

NOMBRE:

LISSET GPE. RAMOS BALLINAS

7° CUATRIMESTRE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CATEDRÁTICO:

LIC. RUBÍ PIOQUINTO

MATERIA:

PRÁCTICA CLÍNICA ENFERMERIA II

TEMA:

MAPA CONCEPTUAL



El Proceso enfermero, también denominado Proceso de Enfermería (PE) o **Proceso de Atención de Enfermería** (PAE), es un **método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados**, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de Enfermería. Es un **método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados**, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

Características del PAE:

- ♥ Tiene validez universal.
- ♥ Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- ♥ Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- ♥ Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- ♥ Consta de cinco etapas cíclicas.

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia.

Objetivos del PAE:

- ♥ Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- ♥ Imprimir a la profesión un carácter científico.
- ♥ Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- ♥ Traza objetivos y actividades evaluables.
- ♥ Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- ♥ Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

El proceso enfermero implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tenga que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- ♥ **Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.**
- ♥ **Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.**
- ♥ **Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.**

FASES DEL PAE

1. FASE DE VALORACIÓN

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o en la escala de Glasgow. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

Los siguientes modelos de Enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de Enfermería.

- * **Patrones funcionales de salud de Gordon**
- * **Modelo de adaptación de ROY**
- * **Modelos de sistemas corporales**

- * **Modelo de Necesidades de Virginia Henderson**
- * **Jerarquía de necesidades de Maslow**

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

Fuentes primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.

Fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista:

Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.

Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.

Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.

Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

2. FASE DE DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos de Enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente.

Los diagnósticos de Enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de

la salud en el proceso. Existen 5 tipos de diagnósticos de Enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

3. FASE DE PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.

Elaboración de objetivos.

Desarrollo de intervenciones de enfermería.

Documentación del plan.

El Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

4. FASE DE EJECUCIÓN

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

5. FASE DE EVALUACIÓN

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables, el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado en el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios.

QUIEN FUE VIRGINIA HENDERSON

“Me di cuenta de que si iba a hablar de Enfermería, tenía que decir al público lector lo que yo consideraba que era la Enfermería”

-Virginia Henderson-

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. **Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial.** En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York (1).

Virginia Henderson está influida por el Paradigma de la Integración, situándose dentro de la Escuela de las Necesidades (2,3). Al igual que el resto de teóricas que forman parte de esta escuela, se caracteriza por:

-Utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona

Henderson reconoce en su modelo influencias que provienen de la fisiología (Stackpole) y la psicología (Thorndike), identificando las 14 Necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow.

-El deseo de aclarar la función propia de las enfermeras, determinando en qué se diferencia su aportación de la del resto de profesionales de la salud

Henderson desarrolló su Definición de Enfermería debido a su preocupación por el papel, la función y la idoneidad de la formación de las enfermeras:

«La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan



a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.

En Henderson, la Independencia de la persona en la satisfacción de sus Necesidades Básicas es un criterio importante para la Salud.

Virginia Henderson parte de una serie de Asunciones Científicas o Postulados que representan el “cómo hacer” del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo

Henderson plantea también una serie de Asunciones Filosóficas o Valores que representan el “por qué hacer” del modelo. Son las creencias sobre la naturaleza del ser humano y la meta final de la profesión enfermera, desde la perspectiva de su autora:

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales (especificidad de la práctica enfermera).
- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle (utilidad social de la enfermería).

Por último, la autora identifica los Elementos Fundamentales del modelo, que representan el “qué hacer”, constituyen su núcleo y confieren sentido a las intervenciones de las enfermeras que comparten su concepción:

- a) **Objetivo de los cuidados:** ayudar a la persona a satisfacer sus Necesidades Básicas.
- b) **Usuario del servicio:** persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.
- c) **Papel de la enfermera:** ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con ella la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”).
- d) **Fuente de Dificultad/Área de Dependencia:** Impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades. Aspectos que limitan el

desarrollo de potencial. Se define como la falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad de la persona para satisfacer sus Necesidades Básicas.

-Fuerza física: alude al tono muscular, capacidad psicomotriz y psicomotora (Poder hacer). Hay falta de fuerza física cuando la persona carece de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para realizar las actividades requeridas.

-Fuerza psíquica: se refiere a la capacidad sensoperceptiva, intelectual, cognitiva y afectiva (Por qué y para qué hacer). Habrá falta de fuerza psíquica cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada.

En ambos casos, para considerar que la falta de fuerza es el área de dependencia, es imprescindible que la persona posea un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.

-Voluntad: es la intencionalidad en la recuperación, mantenimiento o aumento de la independencia (querer hacer). Existe falta de voluntad cuando la persona ha tomado una decisión y desea ponerla en práctica, pero no persiste en las conductas con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario.

