



HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ELABORADO POR:	Dr. Euclides Briones Morales	REVISION POR:	Dr. José Carlos Igeño (Revisor externo)	APROBADO POR:	
FECHA DE ELABORACION :	01/06/2018	FECHA DE REVISION:	30/08/2018	FECHA DE APROBACION:	
PROTOCOLO :	PASEOS QUE CURAN "Revisión y Adaptación del original"				

NOTA ACLARATORIA:

El autor original del protocolo "PASEOS QUE CURAN" es el Dr. José Carlos Igeño, miembro del Proyecto HU-CI y Jefe de Servicio de Medicina Intensiva (UCI) y Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Córdoba (España), lugar donde nació y se desarrolló dicho protocolo. Fue solicitado y concedido su permiso para revisión del documento, adaptación a nuestra realidad y aplicación como un modelo creado para ser exportable a cualquier Unidad de Cuidados Intensivos y estando a libre disposición de quien lo requiera.

INTRODUCCION:

En el servicio de Cuidados Intensivos se atienden pacientes con alteraciones fisiopatológicas con tal severidad que pueden representar un riesgo de complicaciones potencialmente graves que pueden convertirse en una amenaza real o potencial para la vida, pero con posibilidades de recuperación.

Dicha amenaza real puede estar dada por alteración de alguna de sus funciones vitales, necesitando medidas de soporte vital, terapéuticas extraordinarias como soporte artificial de carácter mecánico, asistencia eléctrica y/o soporte vital farmacológico.

Mientras que la amenaza potencial está dada por las características evolutivas de la enfermedad o los procedimientos terapéuticos que le han sido aplicados, existiendo riesgo de aparición de algún fracaso orgánico serio.

Por lo que se establecen dos tipos de pacientes se beneficiarán con su internación

en la UCI:

1. Los pacientes que necesitan monitorización y tratamiento porque una o más funciones vitales están amenazadas por una enfermedad aguda o por una enfermedad crónica agudizada (e.g., sepsis, infarto de miocardio, hemorragia gastrointestinal) o por las secuelas del tratamiento quirúrgico u otro tratamiento intensivo (e.g., intervenciones percutáneas) que llevan a trastornos potencialmente mortales.
2. Los pacientes que ya padecen insuficiencia de una o más funciones vitales, como la función cardiovascular, respiratoria, renal, metabólica, o cerebral, pero con la posibilidad de recuperación funcional.

El avance de la tecnología, el uso de nuevas drogas así como el desarrollo de protocolos de atención han permitido cada vez mayor número de sobrevivencia con disminución de la Morbi-mortalidad; en tal sentido es frecuente encontrar pacientes con largas estancias hospitalarias en la UCI; lo que lleva en muchos casos al desarrollo de estados de Delirio y síndrome post UCI.

El proyecto de una UCI sin Barreras y su Protocolo “Paseos que curan”, trata de disminuir esto, sacando a los pacientes estables de larga estancia que están en la UCI durante unos minutos cada día; tiempo que debe ser debatido y consensuado, para determinar su duración; ya que se considera que eso será muy beneficioso para los pacientes, buscando darles a los pacientes dos cosas Naturaleza y sensación de movimiento, así como la oportunidad de reencontrarse con sus familiares sin limitación del número de personas. Esto busca mejorar el estado afectivo así como evitar el Delirio y/o el Síndrome de post-cuidados intensivos.

Se ha reportado que en los pacientes que logran salir de la UCI y realizar este tipo de paseo programado, la duda más grande que presentan es cuando se lo volverá a sacar de nuevo; la realización de esta actividad controlada busca dar un sentido a su estancia en la UCI quitar esa sensación de abandono, vulnerabilidad y soledad; además de proveer la certeza de que la vida continua.

Al tiempo que abrimos la UCI al exterior, ya que no tiene ventanas como el resto de habitaciones, aliviarnos la estancia a los pacientes que permanecen largos periodos de tiempo, al quitar esa sensación de encierro con pérdida de la relación de tiempo por cuanto el sistema de iluminación; el continuo trabajo al interior de la UCI con la consecuente producción de ruido no permite un adecuado descanso, su salida permite una mejor relación con el entorno disminuye el estrés, mejora el estado de alerta, evita la sensación de abandono por parte del núcleo familiar, estimula la relación de afecto y logra que el paciente acepte mejor su estado de salud actual.

