

## EL CUIDADOR INFORMAL EN LA COBERTURA DE LAS NECESIDADES DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

### RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo proponer lineamientos para la incorporación del cuidador informal en la cobertura de las necesidades físicas del paciente hospitalizado entre 2 y 10 años Unidad Cuidados Intensivos “Dr. Francisco Finizola Celli” Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga”. Siguiendo las etapas de un Proyecto Especial, la metodología incluyó el diagnóstico de la necesidad de establecer lineamientos para incorporar al cuidador informal en la realización de los cuidados a su representado, se seleccionó una población a través de muestreo no probabilístico, de tipo intencional en la unidad de cuidados intensivos, compuesta por padres y representantes de los pacientes y personal de enfermería de la unidad, se aplicó un cuestionario, previo consentimiento informado, arrojando los siguientes resultados el 56,2% de los cuidadores informales manifestaron que nunca han realizado este tipo de cuidados a otra persona con una condición clínica similar a la de su representado, el 75% de ellos le gustaría hacerlo en conjunto con el personal de enfermería de la unidad, el 65,6% asegura no haber recibido las instrucciones necesarias por parte del personal médico asistencial. Se diseñaron los lineamientos en cuanto a cuidados de higiene, movilización, alimentación, eliminación y relación y se validaron los lineamientos por un grupo de expertos que se encargó de evaluar los aspectos técnicos del mismo, siendo éstos el carácter fáctico, racional y analítico, la objetividad y la aplicabilidad. Investigación financiada por CDCHT-UCLA.

**Palabras Clave:** Unidad de Cuidados Intensivos, El cuidado, Cuidador Informal

### THE INFORMAL CAREGIVER IN THE COVERAGE OF NEEDS OF THE HOSPITALIZED CHILD IN AN INTENSIVE CARE UNIT

### ABSTRACT

This research aims to propose guidelines for the Incorporation of the informal caregiver in the coverage of the physical needs of Inpatient between 2 and 10 years Intensive Care Unit "Dr. Francisco Finizola Celli" Pediatric Hospital Service deconcentrated "Dr. Agustín Zubillaga". It is framed within the modality of special project, presenting three phases: diagnostic About the need to establish guidelines for incorporating the informal caregiver in Performing Care one Represented Do, a population was selected through non probability sampling of intentional kind in the Intensive Care Unit Same consisted of parents and representatives of patients and nursing staff of the Unit, applied Survey Questionnaire type where the corresponding variable bathroom STUDY data were recorded and threw As a result m that 56.2% of informal caregivers expressed who have Never Done This type of care of a person with a similar clinical condition other than that of its Pictured, 75% of them would like to do so in conjunction with the nursing staff Unity, 65.6% said not having received the necessary instructions by the personal physician care. Second Presentation of design guidelines for care of hygiene, mobilization, Food, Clearing and Relationship and Third Validation guidelines by a group of experts mandated to assess v Technical Aspects of the portal, being the factual character, and analytical rational, objectivity and applicability.

**Keywords:** Intensive Care Unit, Care, Caregiver Reports

García, Daycis (1)  
Puertas de García, Milagro (2)

(1). Estudiante de Posgrado Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga”.

(2) Programa de Enfermería. Decanato de Ciencias de la Salud. Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” Barquisimeto. Estado Lara. Venezuela.

### CONTACTO

[milagropgarcia@gmail.com](mailto:milagropgarcia@gmail.com)

Recepción: 26/01/2017  
Aprobación: 15/05/2017



## INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad la familia ejerce un papel importante en la atención a los niños que en el transcurso de su infancia presentan cualquier tipo de patología que tenga como consecuencia un aumento en la demanda de los cuidados y más relevante aun cuando su vida se ve amenazada a tal grado que es necesario el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos; principalmente la madre, quien según los expertos son las que se ocupan del mantenimiento y la atención de la salud. Esto no quiere decir que el padre no pueda ser educado, ya que en casos particulares el único representante del niño es él.