-Conocimientos: alude al grado de percepción de la situación de salud y de recursos internos y externos disponibles (Saber qué hacer y cómo hacerlo). Existe falta de conocimientos cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos.

e) Intervención de la enfermera:

-Centro de intervención: áreas de dependencia de la persona, es decir la falta de Fuerza, Voluntad o Conocimientos.

-Modos de intervención: aumentar, completar, reforzar o sustituir la Fuerza, Voluntad o Conocimientos.

f) Consecuencias de la intervención: satisfacción de las 14 Necesidades Básicas a través de la suplencia o ayuda.

3. Conceptos básicos

a) Conceptos del metaparadigma enfermero.

PERSONA: un todo complejo que presenta 14 Necesidades Básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla.

SALUD: se equipara con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.

ENTORNO: inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. En escritos más recientes habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la familia.

ENFERMERÍA: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo (“hacer con / hacer por”).

b) Conceptos específicos del Modelo

NECESIDADES BÁSICAS. Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir, cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales, indispensables para mantener la integridad. Las necesidades básicas pueden ser:

- Universales: comunes y esenciales para todos.
- Específicas: se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona

«...si se quiere ser una buena enfermera para un paciente, se debe pensar en todos los aspectos de su vida. No sé cómo puedes cuidar a una persona sin tener en cuenta que tiene varias funciones. No sé cómo se puede enseñar o escribir sobre la Enfermería a menos de que se separen esas funciones y se hable del modo en que deben tratarse. Veo continuamente a personas encorvadas en una cama que están recibiendo los cuidados de alguien que puede que sea muy holístico, pero que no tiene en cuenta que la postura de la persona no permite que sus pulmones se expandan con normalidad»

Las 14 Necesidades Básicas tal como las formula Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

CUIDADOS BÁSICOS: Derivan del concepto de Necesidades Básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas:
-Reflexionadas y deliberadas
-Basadas en un juicio profesional razonado
-Dirigidas a satisfacer las Necesidades Básicas de la persona

Los cuidados básicos actúan supliendo la autonomía de la persona en aquellos aspectos que lo requieran, ayudándola a desarrollar su Fuerza, Conocimientos y Voluntad para que pueda satisfacerla por sí misma.

INDEPENDENCIA: Estado en el que la persona es capaz de satisfacer por sí misma sus necesidades, desarrollando todo su potencial de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA: Conductas o indicadores de conductas de la persona correctas, adecuadas o suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

DEPENDENCIA: Surge cuando la persona necesita a otra para que le ayude, le enseñe lo que debe hacer para satisfacer una o varias necesidades, o le supla, debido a una falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad. Siempre debe existir un potencial capaz de ser desarrollado

mediante la intervención enfermera. Se da cuando existe ausencia de actividades por parte de la persona de cara a satisfacer sus 14 Necesidades Básicas. O puede ser que se realicen acciones, pero inadecuadas o insuficientes. O se da la presencia de unos factores intrínsecos o extrínsecos que limitan o impiden a la persona la satisfacción de sus necesidades.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Conductas o indicadores de conducta de la persona que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

AUTONOMÍA: Capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma. Se da falta de autonomía la persona cuando:

a) Por su edad/etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado sus facultades para realizar por sí misma las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. El ejemplo típico sería el del niño que, en cada etapa de desarrollo, adquiere unas capacidades pero le faltan otras que alcanzará en el futuro y que, temporalmente, deben ser suplidas por el cuidador.

b) Ha perdido temporal o definitivamente, en su totalidad o parcialmente, la capacidad de realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. Es el caso del enfermo que necesita ser suplido durante unos días, o la persona que, debido al envejecimiento o por un proceso patológico, requiere algún grado de suplencia y no hay posibilidad de que recupere ninguna de las pérdidas que ha sufrido.

AGENTE DE AUTONOMÍA ASISTIDA: Persona (familiar, amigo, enfermera...) que, cuando la persona carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por ella ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades básicas.

4. Ejemplos de aplicación práctica

Ejemplo 1: Pichardo González realiza un estudio de caso en una persona con afección de la válvula aórtica y sustitución de la misma por prótesis biológica, con el objetivo de proporcionarle cuidados de enfermería utilizando el proceso de atención de enfermería basado en los conceptos teóricos de Virginia Henderson. El estudio se desarrolló durante los cinco meses que el paciente estuvo ingresado en el Servicio de Cardiología y Terapia Intensiva Postquirúrgica del Instituto Nacional de Cardiología

Ignacio Chávez de México, con seguimiento telefónico posterior al alta. Para su desarrollo se observaron y analizaron las necesidades de la persona, se diseñaron diagnósticos de enfermería, y se planearon y evaluaron las estrategias para favorecer la recuperación. Como resultado, se logró que la persona y su cuidador primario alcanzaran su independencia (4).