ANTECEDENTES:

La estancia en un Box de la Unidad de Cuidados Críticos puede suponer un proceso estresante lleno de angustias, temores y ansiedad tanto para el paciente como para la familia y los profesionales de la salud; por lo que la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Teófilo Dávila, se suma al proyecto internacional de Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos (HU-CI), que nació en las UCIs de España, de la mano de su mentalizador Dr. Gabi Heras, para buscar disminuir los efectos indeseables de esta experiencia traumática, proponemos la implantación del Protocolo **“Paseos que curan”**; cuyo autor original es el Dr. José Carlos Igeño; siendo un modelo que al estar a disposición de quien lo requiera y además ser exportable a cualquier Unidad de Cuidados Intensivos, se lo solicitamos; nos cedió y autorizo para Revisión del documento, adaptándolo a nuestra realidad para su aplicación; el mismo consiste en la salida de la HU-CI a modo de paseo, en pacientes seleccionados, que cursan con larga estancia y que se encuentran estables, considerándose el paseo, como un tratamiento y cuidado más, de la misma importancia que cualquier otro proporcionado.

Además hemos desarrollado varias acciones, entre las que se cuentan la liberación de manera controlada de la visita de familiares, mejorar la entrega de información a los familiares, mejorar el entorno laboral, disminuir la producción de ruido, trato más cordial llamando por sus nombre a los pacientes, mejorar el sistema de iluminación, permitir el uso de música de relajación al interior de la Unidad de Cuidados Críticos, permitir la entrada de personas con música cristiana y de alabanzas respetando sus creencias religiosas y credos, apoyo psicológico. También se propone poner en marcha un programa de redecoración de las paredes de los cuatro boxes del servicio con motivos de paisajes inspirados en la naturaleza, del proyecto original, “Más allá de la pared”; también de autoría del Dr. José Carlos Igeño. Aunque el Hospital no esté rodeado de árboles y montañas, el contacto con la naturaleza pasa más por la importancia de ver el cielo, el sol, respirar aire puro o sentir la brisa y sobre todo, salir del Box de la UCI.

El objetivo que perseguimos con estas iniciativas y entre ellas el Protocolo denominado **“Paseos que curan”**, es ayudar en la recuperación de los pacientes críticos que cursan con hospitalización prolongada, incrementando en la medida de lo posible, su bienestar; mejorando la estancia de los pacientes que permanecen ingresados durante mucho tiempo; mediante su implementación en la HU-CI del Hospital General Teófilo Dávila, un espacio sin barreras, suponiendo la expansión de la UCI, ya que carece de ventanas. En cierto sentido el proyecto “más allá de la pared” con el Protocolo “paseos que curan” se convierten en una actividad alegre, relajante y terapéutica, de la que han de disfrutar tanto pacientes, familias e incluso el personal de salud involucrado en la atención, proporcionando satisfacción y realización, por ello, animamos al paciente, familias, personal sanitario, etc., a sonreír y disfrutar de esta actividad.

NIVELES DE ATENCIÓN Y PRINCIPIOS BIOÉTICOS.

En base a lo anterior es necesario distinguir, los principios bioéticos para definir, quienes se beneficiaran del ingreso a la HU-CI y la aplicación del presente protocolo, estableciendo tres niveles de atención en pacientes que ingresan a la UCI III, II y I; excluyéndose de su ingreso lo pacientes categorizados como IV-A o IV-B.

NIVEL DE ATENCIÓN IV (No apropiados para la UCI). Son categorizados así aquellos pacientes que no se benefician de la UCI, se los divide en dos grupos.

A. Poco o ningún beneficio dado por una intervención de bajo riesgo. Se los considera “Demasiado bien para beneficiarse de la UCI”.

B. Pacientes con enfermedad terminal o inminencia de muerte. Se los considera “Demasiado mal para beneficiarse de la UCI”.