Así mismo, se evidencia una creciente importancia en la atención domiciliaria al niño por parte de una persona capacitada para la ejecución de los cuidados básicos que se deben ofrecer entre ellos: higiene, movilización, alimentación, eliminación y relación. Vale acotar que la educación que se debe brindar a esas personas debe estar a cargo del personal de enfermería quien está capacitado para la atención del niño en estado crítico, en conjunto con su entorno familiar.

Durante su estancia en la unidad es sometido a cuidados de salud, y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que no permiten establecer un horario de visita específico y que limitan constantemente el ingreso de los familiares más cercanos (padre y madre) a las instalaciones de la misma, por lo que se ve afectada la relación del trinomio padre-madre-hijo, además de obstaculizar la enseñanza de los cuidados básicos a los familiares que serán los responsables de realizarlos cuando el paciente egrese de la unidad, y que además tiene como beneficio evitar el reingreso a la misma por alguna complicación clínica que sea prevenible<sup>(1)</sup>.

La importancia de este estudio se basa fundamentalmente en el interés de la investigadora de fomentar la incorporación del cuidador informal en la realización de los cuidados básicos como el baño-higiene-acicalamiento y alimentación que se le brindan al paciente, y así fortalecer su relación durante la estancia en la unidad, y aunado a eso, es una herramienta para ejercer la función docente con quien practicará los mismos cuidados en una sala de hospitalización o en su domicilio.

Por lo tanto, lo que se busca es aportar, desde el punto de vista teórico-práctico, una herramienta que permita el mantenimiento de la relación entre el paciente y sus familiares, así como también

servir de referencia para futuras investigaciones con temas afines. Santana Cabrera, et al. (2006)<sup>(2)</sup> Realizó un estudio prospectivo, descriptivo durante tres meses en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria cuyo objetivo fue Comparar el grado de satisfacción de familiares de pacientes ingresados en la UCI con la percepción del profesional sobre el entorno asistencial y la información recibida; y los resultados que arrojaron fue que la satisfacción del familiar era mayor que la del profesional entrevistado. Se detectó la necesidad de mejorar y personalizar la atención y a su vez valorar individualmente la flexibilidad en el horario de visitas.

Por otro lado, Yáñez Quintana, et al. (2011)<sup>(3)</sup> Realizó un estudio descriptivo de corte transversal y cualitativo durante cuatro meses en la UCI del Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín, en España, con un horario de visitas de 2 horas por la tarde y de un familiar por paciente. El objetivo fue conocer la percepción y las actitudes del personal de enfermería respecto a la atención que se estaba prestando a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI durante las visitas. La población de estudio estaba formada por el personal de enfermería de dicha unidad; y el resultado que arrojó fue que el personal de enfermería concibe a la familia como un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación, sobre todo entre el personal con menos experiencia. Esto es debido a un déficit en la capacitación de relación y comunicación por parte del personal sanitario.

Actualmente, en España se llevará a cabo un estudio experimental, longitudinal, prospectivo, de series temporales con grupo de control aleatorio, cuyo objetivo será implementar y valorar un programa de participación familiar en los cuidados del paciente crítico, modificando la política restrictiva de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos. Ahora bien, entre 2009 y 2010 las Lcdas Rodríguez y Giménez<sup>(4)</sup> realizaron un estudio descriptivo, de campo en la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Francisco Finizola Celli" titulado Integración del familiar en la hospitalización del paciente críticamente enfermo en edades comprendidas de 2 hasta 14 años, y tuvo como objetivo analizar la integración del familiar en la hospitalización del paciente críticamente enfermo. En este estudio observaron los cambios psicológicos y fisiológicos que manifestaron los pacientes durante la presencia del familiar en el transcurso de su hospitalización. Luego de obtener los resultados, las autoras

recomiendan involucrar de manera educativa y por largos periodos al familiar en el cuidado para una mejor recuperación del paciente

Finalmente, desde el punto de vista profesional se pretende promover una atención eficaz que tanto el niño como su familia necesitan recibir en esos momentos.