Ejemplo 2: Clares y cols. analizan las demandas de necesidades relacionadas con el reposo/sueño de una población anciana en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia, fundamentada en el referencial teórico de Virginia Henderson. Para ello aplican un formulario a 52 ancianos de la unidad básica de salud de Fortaleza-CE (Brasil), encontrando que los problemas de sueño más comunes entre los ancianos fueron: dormir menos de 4 horas por noche, somnolencia diurna, despertares nocturnos, y uso de medicamentos para dormir. Durante el análisis encontraron asociaciones significativas con las variables edad, presencia de morbilidad, tabaquismo y dolor al moverse. Los autores concluyen que las demandas para la necesidad de dormir/reposar en los ancianos estuvieron asociados significativamente a factores socioeconómicos y condiciones de salud (5).

UCI

Cuando el paciente llega al área de cuidados intensivos debe soportar el tratamiento que intentará salvarle la vida. Pero cuando se detecta su gravedad con anticipación, se evita que su situación se complique. En el Complejo hospitalario se busca estabilizar y mejorar al paciente antes de que la enfermedad empeore o el cuadro se vuelva mucho más crítico.

Unidad de cuidados intensivos

El área de cuidados intensivos - UCI - **es el lugar en donde se brindan cuidados de alta complejidad para los pacientes graves de otros servicios del hospital.**

Para identificar la gravedad existen dos condiciones cuando el paciente está muriendo o cuando el paciente tiene un riesgo real o potencial de que pueda fallecer. Esa gravedad define la necesidad de que haya un ambiente en donde se pueda monitorear y controlar los órganos comprometidos del paciente y reciba cuidados especiales. El ratio médico-paciente se torna más exclusivo, cada médico y personal de enfermería tiene a cargo a menos pacientes en comparación al área de hospitalización o de la Unidad de Cuidados Intermedios – UCIN.

1. Alta Prioridad

Pacientes críticos, inestables con condiciones potencialmente reversibles y que requieren terapia intensiva (soporte ventilatorio, drogas vasoactivas) y estrecha y continua observación. Cuando la reversibilidad y/o el pronóstico son inciertos se puede dar un tiempo limitado de prueba terapéutica en la UCI.

Esta categoría excluye pacientes con enfermedades crónicas subyacentes y pacientes terminales.

PRIORIDAD I:

Pacientes inestables que requieren monitoreo y/o tratamiento que no pueden ser provistos fuera de UCI.

Ventilación mecánica, drogas vasoactivas, etc

Pacientes con Shock, Post quirúrgicos, IRA.

.

PRIORIDAD II:

Pacientes que requieren monitoreo intensivo y pueden llegar a requerir intervención inmediata.

Pacientes con condiciones comórbidas previas que desarrollan eventos agudos.

.

PRIORIDAD III:

Pacientes inestables, críticamente enfermos, pero que tienen reducidas posibilidades de recuperación por la enfermedad de base o por la condición aguda del momento.

Pueden recibir tratamiento intensivo pero con limitaciones en algunas maniobras: Intubación, RCP.

Ejemplo de estos: pacientes con cancer y sobreinfecciones.

.

PRIORIDAD

IV:

No apropiados para UCI:

Decisión del director:

A. Poco o ningún beneficio dado por una intervención de bajo riesgo. “Demasiado bien para beneficiarse de la UCI”,Ej: Cirugía vascular menor, ICC leve, Sobredosis, Cetoacidosis.

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

2. Baja Prioridad

Esta categoría incluye pacientes en riesgo de requerir terapia intensiva y pacientes con condiciones médicas graves, irreversibles e incapacitantes.

Los pacientes con enfermedades crónicas, irreversibles o terminales y que han sufrido una lesión catastrófica deberían ser admitidos solo si hay oportunidad que el paciente se beneficie de un manejo agresivo en UCI y si el paciente y/o sus familiares están preparados para aceptar las consecuencias de la terapia necesaria

II. CRITERIOS ESPECÍFICOS

El tamaño y tipo del Hospital, así como el número de camas son parámetros fundamentales para la selección de criterios de ingreso a la UCI.

La disponibilidad de cama tiene un gran impacto:

El número de camas de UCI en USA son el 8% de todas las camas de cuidado agudo mientras que en otras naciones occidentales son el 1-2%. Por eso en USA los pacientes en UCI son menos graves y tienen mayor edad, además una gran proporción de pacientes ingresan solo para monitoreo.

Las indicaciones para ingresar a UCI deberían ser determinadas individualmente teniendo en cuenta la condición premórbida del paciente, la naturaleza, severidad de la enfermedad aguda los posibles beneficios para el paciente al ingresar a UCI y las consideraciones del director de la UCI. Estos factores deben ser sopesados contra la disponibilidad de cama para hacer un mejor uso de un recurso limitado y costoso.

Un deficiente o inadecuado manejo en piso no debería ser un criterio para ingreso de pacientes.