede ser adecuadamente informado ni prestar su aquiescencia a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se emplean sobre él.

**Rechazo de tratamiento:** es la omisión o retirada de un tratamiento porque el paciente no da su consentimiento informado válido para iniciarlo o lo retira cuando el tratamiento ya había sido iniciado, aunque el profesional sanitario pueda considerarlo indicado.

**Consentimiento Informado:** consiste en una explicación por parte del profesional de la salud a un paciente competente o a la familia, de manera comprensible sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos recomendados para su enfermedad, que le permitan tomar una decisión para ser sometido a dichos procedimientos. No será obligatorio en situaciones que supongan un riesgo inminente para la salud, ni como es frecuente en las UCI en situaciones de urgencia.

**Confidencialidad:** el derecho del paciente a que la información relativa a su proceso asistencial no sea revelada sin su autorización expresa.

**Paternalismo:** es una suposición de que el médico tiene mayor capacidad para determinar cuáles son los mayores intereses del paciente limitando su autonomía con el fin de protegerlo de consecuencias cuyas dimensiones el enfermo podría no apreciar. Puede considerarse un recurso lícito siempre y cuando no se utilice de manera constante y radical, pues sería aceptar que todos los pacientes carecen de razón. El médico puede y debe manifestar su desacuerdo cuando lo asista la certeza de que el paciente se ha decidido por algo que no lo va a favorecer.

**Resiliencia:** proceso dinámico, constructivo de origen interactivo y socio cultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas.

**Muerte Encefálica:** es un concepto de muerte siguiendo criterios neurológicos, Muerte Cerebral o Muerte Encefálica, se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del tronco encefalo. Esta entidad clínica aparece cuando por una patología intracraneal de cualquier etiología, la presión intracraneal se eleva por encima de la tensión arterial sistólica del paciente dando lugar a la parada circulatoria cerebral. La muerte encefálica ha sido reconocida como la muerte del individuo por la comunidad científica, y aceptada como tal, en la legislación de diferentes países. Es "un cerebro muerto a un cuerpo vivo", "condición jurídica de cadáver". De este estado del paciente se obtienen órganos y tejidos para trasplantes. Los pacientes no tienen ninguna posibilidad de recuperación.

**Dignidad:** "cualidad que enriquece o mantiene la propia estima y la de los demás". Tenemos el derecho de vivir con dignidad y también el derecho de morir con dignidad.

**Derecho a morir con dignidad:** Philippe Ariés ha demostrado, en sus clásicos estudios sobre las actitudes de los humanos ante la muerte, que éstas son muy diferentes según los lugares y los tiempos. En la postmodernidad, distintos autores de diferentes culturas definen la muerte digna distinguiéndola del "ensañamiento terapéutico" así como de la muerte miserable, fuera y antes de tiempo definida como "mistanasia".

**Abandono:** es la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia. Entre sus motivos destaca la falsa idea de que "ya no hay nada que hacer" y una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso del profesional. Es el otro extremo de la obstinación y constituye una falta deontológica y mala práctica médica. Cuando en el proceso de enfermedad terminal o aún de agonía un paciente no recibe los cuidados apropiados de higiene, confort y alivio de los síntomas y del sufrimiento, hablamos en términos bioéticos debidos al abandono.

**Los valores en la UCI:** paradójicamente en este lugar donde a veces hay tantas dificultades es donde tanto valores tienen el paciente crítico, el personal de salud y la sociedad.

**Valores del paciente crítico:** existe un acuerdo general en que el paciente en estado crítico conserva todos sus derechos durante su estancia en la UCI, es más, debe ser especialmente protegido. Por tanto, tiene derecho a ser tratado con dignidad, que sus creencias sean aceptadas, se conserve su privacidad y confidencialidad, y tiene derecho a su autonomía, recibir información suficiente para consentir o rechazar el tratamiento.

**Valores del personal de salud:** el personal de salud que trabaja en la UCI, está sometido a presión física y psicológica permanente; debe tomar decisiones clínicas rápidas y trascendentes, además, se ve obligado a establecer juicios audaces sobre los valores de los pacientes que no conoce.

**Valores de la sociedad:** la UCI constituye uno de los centros de gasto más importante dentro los hospitales, por lo que sus recursos humanos y técnicos son siempre limitados con relación a la demanda de los pacientes; también se ven obligados a utilizar criterios de justicia a la hora de seleccionar a los pacientes que deben ser ingresados.

