



ALUMNA:

GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ CHRISTIANI LISSETH

GRUPO: LEN10SSC0720-A

DOCENTE:

LIC. LORENZO

ASIGNATURA: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II

TRABAJO: ENSAYO

**SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS A 14 DE OCTUBRE
2022**

INTRODUCCION

Las unidades de cuidado intensivo, son escenarios especializados para tratar personas que presentan graves desequilibrios en su estado de salud, y que ameritan cuidado por el personal de salud que labora en la misma. Entre este personal se encuentra el profesional de enfermería, quien tiene la responsabilidad del cuidado directo de estas personas en lo referente a: Higiene corporal, cuidado de la piel, permeabilidad de las vías aéreas, la alimentación, la administración del tratamiento entre otros aspectos. Esta práctica profesional, exige de la enfermera un perfil integrador, no sólo desde el ámbito del conocimiento teórico, tecnológico, destrezas, sino también sensibilidad y empatía al momento de proporcionar el cuidado a los pacientes en estado crítico. Sin embargo, a través de la historia, la práctica profesional de la enfermera se ha caracterizado por orientarse bajo un modelo biomédico-biologicista, donde sus actividades están orientadas hacia determinados sistemas que estructuran al cuerpo humano.

CUIDADOS DE PACIENTES ADULTOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Se considera que las causas por las cuales una persona es hospitalizada en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) provoca una separación rápida y abrupta de los escenarios en los cuales se desempeñaba, lejos de su familia, amigos, compañeros de trabajo entre otros. De pronto se encuentra en un espacio físico portando tubos, sondas, catéteres, rodeado de aparatos productores de sonidos irritantes que producen ansiedad en la persona, a lo que se suma la ejecución de procedimientos traumáticos y dolorosos, las situaciones emergentes, y su poca comprensión de las situaciones de gravedad de otros pacientes. Todo este escenario de alguna manera afecta la estructura psicológica de la persona que está ingresada en una UCI, consciente y orientada, por lo que puede, experimentar sentimientos de temor, angustia, ansiedad, inseguridad, inutilidad e incapacidad para conciliar un sueño tranquilo y reparador lo que pueden generar en él otras patologías asociadas al diagnóstico de ingreso a la UCI como por ejemplo las hemorragias digestivas productos del estrés. Reconocemos, que lo prioritario de las acciones profesionales es ayudar a la persona hospitalizada a superar sus desequilibrios biológicos pero la mayoría de las veces dado el carácter hegemónico del modelo biomédico utilizado hasta ahora, generalmente son las únicas acciones que se ejecutan, lo que genera una fragmentación del cuidado de la persona enferma, olvidándose que ésta es un ser unitario, que responde al unísono; cuyo aspecto biológico se relaciona con las dimensiones psicosocial, espiritual, y emocional por lo que éstas también son afectadas.

El cuidado como valor moral representa el ideal de enfermería por mantener el respeto a la dignidad de la persona solicitante del cuidado. Enfatiza el sentido axiológico en la toma de decisiones éticas para ejecutar acciones cuidadoras. Como relación interpersonal, el cuidado favorece la interacción significativa entre persona cuidada y persona cuidante, en la que se incorporan: conocimientos, tecnología, sentimientos, responsabilidades, opiniones, actitudes, acciones, con lo que se demuestra preocupación e interés por su alto riesgos. El cuidado como afecto

significa la dedicación afectiva y efectiva del profesional de enfermería para proporcionar la ayuda a la persona que necesita ser cuidado.

TECNOLOGÍA MÁS USADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

La atención recibida en las UCI sufrirá importantes cambios en las próximas décadas, con avances en los diferentes tipos de tecnología, en diversas áreas, lo que afectará la gestión de la atención y de la enfermería y la salud. La formación del equipo a través de simuladores ya es una realidad en los países desarrollados y algunos cursos específicos que los utilizan, pero la tendencia es que ello se propague. La razón de esta expansión resulta por el hecho de ser herramientas que promueven la formación estandarizada, segura, y por promover el desarrollo de habilidades y conocimientos, además de constituir una importante estrategia en la educación continua. También pueden ser utilizados para el entrenamiento de procedimientos de diferente complejidad, invasivos y sofisticados, tales como la laparoscopia, o procedimientos más simples, como las inyecciones intramusculares.

Las tele-UCI pueden ser cada vez más comunes, ya que permiten una atención diferenciada y amplían el alcance de los especialistas en cuidados intensivos. Son tecnologías que permiten administrar la atención y asistir a los pacientes ingresados en las UCI por profesionales especializados en cuidados intensivos, principalmente médicos y enfermeras, con el fin de mejorar la atención al paciente, salvar vidas y mejorar la eficacia de la atención. Los sistemas de tele-UCI tienen *hardware* que permiten, a través de un centro de mando, asistir a los pacientes que se encuentran en unidades de cuidados intensivos distantes, mediante la vigilancia continua del paciente, el uso de audio y video en tiempo real, de notificación electrónica de los signos vitales, el estado clínico, exámenes, el tratamiento y los equipos utilizados, además de ponerse en contacto con el equipo sanitario de esa UCI. También ofrecen un sistema de apoyo para el seguimiento de los posibles cambios en la condición del paciente y *triggers* o disparadores ajustables para dar alertas y alarmas cuando sea necesario y cuando se requieran cambios en el tratamiento programado.