En la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Francisco Finizola Celli" del Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga" el ingreso de pacientes de todas las edades es constante, debido a diversas patologías que a menudo conlleva a que el mismo permanezca por días o meses en ésta.

En virtud de lo antes expuesto, se plantea la presente investigación con el Objetivo de Proponer los lineamientos para la incorporación del cuidador informal en la cobertura de las necesidades físicas del paciente hospitalizado, en la referida Institución; cuyo propósito es el de educar al cuidador informal para realizar los cuidados que demande el paciente según la patología y así evitar posibles complicaciones que traerían como consecuencia el reingreso del paciente a la unidad; además, estimular al personal de enfermería de la unidad a trabajar en equipo con el cuidador informal para garantizar la preservación de los derechos del niño y de la familia en general.

### METODOLOGÍA

Se realizó un proyecto especial<sup>(5)(6)</sup>, aplicándose en tres (3) fases, la primera fue la fase diagnóstica, para ello se realizó un diagnóstico situacional indagando de manera verbal, la necesidad percibida por el personal de enfermería y los familiares de los pacientes, acerca de la existencia de lineamientos para incorporar al cuidador informal en la ejecución de los cuidados que demandan los pacientes durante su estadía dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, para ello los sujetos del estudio lo conformaron las enfermeras del servicio y los padres y representantes de los(as) niños(as) hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico y Neonatal "Dr. Francisco Finizola Celli" del Hospital Universitario de Pediatría "Dr. Agustín Zubillaga", con edades de 2 y 10 años, fueron ocho cuidadores informales y ocho enfermeras. En la segunda fase se diseñaron los lineamientos atendiendo recomendaciones de los padres-representantes y las enfermeras, estos lineamientos en una tercera fase, fueron sometidas a la validación de tres expertos profesionales del posgrado de Cuidados Críticos Pediátricos y

Neonatales del Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga" quienes dieron sus observaciones las cuales fueron incorporadas en las propuestas definitivas.

### RESULTADOS

En este estudio se evidenció que a pesar de que un gran porcentaje de los cuidadores informales encuestados refirieron haber recibido algún tipo de recomendación para la realización de los cuidados que su familiar demanda, también manifestaron no haber sido incluidos en la ejecución de los mismos. Tal es el caso de los cuidados de higiene donde 50% obtuvo información por parte del personal de enfermería, y a pesar que 100% de ellos quiere hacer los cuidados bajo su tutela, 62,5% no se le ha permitido. Sin embargo, al momento de encuestar al personal de enfermería de la unidad sobre el mismo indicador, un 50% de éste refiere que sólo a veces le gustaría incluir al cuidador informal en la práctica de los cuidados de ésta índole. En cuanto a los cuidados de movilización, 87,5% del personal de enfermería considero que su paciente debe ser movilizado constantemente pero sólo se le ha incluido 37,5% de los cuidadores informales; así mismo, 87,5% de los pacientes recibe alimentación enteral y coinciden en que 50% del personal no permite que este tipo de cuidados los administre el cuidador informal, a pesar de que 75% refiere que le gustaría que el mismo lo realice bajo su supervisión.

Se evidenció una discrepancia entre las respuestas arrojadas por los cuidadores informales y el personal de enfermería en cuanto al indicador de eliminación; ya que 100% de éstos refieren que nunca han recibido educación acerca de estos cuidados por parte del personal de enfermería de la unidad, mientras que 62,5% del personal revela que siempre brinda este tipo de instrucciones. En lo que se refiere a relación, un gran porcentaje, tanto de cuidadores informales como de personal de enfermería, manifiestan que se han hecho conocedores de los objetivos de la visita de su familiar a la Unidad de Cuidados Intensivos. También es importante resaltar que se evidenció mayor comunicación entre el personal y su paciente, representado por 50%, ante 37,5% de los cuidadores informales que manifiestan tener constante comunicación con su familiar durante la visita.