NIVEL DE ATENCIÓN III (el más alto). Es para pacientes con insuficiencia multiorgánica (dos o más órganos) de carácter potencialmente mortal inmediato. Estos pacientes dependen de apoyo farmacológico y de dispositivos, tales como apoyo hemodinámico, asistencia respiratoria, o tratamiento de reemplazo renal.

NIVEL DE ATENCIÓN II. Es para pacientes que necesitan monitorización y apoyo farmacológico y/o de dispositivos, para la insuficiencia de un solo sistema orgánico de carácter potencialmente mortal.

NIVEL DE ATENCIÓN I (el más bajo). Los pacientes NA I tienen signos de disfunción orgánica que exigen control continuo y mínimo apoyo farmacológico o con dispositivos. Estos pacientes están en riesgo de sufrir una o más insuficiencias orgánicas agudas. Se incluyen también los pacientes que se están recuperando de una o más insuficiencias orgánicas, pero que están muy inestables.

Para estos diferentes Niveles de Atención, se consideran apropiadas las siguientes proporciones enfermera/paciente: nivel III 1/1; nivel II 1/2 nivel I 1/3. Se pueden integrar varios Niveles de Atención, en la misma H-UCI con un modelo de organización flexible.

Los principios de la bioética son un instrumento de análisis que puede ayudar en la deliberación sobre cualquier dilema derivado de la asistencia y cuidado de los pacientes.

Los adelantos en la tecnología han permitido disminuir las tasas de mortalidad y mantener la vida de los pacientes que en tiempos anteriores muy seguramente habrían fallecido, esto ha sido una de las causas del surgimiento de la Bioética. Uno de los principales problemas éticos a que se ven abocados los profesionales de la salud en las UCI es la decisión de retiro o limitación del tratamiento vital.

La Bioética se fundamenta en cuatro principios que deben condicionar la conducta en pacientes críticos, lo que significa que deben ser respetados cuando no existe conflicto entre ellos.

1. Principio de justicia: equidad en las prestaciones asistenciales. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), se traduce en que todos los pacientes críticos deben gozar de las mismas oportunidades y en que se debe tratar de conseguir el mejor resultado al menor costo económico, humano y social. Los esfuerzos terapéuticos se pueden limitar no solo porque el paciente los rechaza o porque están contraindicados, sino también porque son escasos y hay que racionarlos aunque el paciente no quiera y no estén contraindicados. En la UCI se traduce en que todos los pacientes críticos deben tener iguales oportunidades, tratando de conseguir el mejor resultado con el menor costo económico, humano y social.

2. Principio de No maleficencia: no se puede obrar con intención de dañar ("Primum non nocere"). Viene a expresar que sólo se debe tratar con aquello que esté indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado. Es utilizada por el personal de salud en su toma de decisiones (limitación del esfuerzo terapéutico). Nunca se puede indicar procedimientos de maleficentes o que están contraindicados, y no se pueden indicar procedimientos contraindicados ni con el consentimiento del paciente. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos respetarán en forma escrupulosa el equilibrio entre el riesgo y el beneficio y no causarán daño físico ni psíquico.

3. Principio de beneficencia: se debe actuar buscando el bien del paciente. Las obligaciones de beneficencia son de gestión privada. Implica: procurar los mejores intereses para el paciente, hacer el bien y prevenir el mal innecesario. Curar la enfermedad y evitar el daño cuando haya esperanza razonable de recuperación.

4. Principio de autonomía: significa: libertad de elegir, capacidad de fijar una posición propia con respecto a determinado hecho y poder asumir la responsabilidad de sus propios actos. Toda persona competente es autónoma en sus decisiones. Refleja el derecho del paciente crítico competente a aceptar o rechazar un tratamiento, a elegir entre las alternativas terapéuticas o, en caso de incapacidad, a ser representado por un subrogado o a ser tutelado judicialmente.

Entre estos principios existen dos niveles de jerarquización. **El primer nivel, de ámbito público**, incluye los principios de justicia y No maleficencia. **El segundo, de ámbito individual o privado**, incluye los principios de beneficencia y autonomía. Si existiera conflicto entre ellos, tienen prioridad absoluta los principios de primer nivel o, lo que es igual, los autonómicos de segundo nivel son obligatorios siempre que no entren en conflicto con los dos primeros.

