

HISTORIA DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS

Los primeros indicios de lo que posteriormente han llegado a ser las unidades de cuidados críticos, aparecieron en los años 30 en Alemania con la preparación de locales destinados al tratamiento de los recién operados.

Posteriormente las epidemias de poliomielitis en los años 1947 a 1952 obligaron a concentrar los pacientes con parálisis respiratoria en unidades llamadas de "respiración artificial". Estas primeras unidades de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca, en Suecia y en Francia.

Los inicios de los cuidados intensivos tal como se conoce actualmente, se dieron en los años 50 en el campo quirúrgico, al reunir a los recién operados en las llamadas unidades de vigilancia en las mismas clínicas quirúrgicas. Muy pronto evolucionaron estas unidades a un campo de actuación casi específico de los anestesiistas, a los que se les encomendó la vigilancia y mantenimiento de las funciones vitales, no sólo durante la operación, si no también en el periodo postoperatorio.

Los experimentos de concentración de estos operados graves, dieron tan buenos resultados que pronto se dejó sentir la necesidad de reunir y tratar en estas unidades de vigilancia a los no operados y a otros enfermos graves no operables.

Siguieron después los esfuerzos de otras especialidades por seguir los ejemplos de los cirujanos y reunir a sus enfermos graves, vitalmente amenazados para vigilarlos y tratarlos intensivamente.

Con los grandes avances de la medicina intensiva se desarrollaron paulatinamente las exigencias al personal y a la dotación técnico-instrumental de estas unidades de cuidados intensivos. El aumento progresivo de los costes de la investigación y el mantenimiento de estas unidades, hicieron imposible instalar todas las unidades intensivas deseables, con lo que en la actualidad los grandes y medianos centros hospitalarios cuentan como mínimo con una unidad de cuidados intensivos que abarcan tanto a pacientes graves operados como no operados.

CONCEPTO Y OBJETIVOS

El concepto de cuidados intensivos se refiere tanto a la vigilancia intensiva como al tratamiento intensivo.

El objetivo del tratamiento intensivo es restablecer el funcionamiento de un sistema orgánico vital alterado, de tal modo que sus funciones se ubiquen dentro de los límites considerados fisiológicos y ganar así el tiempo necesario para el tratamiento causal de la enfermedad de fondo, garantizando la continuidad de la vida en condiciones aceptables.

Para describir la función de una UCI definiremos las características de un paciente en estado crítico y luego examinaremos la configuración o la estructura (Distribución arquitectónica) que facilitaría el cumplimiento de esta función.

Paciente en estado crítico: Los pacientes en estado crítico son pacientes en una situación fisiológica inestable en quienes pequeños cambios de su función orgánica pueden conducir a un grave deterioro de la función corporal normal con lesiones orgánicas irreversibles o un desenlace fatal.

Un paciente en estado crítico se caracteriza por dos cuestiones, una es la necesidad de la monitorización y otra la necesidad de un tratamiento especial.

- **Concepto de monitorización o monitoreo.** Monitorizar básicamente consiste en registrar parámetros que nos sirvan para evaluar, en este caso, el estado de salud de nuestro paciente.

Por tanto la monitorización sirve para detectar los pequeños cambios en el funcionamiento de diferentes sistemas y órganos con la suficiente antelación, como para permitir la administración de un tratamiento óptimo y restablecer una situación más estable que prevenga el deterioro de órganos o la muerte del paciente

- **Necesidad de un tratamiento especial:** Este tratamiento especial puede ser continuo, como la aplicación de ventilación mecánica o intermitente como la terapia con diálisis. Al mismo tiempo, como finalidad puede tener la de curar (aplicación de antibioterapia) o sustentar la vida.

Otro concepto importante que nos ayuda a definir el concepto y objetivos de una unidad de cuidados intensivos es el concepto de **equipo multidisciplinar:**

Para un adecuado funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos es necesaria una armoniosa interacción entre los recursos humanos, tecnológicos, farmacológicos y espaciales. Los cuidados intensivos no sólo se basan en la monitorización y sostén vital, si no que requieren un equipo multidisciplinar, donde la interrelación entre médico, personal de enfermería, farmacéuticos, dietistas, entre otros, aseguren el cuidado integral de los pacientes.

DISTRIBUCIÓN ARQUITECTÓNICA

DISEÑO.

La disposición arquitectónica de una Unidad de Cuidados Intensivos se basa ante todo en su función.

Así, las unidades de cuidados y tratamiento intensivo se encontrarán en la inmediata vecindad de las secciones quirúrgicas y de diagnóstico, así como del servicio de urgencias de los centros donde se ubican.

Por otra parte, es necesario que estas unidades estén separadas del resto de los servicios de hospitalización de pacientes no críticos.

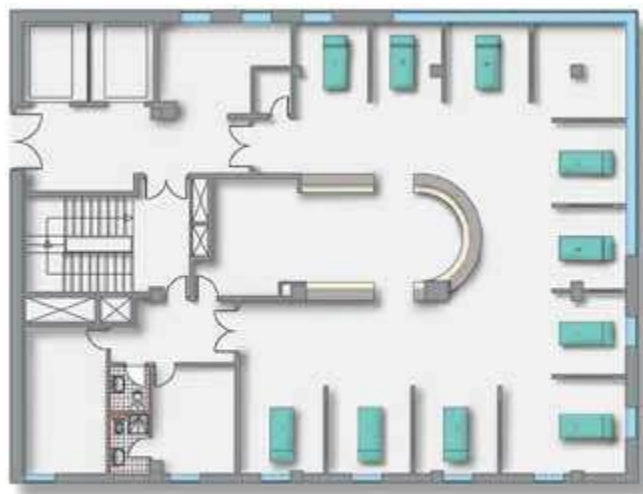
Una UCI debe garantizar:

1. Posibilidad de aislar a los pacientes entre sí para garantizar un nivel higiénico lo mas alto posible así como para evitar aumentar la ansiedad en los pacientes.
2. Posibilidad de observación directa de los pacientes desde cualquier punto de la unidad y desde el puesto de trabajo del personal sanitario

Respecto al número recomendado de camas, no existe ningún requisito, aunque algunos autores recomienda que no sea superior a 12 ya que aporta máximo grado de funcionalidad: una UCI de mayor tamaño favorece un ambiente caótico, y una de menor tamaño contará con menos personal para colaborar en momentos de crisis.