Se encontró que 50% de los encuestados manifestó nunca haber movilizado a una persona con situación de salud similar a la de su familiar, 75% considera que el niño siempre debe ser

movilizado, así mismo el 62,5% no ha recibido instrucciones por parte del personal de enfermería de la unidad para hacerlo, 37,5% lo ha hecho en algunas ocasiones y 75% le gustaría hacerlo siempre. Se evidencia que el 50% de los encuestados refiere no haber alimentado antes a otra persona con situación de salud similar a la de su familiar y a pesar de que 62,5% de los pacientes han recibido alimentación desde su ingreso a la unidad; el 50% de los familiares nunca se le ha brindado instrucciones para realizar este tipo de cuidado así como tampoco ha participado en los mismos, sin embargo 75% le gustaría hacerlo bajo la supervisión del personal de enfermería.

Asimismo, 75% de los cuidadores informales que fueron encuestados nunca han realizado cuidados de eliminación a otra persona con situación de salud similar a la de su familiar; a ninguno de ellos no se le han dado instrucciones para hacerlo, por lo tanto el 87,5% no ha participado y sólo 50% le gustaría hacerlo siempre. 75% de los encuestados nunca ha tenido a otro familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo ese mismo porcentaje manifestó haber sido informado por parte del personal de enfermería de la unidad acerca de los objetivos de la visita a su familiar y sólo 37,5% manifiesta que se comunica siempre con su familiar cuando está a su lado. 37,5% del personal de enfermería encuestado manifestó que nunca ha brindado instrucciones al cuidador informal acerca de cómo se realizan los cuidados de higiene en el paciente a su cargo, 50% ha hecho a veces estos cuidados en conjunto con el familiar y ese mismo porcentaje refiere que sólo a veces le gustaría hacerlo.

Por otro lado 87,5% de los encuestados considera que su paciente debe ser movilizado siempre, sólo un 25% ha dado instrucciones al cuidador informal de cómo debe hacerse y al 62,5% le gustaría hacerlo siempre en compañía del mismo. No obstante 87,5% de los pacientes han recibido alimentación enteral desde el momento de su ingreso a la unidad, y a pesar de eso 62,5% del personal de enfermería ha dado instrucciones sólo a veces al cuidador informal de cómo debe hacerlo, 50% refiere que casi nunca ha permitido que el familiar ejecute este tipo de cuidados y al 75% le gustaría hacerlo pero bajo su supervisión, en tanto que 62,5% del personal de enfermería manifiesta haber educado al cuidador informal en cuanto a la realización de los cuidados de eliminación del paciente a su cargo, 37,5% casi nunca los ha ejecutado en su compañía y 75% le

gustaría hacerlo bajo su observación. Según las respuestas obtenidas por el personal de enfermería que fue encuestado, 87,5% le ha informado siempre al cuidador familiar los objetivos de la visita a su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos, y 50% refiere que casi siempre le habla a su paciente mientras ejecuta los cuidados que la misma demanda

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como se ha puesto en manifiesto en estudios previos, la flexibilidad de las visitas que pueda recibir el paciente por parte de su familiar en las Unidades de Cuidados Intensivos trae ciertas consecuencias que últimamente se han determinado como positivas, a diferencia de lo que anteriormente se pensaba. A éstos se han unido diversas organizaciones que apoyan la premisa de que no sólo se debe ampliar la visita sino que también se debe educar al familiar para que realice la mayor parte de los cuidados que sea posible. Tal es el caso de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer <sup>(7)</sup> ésta refiere que la restricción horaria vulnera uno de los derechos recogidos en la Carta Europea sobre los niños hospitalizados, que reconoce el derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituyan el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos, sino como elementos activos de la vida hospitalaria. Así mismo, manifiestan que una política de visitas abiertas, con la implicación de las familias en el cuidado de la persona ingresada, influye positivamente en la recuperación del enfermo y reduce la ansiedad y el estrés, que si se quiere es causa de múltiples complicaciones de salud para cualquier persona.