OBJETIVO DEL PROTOCOLO:

1. Aumentar el bienestar de los pacientes ingresados en UCI.
2. Aumentar la colaboración y confianza de paciente y familiares.
3. Prevenir el Delirium.
4. Disminuir la necesidad de antipsicóticos, analgésicos y sedantes.
5. Acelerar la recuperación y prevenir el Síndrome Post Cuidados Intensivos.
6. Generar bienestar y felicidad en los profesionales de la UCI.
7. Disminuir la estancia hospitalaria en UCI:
8. Promover una UCI de puertas abiertas y sin barreras.
9. Mantener un trato más humanizado.

INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES.

Pacientes seleccionados.

Aquellos pacientes en los que se prevé un beneficio asociado al paseo fuera de la UCI son:

1. Todos aquellos pacientes en los que se prevean más de 7 días de estancia.
2. Pacientes con CAM-ICU (escala de riesgo de delirium) positivo al ingreso o en algún momento durante su estancia.
3. Pacientes Hemodinamicamente estables, con control adecuado y solución 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 el paseo.

1. Pacientes inestables Hemodinamicamente o en estados post paro.
2. Pacientes con deterioro neurologico severo, que le impida beneficiarse de su salida.

3. Pacientes con alto riesgo de desarrollar situaciones de inestabilidad en cualquier momento sin signos de aviso previos. Por ejemplo:

- a.** Arritmia cardiaca (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 la seguridad del paciente y la calidad en la realización del Protocolo “paseo que cura”, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1.** Siempre prevalecerá la intención de proporcionar paseos en todos los pacientes de la H-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 del “paseo que cura”.
- 3.** Cualquier miembro del equipo puede proponer la realización de “paseo que cura”, pero la decisión vinculante será del médico intensivista quien presentara la propuesta al responsable del servicio de Cuidados Intensivos; para que en reunión del Servicio se discuta, analice, resuelva y programe.
- 4.** La decisión se individualizará tomando en cuenta el tipo de paciente, su patología, necesidad, gravedad y riesgo.
- 5.** Será de obligatorio cumplimiento la realización del Checklist de cuidados donde se detalle parametros de control de seguridad.
- 6.** El paciente siempre deberá ir acompañado por dos personas del equipo. La decisión sobre qué dos miembros del equipo (auxiliar de enfermería, enfermera e intensivista) acompañan al paciente, será del médico intensivista, que la tomará según el estado clínico del enfermo.
- 7.** El paseo se programará al menos con una hora de antelación y se acordará con todo el personal de la UCI. Esto es necesario por si el equipo que sale de paseo

tiene más pacientes a su cargo. Ya que ha de existir la seguridad de que el personal que queda en la Unidad, puede atender a esos enfermos con garantías de la máxima calidad.

8. En caso de falta de personal, se le comunicará a la Coordinadora de la UCI o al de Coordinador de guardia, la necesidad de sacar temporalmente al paciente de la UCI, para acordar con él los movimientos de personal necesarios y el momento de hacerlo.
9. Se avisará a la familia siempre, para que acompañe (si les es posible) al paciente durante el paseo.
10. Aquellos pacientes que se paseen en sillas de ruedas, podrán aprovechar para usar el aseo siendo vigilados por un miembro del personal.
11. Se ha de cuidar especialmente que no haya cambios importantes de temperatura entre la UCI y el lugar por donde se va a realizar el paseo.
12. El paciente irá bien aseado, con ropa adecuada y bien tapado, preservándose en todo momento su imagen y dignidad y sin pasar por lugares excesivamente frecuentados por otras personas, preservando su tranquilidad.
13. La duración del paseo será acorde a las necesidades y estado del paciente.
14. El lugar del paseo (más cercano o más alejado de la UCI, e interior o exterior), se individualizará según las características del paciente.
15. A fin de obtener los máximos beneficios físicos y psicológicos, se procurará que el paseo se realice por el exterior de la Unidad y cumpla las siguientes características:
 - Disfrute del aire libre.
 - Visión del cielo.
 - Luz solar directa.
 - Visualización de vegetación.
 - Permita reunión controlada con la familia.
16. Existen 4 zonas para pasear que se elegirán según el estado del paciente y la climatología:
 - Pasillo contiguo a la UCI con grandes ventanales (se pueden abrir).
 - Balcón exterior frente a la UCI.
 - Balcones de la segunda planta con vistas a la sierra (intentar dar el paseo

en los horarios de colegio para que los pacientes puedan mejorar su estado de ánimo viendo jugar a niños en el colegio frente al Hospital).