El uso de la tele-UCI ha proporcionado una mejor atención del paciente, disminuyendo los costes, menores tasas de complicaciones prevenibles, menores tasas de mortalidad, disminución de la duración de la estancia en la UCI, hospitalización más corta, las altas tasas de adherencia al tratamiento basado en las mejores prácticas clínicas, respuesta rápida a las advertencias de la inestabilidad del paciente, revisión del plan de atención, además de la asociación del equipo de cabecera con el equipo de tele-atención. Además de la propuesta de implementación de las tele-UCI con el fin de ampliar la atención a las diversas regiones, vemos la posibilidad de implementar modelos híbridos, es decir, el empleo de las tele-UCI (en las zonas rurales muy distantes de los hospitales, y en los hospitales pequeños sin intensivistas), la regionalización por áreas (zonas urbanas, la existencia de transporte sanitario), y un alcance regional (regiones pequeñas con una comunicación efectiva entre los hospitales). Estos modelos comparten el potencial de aumentar la supervivencia y reducir los costes. Sin embargo, los obstáculos encontrados en su aplicación son la falta de evidencia de que este modelo realmente apoya todas las necesidades, la inversión financiera significativa, la autoridad central para regular el sistema, la legislación específica, la inversión en tecnología de la información. Por otra parte, habría la necesidad de reorganización de las UCI, lo que requiere el apoyo de todas las partes involucradas, es decir, gerentes, profesionales de la salud, los pacientes/familias, los políticos.

Algunos dispositivos tienen más uso en unidades de cuidados intensivos, como lo es la ecografía portátil, que cada vez más se está utilizando en el examen físico, el cual pone de manifiesto la necesidad de definir las limitaciones del uso y garantizar los niveles de formación. Los estudios demuestran el uso del ultrasonido por las enfermeras, como un medio para guiar punciones venosas, como un instrumento facilitador y de seguridad para ese procedimiento, especialmente en los casos de la red venosa frágil y de difícil de punción. La detección de la existencia de infección por olor también será una herramienta importante para apoyar la atención porque ha sido desarrollado un dispositivo que puede detectar el olor de las infecciones causadas por diferentes bacterias de las vías respiratorias, es llamado electronicnose o nariz electrónica. Este recurso ha sido ampliamente

estudiado y utilizado en los países desarrollados, no solo para la detección de infecciones, sino también para diferenciar las células cancerígenas y otras enfermedades de las vías respiratorias. En los resultados de estudios es evidente la contribución de ese recurso como método de diagnóstico no invasivo, seguro y eficaz.

La telemetría conduce a una monitorización en tiempo real del paciente, la cual consiste en una unidad desechable, es decir, una mini cámara de vídeo, con fuente de luz, batería y transmisión, que el paciente ingiere y pasa naturalmente a través del intestino, transmitiendo imágenes. Este dispositivo tecnológico se puede utilizar para confirmar el diagnóstico de diversas enfermedades del sistema gastrointestinal. La cápsula endoscópica es capaz de transmitir imágenes en tiempo real del colon intestinal (ascendente, transverso, y descendente), lo que demuestra ser sensible a las percepciones de los pólipos, los cambios de la mucosa e incluso tumores, por lo que también se utiliza para detectar los cánceres del sistema digestivo.

CONCLUSIONES

Cuando pensamos en la dualidad de la atención y la tecnología en un entorno de cuidados intensivos, debemos cuestionar la finalidad del cuidado para luego entender y elegir qué tecnología usar. Sin embargo, las innovaciones tecnológicas, especialmente las duras, nos llevan a menudo a incluirlas en la atención sin tener una idea real de la necesidad de las mismas. Cabe destacar que es la atención la que utiliza la tecnología, y cuando hay tal entendimiento tendremos una atención más eficiente, segura, y convergente a las necesidades del ser que es cuidado. La tecnología es utilizada en la búsqueda de una práctica segura para implementar una atención estándar de excelencia, pero a menudo en busca de la novedad e innovación, se pierden los principios básicos, como el examen físico detallado, y se olvida de la práctica clínica. Por lo tanto, se insiste en que "la práctica de la medicina basada en la evidencia es la práctica de la medicina, no la práctica de la evidencia". Incluso con el avance de las tecnologías duras, la atención recibida en las UCI requiere el desarrollo de las tecnologías de enfermería, blanda y blanda dura, que contribuyan a la superación de la falta de una atención basada en la evidencia, la alta incidencia de complicaciones iatrogénicas, la deficiente comunicación interprofesional entre el paciente o el familiar y el profesional, las dificultades para el trabajo en equipo y la resolución de problemas, las deficiencias en los cuidados paliativos. Es indispensable repensar estos puntos con el fin de mantener la calidad de la atención, la seguridad del paciente, optimizar el cuidado, cuantificar y calificar las acciones de la atención.

Bibliografía

Antología Uds.

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675355/pozo_sanz_claudia%20deltfg.pdf?sequence=1