La presente investigación arroja resultados similares a los obtenidos en otros estudios realizados previamente que propusieron analizar la integración del familiar del paciente críticamente enfermo en la Unidad de Cuidados Intensivos;

Asimismo el estudio de Yáñez <sup>(8)</sup> determinando la percepción y las actitudes del personal de enfermería respecto a la atención que se estaba prestando a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI durante las visitas. Éstos concluyen que el personal de enfermería concibe a la familia como un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación, sobre todo entre el personal con menos experiencia, sin embargo observaron cambios psicológicos y fisiológicos que manifestaron los pacientes

durante la presencia del familiar en el transcurso de su hospitalización, por lo tanto recomiendan involucrar de manera educativa y por largos periodos al familiar en el cuidado para una mejor recuperación del paciente.

Ahora bien, en este estudio se evidencia que a pesar de que un gran porcentaje de los cuidadores informales encuestados refieren haber recibido algún tipo de recomendación para la realización de los cuidados que su familiar demanda, también manifiestan no haber sido incluidos en la ejecución de los mismos.

El presente estudio abre una gama de posibilidades a futuras investigaciones en lo que respecta a estudiar los factores que inducen la conducta del personal de enfermería ante la inclusión del cuidador informal en la ejecución de los cuidados que demande el paciente, de forma que no se violen los derechos del niño hospitalizado a permanecer junto a su familia aun cuando su condición clínica sea delicada; y no está demás hacer más tolerable el trance al familiar quien teme por la vida de su paciente, aparte de necesitar de toda la educación que pueda recibir por parte del personal especializado pues éste será quien ejecutará esos mismos cuidados una vez que el niño abandone la Unidad de cuidados Intensivos o el hospital propiamente dicho.

### CONCLUSIONES

En cuanto a lo referido por los cuidadores informales, tanto en higiene, movilización, alimentación y eliminación, un bajo porcentaje ha recibido instrucciones y recomendaciones para realizar estos cuidados a su familiar y casi ninguno ha sido incluido, a pesar que manifiestan disponibilidad de ejecutarlos. Sin embargo, en el indicador de relación la mayoría refiere que se le ha hecho conocer los objetivos que se deben perseguir al permitirle la entrada a la Unidad de Cuidados Intensivos para que visite a su familiar.

Por otra parte, al comparar estas respuestas con las obtenidas por parte del personal de enfermería se evidencia que existen grandes diferencias en cuanto a los mismos indicadores, debido a que éste asegura que siempre brinda las instrucciones pertinentes al cuidador informal para la ejecución de los cuidados dentro de la unidad, pero también dejan ver que esta disposición sólo se queda en palabras ya que es ínfimo el porcentaje que se ha atrevido a incluirlo en la práctica de los cuidados.

Por consiguiente, se hace imperante la necesidad de redactar una serie de lineamientos

precisos para incorporar al cuidador informal en la ejecución de los cuidados a su paciente durante la estadía del mismo en la Unidad de Cuidados Intensivos. Además se debe motivar al personal de enfermería haciendo de su conocimiento las ventajas de esta nueva práctica, como es la disminución del esfuerzo físico de su parte, el goce de los derechos del niño a pesar de su hospitalización, la puesta en práctica de uno de sus pilares fundamentales como es la educación, la pronta y satisfactoria recuperación del paciente al sentir la influencia de la cercanía de su familia, y por ende el aumento de la morbilidad dentro de la unidad.

Por último, se lograría disminuir las complicaciones y el reingreso de un gran número de pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que no es un secreto para el personal de salud que debido a una serie de motivos en las salas de hospitalización estos mismos cuidados son administrados en su mayoría por la familia, ya sea poseedor de conocimientos de este tipo o no.