- Jardines del Hospital.

Siempre se ha de informar previamente al paciente y respetar sus deseos si no desea salir de paseo, si se encuentra capacitado para decidir. No obstante, si el personal observa que el paciente presenta signos de apatía/depresión/miedo que puedan interferir en su decisión inconscientemente y concluye que el paseo es necesario para el bienestar de este, se le ha de intentar convencer para que acceda.

EQUIPO NECESARIO.

1. El paciente podrá ser trasladado en su propia cama o en silla de ruedas, en función de las características de su enfermedad y sus necesidades.
2. Se utilizará una silla de transporte especialmente diseñada para los paseos.
3. El material imprescindible que deberá llevarse en todos los casos, será el siguiente:
 - a. Bolsa de ventilación/resucitación auto-hinchable con alargadera.
 - b. Bala de oxígeno revisada y preparada.
4. Según la distancia a la que se dará el paseo y las características del paciente, se decidirá el resto de material necesario:
 - a. Maletín de Soporte Vital.
 - b. Aspirador portátil de secreciones.
 - c. Monitores.
 - d. Ventilador de transporte.
 - e. Bombas de perfusión de medicamentos.

ALCANCE:

El presente protocolo se realizara en los pacientes hospitalizados en el área de la H-UCI; que se haya resuelto o controlado su estado base que lo llevo a ingresar al área de la UCI o que cursan con estancia prolongada, quienes tengan Pre alta o

Alta de la Unidad pero que por falta de disponibilidad de cupo en otros servicios se dificulte o imposibilite su traslado a otro servicio para continuar su hospitalización.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS BASICOS:

Los conceptos relacionados con la atención del paciente en la UCIs son los siguientes:

Medicina intensiva: es una especialidad médica que se ocupa de los pacientes con alteraciones fisiopatológicas de tal severidad que representen una amenaza para la vida. La amenaza puede ser actual o potencial, pero existen posibilidades de recuperación. La amenaza actual puede estar dada porque tenga alterada alguna de sus funciones vitales, necesite medidas de soporte vital o medidas terapéuticas extraordinarias como soporte artificial de carácter mecánico, medidas de asistencia eléctrica y soporte vital farmacológico. La amenaza potencial está dada por las características evolutivas de la enfermedad o los procedimientos terapéuticos que le han sido aplicados, existiendo riesgo de aparición de algún fracaso orgánico serio.

Servicio de Medicina Intensiva (SMI): estructura jerárquica central e independiente de otros servicios, dependiente directamente de la Dirección Médica del hospital, con una estructura dirigida por una única persona 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, lo que puede incluir la actuación fuera de los límites de las UCI. El Jefe de Servicio o Director del Departamento debería ser responsable no solo del cuidado del paciente sino gestor del SMI, incluyendo los presupuestos, recogida de datos, registros e indicadores y la valoración y mejora de la calidad, además de participar en la educación y ser el enlace con la población (cliente) con respecto a los problemas sociales y éticos relacionados a los cuidados intensivos. Dispone de un equipo humano altamente cualificado, compuesto por los médicos especialistas en Medicina Intensiva, los médicos en formación y el personal de enfermería.

Unidad Cuidados Intensivos (UCI): Unidad donde, de forma preferente pero no exclusiva, el Servicio de Medicina Intensiva ofrece sus posibilidades asistenciales al paciente crítico. La estructura de los SMI está compuesta por las Unidades de Cuidados Intensivos pero están incorporando nuevas áreas estructurales tales como las Unidades de Cuidados Intermedios o Semicríticos, las Áreas de Urgencias, los Servicios de Emergencia extra hospitalaria o las Áreas Funcionales de Críticos.

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.