En cuanto al diseño tenemos tres opciones:

1. Disposición abierta: diseño amplio y abierto, similar a las salas de recuperación postquirúrgica, camas alrededor del perímetro de la sala y cabeceras contra la pared.
2. Concepto de sala privada, es decir habitaciones individuales con un control central



3. Grupos de 2 o 4 camas privadas, con controles de enfermería por cada grupo.

Desventajas

- Desventajas del primer diseño: alto nivel de actividad constante que favorece ambiente caótico, ruido, no favorece la privacidad ni para el paciente ni para la familia. Funcionan bien si no son mas de 12 camas. Recibe críticas desde el punto de vista de enfermedades infecciosas, sin embargo no hay datos de que aumenten en este tipo de sala con respecto a las privadas si hay buena higiene.
- Desventajas del segundo grupo, bien si se mejora la visualización de todos los pacientes con cristaleras o puertas corredizas, etc. No se recomiendan mas de 12 camas
- Desventajas del tercer grupo: Demasiado caro, se necesita mucho personal.

En definitiva depende del número de pacientes que se espera atender, y de la economía presupuestaria, ya que es caro de mantener. Se suelen combinar sistemas abiertos y cerrados (dejando algunas habitaciones para pacientes sometidos a algún tipo de aislamiento).

Diseño en torno a la cama

Debe haber espacio suficiente para actuar en caso de emergencia: esto implica que los cuatro laterales de la cama deben estar libres de acceso, es decir que la cama debe estar separada de la pared. Se pueden colocar en el centro de la habitación, o al menos que la cabecera de la misma no esté pegada a la pared.

En la habitación, (si es individual) debe haber espacio suficiente para respiradores mecánicos, equipos radiología, máquinas de diálisis , etc

Los equipos de monitorización no deben estar en la cabecera de la cama, si no a ambos lados de la misma, para tener fácil acceso, como el caudalímetro para administrar oxígeno, el aire comprimido, sistema de aspiración, tomas de electricidad.

FORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL

La inclusión de los Diplomados de enfermería y Auxiliares en el equipo de colaboración de la Medicina intensiva, es más necesaria aquí que en cualquier otro campo sanitario.

En el campo de los cuidados intensivos la responsabilidad del personal de enfermería, no sólo recae en la aplicación de cuidados en sentido estricto, sino que ha adquirido también la responsabilidad en la vigilancia del paciente, independientemente de que se realice esta, por observación directa o por monitores.

Es obvio, que los cuidados propiamente dichos adquieren particular trascendencia en medicina intensiva, como ejemplo podemos comentar la importancia que adquieren los cuidados de enfermería aplicados a un paciente en coma (profilaxis de úlceras por decúbito, limpieza de boca, fisioterapia respiratoria, respiración artificial, administración de O₂, etc).

Por otra parte el personal de una unidad de cuidados intensivos tiene la obligación de controlar de forma constante muchas funciones vitales, como la presión arterial, el pulso, la eliminación urinaria, etc, ya que como hemos mencionado anteriormente en el apartado de "Concepto y objetivos" una cuestión que caracteriza a los pacientes en estado crítico es la vigilancia intensiva.

Respecto al uso de fármacos, podemos decir que dado que la mayoría de los medicamentos se administran de forma intensiva y por vía intravenosa (por vía periférica o central), el personal de enfermería debe estar implicado en el uso y manejo de estos dispositivos, así como, se presupone que el personal está informado exactamente sobre la acción de los fármacos que administra. Naturalmente el médico sigue siendo responsable de la prescripción (que por otra parte debe ser por escrito).

El personal de enfermería debe ser capaz de iniciar medidas de reanimación bien orientadas, si se producen situaciones de emergencias de carácter agudo en el momento en que el médico no esté presente. Deben tener conceptos básicos sobre intubación endotraqueal, diagnóstico de arritmias, desfibrilación cardiaca, así como masaje cardíaco externo.

Es evidente que estos conocimientos y experiencias especiales no pueden entrar en el programa de formación básica de la enfermera, por eso desde esta asignatura pretendemos dar información básica sobre cada uno de estos aspectos, aunque para una formación mas completa es recomendable la formación de postgrado en temas mas especializados.

Es particularmente difícil el problema que plantea la medicina intensiva por las sobrecargas físicas y psíquicas que se impone al personal asistencial, debidas en gran parte a la tensión exigida por la asistencia a estos enfermos y a la elevada mortalidad de estas unidades.

Por otra parte los pacientes tratados con éxito suelen abandonar la UCI, de modo que la enfermera es privada del gozo de un buen resultado y no puede despedir a un paciente curado y restablecido que abandona el hospital. Existe unanimidad en que la asistencia en equipo es la mejor forma de organización de los Cuidados intensivos.