### LINEAMIENTOS PARA INCORPORAR AL CUIDADOR INFORMAL EN LA COBERTURA DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

Con el planteamiento de estos lineamientos se persigue implementar en la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Francisco Finizola Celli" del Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga" una novedosa modalidad donde existe una implicación total de la familia, garantizando sus derechos y brindando la información suficiente para que ésta se empodere de los cuidados de su paciente que por diversas razones se encuentra ingresado en la misma. Está de más decir que corresponde a los últimos avances que se han puesto en práctica en instituciones de otros países pioneros y que se han obtenidos resultados satisfactorios.

En vista de esto se hace necesario actualizar la práctica de los cuidados en busca de mayores beneficios para el binomio paciente-familia, sin vulnerar sus derechos, que finalmente es el objetivo del personal de la salud que allí labora.

#### Propósito:

1. Brindar una herramienta educativa que facilite la incorporación del cuidador informal en la práctica de cuidados específicos que deben ser administrados a todo paciente que se encuentra

hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

- Garantizar una atención de calidad centrada en las necesidades tanto del paciente como de su familia y por ende disminuir el riesgo de potenciales complicaciones.

### **ACCIONES DEL CUIDADOR EN CUIDADOS DE HIGIENE.**

Es el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente ingresado a la UCI y que está en condición de dependencia del personal de enfermería para realizar las labores de higiene y aseo personal.

Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

#### **Objetivos**

- Satisfacer las necesidades de higiene brindando la mayor comodidad posible.
- Reducir la colonización microbiana.
- Valorar el estado de la piel y sus condiciones para proporcionar los cuidados adecuados para prevenir lesiones.

#### **Higiene del paciente en cama (baño de gato)**

##### **Precauciones**

- Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas invasivos (tubos endotraqueales, sondas, catéteres), con el fin de evitar su extracción accidental.
- Durante todo el procedimiento evitar corrientes de aire frío.
- Prevenir exposiciones visuales innecesarias para proteger la intimidad del paciente.

##### **Materiales:**

Jofaina, Compresa limpia, Jabón de baño (Líquido o en barra), Toalla, Guantes de trabajo, Ropa limpia para la cama.

##### **Preparación del personal de salud y del cuidador informal**

- Higiene de manos: Use alcohol glicerinado si las manos están visiblemente limpias o realice lavado clínico de manos.
- Coloque guantes de trabajo.
- Bata impermeable para baño del paciente con precaución de aislamiento.

#### **Técnicas:**

- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en la posición adecuada.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Hacer higiene de manos y colocar los guantes.
- Desnudar al paciente. Procurar dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se vaya a higienizar, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar la intimidad. Realizar la higiene siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias, sólo se dejará expuesta la zona a la que se le está realizando la higiene.
  - Iniciar en la cara (sólo con compresa y agua), orejas y cuello.
  - Humedezca la compresa con jabon y establezca un orden para realizar la higiene
  - Extremidades superiores, tórax y axilas, con especial atención a axilas, región submamaria y espacios interdigitales.
  - Abdomen y extremidades inferiores, insistiendo en las áreas umbilical, inguinal, hueso poplíteo y espacios interdigitales.
  - Continuar con una compresa nueva por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal (no utilizar más esa compresa).
- Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana de movimiento longitudinalmente hacia el centro de la cama e irla sustituyendo progresivamente por la limpia

#### **Higiene de genitales**

##### **Precauciones:**

- Utilice una compresa nueva para iniciar la higiene en esta región anatómica.
- Si él o la paciente tiene sonda vesical, asegure tres cosas:
  - No permita la devolución de orina hacia el paciente (del reservorio, ni de la manguera)
  - La sonda vesical debe estar fija
  - El reservorio de orina debe estar colgado en la cama por debajo del nivel de la vejiga y no permanecer en el suelo.