Enfermo o paciente en estado crítico: es aquel paciente que se halla en riesgo vital actual, inmediato o posible, cuya situación clínica sea reversible, incluyendo el soporte del potencial donante de órganos. Las características básicas del enfermo crítico son tres: la gravedad (entendido como riesgo de muerte; priorizaría los enfermos que más pueden beneficiarse del ingreso en UCI, "ni demasiado bien, ni demasiado graves"), la complejidad (complicaciones, comorbilidades, necesidad de soportes múltiples) y 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 es susceptible de admisión en la UCI, salvo que por su condición de donante, se requiera la preservación de sus órganos en beneficio de terceros. Se considera paciente terminal a aquel en el que se ha determinado médicamente que sufre un proceso patológico que será causante directo de su muerte en un plazo de tiempo previsible (acordado internacionalmente en 6 meses). 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. . En base a las nuevas tendencias de humanización de los cuidados intensivos, ciertos pacientes terminales pueden ingresar en la UCI para solucionar un problema puntual reversible en poco espacio de tiempo, pactando previamente con la familia y el paciente el no uso de medidas desproporcionadas, y su alta precoz una vez solucionado el problema, o en el caso de que el paciente empeore y no se pueda conseguir la mejoría de dicho problema (Ejemplos: Neumotórax, Fibrilación auricular rápida, etc).

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.

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.

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 lo que existe más de una solución válida. Refleja posiciones y/o argumentos diferentes. El diálogo es el instrumento clave para 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 interdisciplinar, 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.

Secuencia rápida de intubación (SRI): procedimiento de elección para lograr el acceso y control inmediato de la vía aérea en la mayoría de los pacientes críticos y cuyo objetivo es el aislamiento con la mayor rapidez posible de la vía aérea con el menor riesgo de complicaciones. En esencia, implica la administración de fármacos de acción rápida (hipnótico y bloqueante neuromuscular), la aplicación de presión cricoidea (maniobra de Sellick), seguidos en no más de 60 segundos de la laringoscopia e intubación orotraqueal.

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.

Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LTSV): también conocida como Obstinación Terapéutica, es la omisión y/o retirada de uno o varios TSV cuando se prevén inútiles o se han mostrado inútiles para conseguir los objetivos de salud del paciente.

Encarnizamiento terapéutico: el encarnizamiento terapéutico consiste en el empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para retrasar el advenimiento de la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación. También es conocida como distanasia, ensañamiento u obstinación terapéutica, pues no considera los sufrimientos añadidos al moribundo. Es, por tanto, un concepto opuesto al de eutanasia. Es la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, con objetivos curativos, no indicados en fases avanzadas y

terminales, de manera desproporcionada. Es el uso de medios extraordinarios. 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 la situación claramente definida de agonía.

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

Evento adverso: daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente. Toda lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial. Pueden ser evitables (no se habrían producido en el caso de realizar o no una acción concreta) o inevitables (imposibles de predecir o evitar de acuerdo al conocimiento y recursos disponibles).

Suicidio voluntario o asistido: Hecho de proporcionar a los pacientes los recursos médicos que serán utilizados para cometer suicidio.

Calidad: grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseable y coherente con el conocimiento actual de los profesionales. Confirmación de que un producto o servicio cumple con los estándares predeterminados para él.

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 dependiente 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.

Indicador de calidad: los indicadores de calidad son instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad. Conforman la unidad básica de un sistema de monitorización permitiendo 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 problemas real de calidad) y especificidad (detecta solo aquellos casos en que existen problemas de calidad).

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. En

los algoritmos de tomas de decisiones deben incorporarse otros factores no incorporados en los IP como las preferencias de los pacientes y evidencias suficientes de la rentabilidad de utilización de los recursos utilizados.

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.

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.

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

Consentimiento Informado: explicación comprensible a un paciente competente, de los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos recomendados para su enfermedad, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a dichos procedimientos. Se trata de un proceso informativo mediante el cual en un lenguaje asequible el paciente recibe del médico toda la información sobre tratamientos alternativos y riesgos que le permitan tomar una decisión. No será obligatorio en situaciones que supongan un riesgo inminente para

la salud, ni como es frecuente en las UCI en situaciones de urgencia.