**La calidad asistencial:** comprende las prácticas profesionales con calidad científica, técnica y humana; el uso de recursos con eficiencia; la minimización o ausencia del riesgo del paciente a la enfermedad asociada a los servicios prestados y, la satisfacción del paciente.

**Cultura de seguridad:** es un acto que promueve un ambiente en el que se desarrollen las actividades de seguridad, basado en la confidencialidad y la confianza entre pacientes, profesionales y personal de la salud, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente para que se pueda implementar cualquier tipo de acción de mejora.

**Eficacia:** medida o grado en el que una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio tiene capacidad para alcanzar un objetivo sanitariamente deseable en condiciones

experimentales o ideales. La eficacia no presupone la efectividad, de forma que las acciones sanitarias pueden ser eficaces y efectivas a la vez, pero no ineficaces y efectivas al mismo tiempo.

**Eficiencia:** relación entre fines y medios; o la maximización de la utilidad; o la relación entre los beneficios y los costes monetarios que aparecería luego de aplicar un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

**Efectividad:** medida o grado en el que se alcanza un determinado impacto, resultado, beneficio o efecto real a causa de la aplicación práctica de una acción sanitaria en condiciones habituales de uso o aplicación, por la generalidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles y sin seleccionar los pacientes.

**Riesgo:** probabilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente y/o la organización. Probabilidad de peligro, pérdida o lesión dentro del sistema de salud.

**Calidad:** grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseable coherente con el conocimiento actual de los profesionales, cumpliendo con los estándares predeterminados.

**Indicador de calidad:** son instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad. Permite la monitorización al medir y evaluar de forma periódica y planificada, aspectos relevantes de la asistencia. Deben ser fiables, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia. Son requisitos imprescindibles para todo indicador: su validez (cumple el objetivo de identificar situaciones en que se podría mejorar la calidad de la asistencia), sensibilidad (detecta todos los casos en que se produce una situación o real de calidad) y especificidad (detecta solo aquellos casos en que existen problemas de calidad).

**Gradación asistencial:** adaptación de la organización a las necesidades de los pacientes, procurando asegurar la equidad de los cuidados de todos ellos independientemente de donde se encuentren. Trata de reducir la distancia entre la atención disponible en la UCI y la de las salas de hospitalización convencional.

**Reingreso no programado en UCI:** nuevo episodio de admisión en UCI de un paciente que, habiendo sido trasladado a otra unidad asistencial después de un primer ingreso en esa UCI, vuelve a la misma antes de haber sido dado de alta del Hospital. Los reingresos no serán nunca considerados nuevos ingresos aunque se produzcan por causas distintas de las que motivaron la primera estancia en UCI. Si el primer episodio fue incluido en un estudio-registro, el reingreso no debe serlo excepto que las condiciones del estudio lo prevean específicamente así. Se excluyen los traslados a UCI de otros centros (centros de referencia o decisión familiar).

**Índice de estimación pronóstica:** estimación de la probabilidad de muerte a través de evaluaciones de gravedad. Los pronósticos establecidos (calculados o estimados) no permiten tomar decisiones asistenciales ante casos concretos. Entre los índices pronósticos tenemos APACHE II, SOFA, TISS 28, y demás scores según patología.

## ALGUNOS CAMBIOS QUE REQUIEREN LAS UCI.

Los cambios propuestos están en relación al entorno, al paciente, a la familia y al equipo de salud que labora en la UCI.

- 1. Cambios con relación al entorno:** habitáculo individual que garantice intimidad y suficiente espacio, luz natural, sala de familiares acondicionada.
- 2. Cambios con relación al paciente:** defensa de la intimidad y autoestima; respeto de los niveles de competencia (consentimiento informado); tutela de la confidencialidad;

fomento de la seguridad y comodidad; respeto a los valores individuales, asistencia religiosa según su credo y resolución de sus quejas.

- 3. Cambios en relación a la familia:** información permanente si es posible de manera grupal a los familiares directos, visita directa y presencia humana, colaboración en los cuidados, participación en la toma de decisiones y apoyo a sus necesidades.