**Técnica para hembras**

- Lavar la zona con la gasa o compresa jabonosa, de arriba abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario.
- Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón y secar.

**Técnica para varones**

- Lavar los genitales con gasa o compresa jabonosa, retirando el prepucio para garantizar un lavado minucioso de glande y surco balanoprepucial.
- Aclarar hasta eliminar todo resto de jabón y secar.
- Colocar el prepucio, para evitar edema de glande.

**Higiene de la boca:** Se recomienda mínimo una vez por turno de guardia.

**Precauciones:**

Realizar la técnica con suavidad, para no producir lesiones en encías y mucosas.

- Evitar maniobras que puedan provocar náuseas al paciente.

**Materiales:**

Guantes de trabajo, Cepillo y pasta dental, Vaso, Antiséptico bucal (Clorhexidina), Gasas y jeringa para el enjuague.

**Preparación del paciente**

- Informarle del procedimiento a realizar.
- Adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en posición correcta (semisentado o decúbito lateral, si no puede incorporarse).

**Técnica**

- Preparar en el vaso la solución antiséptica bucal.
- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.
- Con el cepillo y la pasta dental realizar suavemente la limpieza del interior de la boca (paladar, lengua, cara interna de los carrillos, encías y dientes).
- Aplicar la solución antiséptica.
- Secar labios y zona peribucal, lubricando a continuación los labios.
- Retirar todo el material y colocar al paciente en posición cómoda.

**ACCIONES DEL CUIDADOR EN CUIDADOS DE MOVILIZACIÓN**

Son los cuidados que se prestan al paciente de forma periódica con el fin de mantener un buen tono muscular, evitar deformidades, alteraciones de la piel y problemas tromboembólicos. Comprende las siguientes tareas:

- Observar e identificar las necesidades del paciente.
- Informar al paciente.
- Tomar medidas profilácticas de procesos tromboembólicos.
- Aplicar cuidados oportunos a la piel para mantener su integridad.
- Cambiar al paciente de postura en diferentes decúbitos, levantar al sillón y favorecer la deambulación si procediera.
- Mantener siempre al paciente en posición correcta.

**Objetivos**

- Evitar la aparición de isquemia en los llamados puntos de presión, debido a la acción de la gravedad y al propio peso.
- Evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones.
- Prevenir la aparición de úlceras por decúbito.
- Proporcionar comodidad al paciente.

**Precauciones**

- Las sábanas estén limpias, secas y bien estiradas.
- Las zonas de mayor presión corporal deben estar protegidas.
- Las piernas deben estar estiradas y los pies formando un ángulo recto con el plano de la cama.

**Materiales:**

Almohadas y cojines, Ropa limpia para cambiar la cama, Protectores de protuberancias si fueran necesarios, Férulas.

**Técnica:****Tipos de posiciones anatómicas**

- Posiciones de decúbito:
  - Decúbito supino o dorsal o posición anatómica.
  - Decúbito lateral izquierdo o derecho.
  - Decúbito prono.
- Posición de Fowler.
- Posición de Sims o semi prono.

**Posición de decúbito dorsal, supino o anatómica:**

- El paciente está acostado sobre su espalda. Sus piernas están extendidas y sus brazos alineados a lo largo del cuerpo.
- El plano del cuerpo es paralelo al plano del suelo.

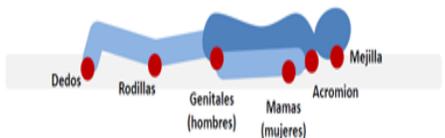


**Posición de decúbito lateral izquierdo y derecho:**

- El paciente se halla acostado de lado. Las piernas extendidas y los brazos paralelos al cuerpo. El brazo inferior, es decir, el que queda del lado sobre el que se apoya, está ligeramente separado y hacia delante, evitando que quede aprisionado debajo del peso del cuerpo.
- El eje del cuerpo es paralelo al suelo.