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.

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).

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

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.

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 lesión o enfermedad asociada a los servicios prestados y, la satisfacción del paciente con los servicios prestados.

Eutanasia: actuaciones realizadas por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que padece un sufrimiento físico o psíquico como consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como inaceptable e indigna, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora.

Eutanasia activa directa involuntaria: muerte provocada por la acción del médico sin consentimiento del paciente; se aproxima o iguala al homicidio. No es legal en ninguna parte.

Eutanasia activa directa voluntaria: será la muerte inducida por el médico con consentimiento del paciente terminal. Aceptada en algunos países

Eutanasia activa indirecta: muerte no solicitada por el paciente terminal y facilitada por un efecto indirecto no buscado médicamente. Doble efecto: perjudicial/beneficioso, acto lícito. Ejemplo: opiáceos. Se considera legal y éticamente correcta.

Eutanasia pasiva u ortotanasia: es respetar el fallecimiento biológico sin actuar para retrasarlo. Moral y jurídicamente correcto. Terminar con tratamientos que sostienen la vida en el enfermo terminal (alimentación artificial, hidratación) con el consentimiento del paciente o tutor. No debería llamarse eutanasia.

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.

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.

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.

Muerte digna: El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, de modo pragmático afirma que "la buena muerte es aquella libre de todo sufrimiento evitable para los pacientes, familiares y cuidadores, congruente con los deseos del paciente y su familia, y consistente con los estándares clínicos, culturales y éticos". Varios autores (Jorge Manzini y otros) comparten la postura de que el único requisito para que una muerte pueda ser llamada digna es que se trate de un acto personal: que lo central no pasa por analizar si es con tubos o sin ellos, si en casa, el hospital, la

UCI, sino en ayudar a que el paciente pueda morir de la forma que él elija.

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 a la cual Pessini y Martin definen como "mistanasia".

"Diagnóstico clínico de Muerte Encefálica": el diagnóstico clínico de Muerte Encefálica se realiza mediante una exploración neurológica exhaustiva que debe ser realizada por médicos expertos en el manejo de pacientes neurocríticos. Esta exploración debe ser sistemática, completa y extremadamente rigurosa. Los 3 pilares básicos del diagnóstico clínico son: 1) Coma estructural con ausencia de respuestas motoras y vegetativas al estímulo algésico en el territorio de los nervios craneales 2) Ausencia de reflejos tronco encefálicos 3) Ausencia de respiración espontánea demostrada mediante el Test de Apnea.

Pruebas Instrumentales (para el Diagnóstico de Muerte Encefálica): además del diagnóstico clínico de Muerte Encefálica, existen una serie de pruebas instrumentales que pueden ser obligatorias en algunos casos y que varían en cada país. Las pruebas Instrumentales utilizadas son:

- Electrofisiológicas
- Electroencefalograma
- Potenciales evocados auditivos de tronco encéfalo y potenciales evocados somato sensoriales de nervio mediano.
- Estudiar el flujo sanguíneo cerebral. Son obligatorias cuando existe interferencia con fármacos depresores del sistema nervioso central.
- Arteriografía cerebral de cuatro vasos en sus diversas modalidades.
- Angiografía cerebral mediante Tomografía Computarizada multicorte
- Angiogramagrafía cerebral con Tc99-HMPAO u otros radiofármacos difusibles
- Sonografía Doppler Transcraneana

Estado vegetativo persistente: pérdida crónica e irreversible de todas las funciones cognitivas, conservando la vigilia, que se puede observar en pacientes que han sufrido lesiones encefálicas muy graves. El paciente no demuestra

evidencias de tener conciencia de sí mismo y del medio que le rodea. Hay daño cerebral usualmente de causa conocida consistente con el diagnóstico. No existen causas reversibles presentes. Como mínimo 6 meses, usualmente 12, han pasado desde el inicio del cuadro clínico. No ingresan a UCI

Abandono: se trata de 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, igualmente, una falta deontológica y una mala práctica médica. Cuando en el proceso de enfermedad terminal o aún de agonía un paciente no recibe (por parte del equipo profesional y/o de su familia) aquellos cuidados apropiados de higiene, confort y alivio de los síntomas y del sufrimiento, hablamos en términos bioéticos de una modalidad de mistanasia, entendida la misma como una "muerte miserable" debido a diferentes razones, una de ellas es el abandono del muriente por parte de sus cuidadores.