Además de lo anterior, es importante tomar en cuenta las necesidades de la familia del paciente en estado crítico cuyos requerimientos son los siguientes:

- Obtener respuestas honestas para sus preguntas.
  - Conocer la verdad sobre el diagnóstico.
  - Conocer los resultados de los procedimientos tan pronto como estén disponibles
  - Contar con un miembro del personal médico que les informe del progreso del paciente.
  - Conocerlas posibles complicaciones.
  - Recibir explicaciones que puedan entender.
  - Saber que miembros del personal están prestando cuidados al paciente.
- 4. Cambios en relación al equipo de salud:** creación de grupos de trabajo que facilite el trabajo en equipo; formación específica, incluyendo el fortalecimiento del área de ética y bioética; apoyo de los comités de bioética clínica.

## CONCLUSIONES.

El cuidado de los pacientes en la UCI tiene un valor fundamental, pues debe enfrentar a situaciones conflictivas y dilemas éticos en el cuidado de la salud, de la vida, de la enfermedad y de la muerte.

Se cuestiona la calidad de los indicadores en relación a la calidad de vidas preservadas en pacientes recuperados, y a la calidad de morir en pacientes irrecuperables.

La conducta ética del personal médico se basa en preceptos de carácter deontológico y moral, recogidos en el Código de ética, que aplicados en su diario quehacer profesional aseguran y amparan su práctica profesional.

El médico aplica en su ejercicio profesional principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que constituyen las normas fundamentales que gobiernan su conducta, proporcionándole una base para el razonamiento y orientación a sus acciones.

El éxito de la recuperación del estado de salud de los pacientes, el buen afrontamiento a la enfermedad, la vida, la muerte y el duelo, constituye el éxito de intervenciones de un gran equipo multidisciplinario, equipo humanamente y técnicamente preparado y formado para brindar cuidados de calidad y calidez en el servicio de uci

## DISPOSICIONES GENERALES:

Las que las autoridades hospitalarias y de salud determinen.

### HISTÓRICO DE EDICIONES.

Fecha N°	Edición	Resumen de cambios
03/06/2018	01	Reunión de equipo. Propuesta de edición inicial
18/07/2018	02	Se amplía el desarrollo y se especifican los pacientes diana y contraindicados.
30/08/2018	03	Se socializa con el servicio de cuidados intensivos sobre la forma de manejo y participación.
20/09/2018	04	Análisis de beneficios y se mejora el protocolo. Se socializa con el departamento de psicología clínica.

### BIBLIOGRAFIA.

1. Gabriel Heras La Calle, Mari Cruz Martin, Nicolas. Buscando Humanizar los cuidados intensivos. Rev. Bras. Ter Intensiva. 2017;29(1):9-13
2. Contreras Moreno AM, Palacios-Espinosa X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). rev.univ.ind.santander.salud 2014; 46 (1):47-60
3. M. Pilar Barreto, Ramón Bayes. El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. Anales de psicología, 1990, 6 (2), 169-180
4. Evangelina Aldana Calva, Ma. Eugenia Gómez López. Criterios para la elaboración de las guías de Intervención psicológica. Perinatol. Reprod. Hum. Enero-Marzo 2007, 21 (1): 11-21.
5. Fernando Álvarez Martínez, Ma. José Molero Pardo. Protocolo de actuación ante el proceso de muerte. Comisión de Humanización de los Cuidados. Enfermería Docente 2010; 92: 27-30
6. Raúl Carrillo Esper, Jorge Raúl Carrillo Córdova, Luis Daniel Carrillo Córdova. Cuidados paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva. Rev. Asoc. Mex. Med Crit y Ter. Int. 2007;21(4):207-216
7. Mónica Novoa, Blanca Patricia Ballesteros de Valderrama. The role of the psychologist in an intensive care unit. *Univ. Psychol. Bogotá (colombia)* 5 (3): 599-612, Octubre-Diciembre de 2006. issn 1657-9267
8. Contreras Moreno AM, Palacios-Espinosa X. Contributions of psychology to interdisciplinary management of the Intensive Care Unit. Patient (ICU).



<p>Rev.univ.ind.santander.salud 2014; 46 (1): 47-60</p> <p>9. Durán M.E., Fernández S.M., Sierra M. A., Torres L.A., Ibáñez M., Perfil psicosocial de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Médica y Cardiovascular de la Clínica Universitaria Colombia. Rev.Medica.Sanitas 14 (2): 28-37, 2011</p>		
<p><i>Dr. Victor Euclides Briones Morales</i></p> <p><b>FIRMAS</b></p>	<p><b>FIRMAS</b></p>	<p><b>FIRMAS</b></p>