ALGUNOS CAMBIOS QUE REQUIEREN LAS UCI

1. Cambios con relación al entorno: habitáculo individual, eliminación del corredor o sala de visitas, luz natural, con visitas al exterior, 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, visita directa y presencia humana, colaboración en los cuidados, participación en la toma de decisiones y apoyo a sus necesidades.
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.

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.

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 del Colegio Médico de Bolivia, que aplicados en su diario quehacer profesional aseguran y amparan su práctica legal.

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.

DISPOSICIONES GENERALES:

Las que las autoridades hospitalarias y de salud determinen.

HISTÓRICO DE EDICIONES.

Fecha Nº	Edición	Resumen de cambios
03/07/2018	01	Reunión de equipo. Propuesta de edición inicial
	02	Análisis de resultados: Se amplía el desarrollo y se especifican los pacientes diana y contraindicados.
30/08/2018	03	Se incluye el Logo HU-CI y la foto.
05/08/2018	04	Análisis de beneficios y se mejora el protocolo.

BIBLIOGRAFIA:

- José Carlos Igeño. *Proyecto H-UCI. Protocolo Paseos que Curan. Hospital San Juan de Dios Córdova. Servicio de Medicina y Cuidados Intensivos. 02/03/2018.*
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. *Consideraciones éticas en la asistencia al paciente crítico. En: El enfermo crítico 10. Calidad, gestión y bioética. 2013.*
<http://www.semicyuc.org/temas/semicyuc/documentos/documento-oficial-de-semicyuc/codigo-etico-semicyuc>
- Cabré Pericas LI; Abizanda Campos R; Baigorri González F; Blanch Torra L; Campos Romero JM; Iribarren Diarasarri S; Mancebo Cortés J; Martín Delgado MC; Martínez Urionabarrenetxea K; Monzón Martín JL; Nolla Salas M; Rodríguez Zarallo A; Sánchez Segura JM; Saralegui Reta I; Solsona Durán JF y Grupo de bioética de la SEMICYUC. *Recomendaciones del grupo de trabajo de ética de la SEMICYUC. Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades*

Coronarias (SEMICYUC). Med. Intensiva, 30 (2) Barcelona, 2006

- Domínguez Perera MA. Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. Rev Cub Med Int Emerg 2003, 2: 84-92
- López, E. A. Tres enfoques deontológicos acerca de La vida, Revista Latinoamericana de Bioética 2007, volumen 18, (13): 44-53
- Abizanda-Campos R, Gordo Vidal F; Quintana M. Glosario Terminológico de la Medicina Intensiva. Consenso Terminológico de los Grupos de Trabajo. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Edita SEMICYUC, Abril 2011
- De Simeone GG. Glosario sobre Decisiones en el Final de la Vida. Buenos Aires-Argentina. Junio de 2012
- Organización Médica Colegial de España. Manual de Ética y Deontología de España 2012
- Suárez-Álvarez JR, Caballero-Beltrán J. Conceptos bioéticos actuales aplicados a la Medicina intensiva. En: Montejo JC, García de Lorenzo A, Ortiz-Leyba C, Bonet A. Manual de Medicina Intensiva. Tercera edición. Madrid-España. Editorial Esvier 2006, pag.616-20
- Rincón R M, Carrillo Becerra L, Camargo LMA, Guerrero Guzmán Ma. del Pilar, Gutiérrez Cardona NA, Orduz López A, Cubillos Reyes CM, Hernandez Martínez IL, Garzón Díaz F. Educación, Bioética y toma de decisiones éticas en Unidades de Cuidados intensivos. Revista latinoamericana de Bioética, Volumen 8 / Número 2 / Edición 15 / Páginas 114-123 / 2008
- Fernández Cañedo L. La ética en la práctica médica. Rev Med UV, Enero - Junio 2011

FIRMAS

FIRMAS

FIRMAS