**Posición de decúbito prono:**

- También llamado Decúbito Ventral. El enfermo se encuentra acostado sobre su abdomen y pecho. La cabeza girada lateralmente. Las piernas extendidas y los brazos también extendidos a lo largo del cuerpo. El plano del cuerpo paralelo al suelo.

**Posición de Fowler:**

- El paciente se halla semisentado, formando un ángulo de 45°. Las piernas están ligeramente flexionadas y los pies en flexión dorsal.

**Posición de Sims:**

- También llamada posición de semiprono. Es similar al decúbito lateral, pero el brazo que queda en la parte interior se lleva hacia atrás y el otro se coloca en flexión del codo. La cadera superior y rodilla del mismo lado están flexionadas. La cabeza está girada lateralmente.
- En esta posición se colocan los enfermos inconscientes para facilitar la eliminación de las secreciones.

**ACCIONES DEL CUIDADOR EN CUIDADOS DE ALIMENTACIÓN**

Es la ayuda y/o suministro de alimentos y líquidos por vía oral o enteral, a pacientes incapacitados y/o limitados para satisfacer esta necesidad por sí mismos, con el fin de mantener un buen estado nutricional. Comprende las siguientes tareas:

- Verificar la prescripción dietética.
- Preparar e informar al paciente.

- Administrar los alimentos mediante el procedimiento adecuado.
- Observar la tolerancia gástrica.
- Vigilar y controlar los equipos especiales si fueran precisos.
- Registrar periódicamente y anotar observaciones.
- Consultar el protocolo

**Objetivos**

- Proporcionar al niño crítico la alimentación adecuada según su edad y sus necesidades según su evolución.
- Evitar la pérdida de masa corporal.
- Evitar la pérdida de respuesta inmunitaria.
- Favorecer la cicatrización de las heridas.
- Valorar la vía de administración más adecuada.
- Conocer, vigilar y solucionar las posibles complicaciones de su administración.

**Técnicas:**

**Nutrición Oral:** Es la mejor manera para la alimentación siempre que sea posible.

- Ventajas:
  - Es la forma más fisiológica para la alimentación
  - Proporciona una mejor nutrición
  - Presenta menos complicaciones
  - Proporciona gratificación oral y alivia el hambre.

**Nutrición Enteral:** Consiste en administrar la fórmula alimentaria líquida adecuada para cada niño, en las diferentes zonas del tracto digestivo.

- Ventajas:
  - Es una manera fisiológica
  - Permite recuperar o mantener la función del tubo digestivo.
  - Tiene menos complicaciones que la vía parenteral
- Indicaciones:
  - Se utiliza en niños que no pueden, no deben o no quieren tomar alimento.
  - Pacientes con alimentación parenteral y se quiera iniciar tolerancia digestiva.
  - Pacientes con requerimientos energéticos incrementados.
  - Pacientes con problemas de digestión y/o absorción.
- Contraindicaciones:
  - Obstrucción intestinal
  - Cirugía gastrointestinal reciente
  - Enterocolitis necrotizante

- Formas de Administración:**
- Hemorragia digestiva importante
  - **Sonda Nasogástrica (SNG):** La alimentación se puede realizar de manera intermitente o continua.
    - Una ventaja de la alimentación intermitente es que permite descanso gástrico y que se realice una digestión fisiológica, sin embargo, puede producir alguna repercusión hemodinámica y respiratoria
    - Siempre cuando se inicia una alimentación, se empieza por una cantidad pequeña y se comprueba si el niño tolera, 1 hora después de la toma, se aspira por la sonda para medir residuo.
    - La alimentación de manera continua, es mejor tolerada, siendo necesario cada cierto tiempo desconectar la alimentación durante unos 15-20 minutos y dejar la sonda abierta para facilitar la descompresión gástrica y evitar la distensión abdominal. También se debe comprobar si el niño tolera, Tras 3 horas de alimentación continua, medimos residuo.
    - Hay que tener en cuenta el riesgo que hay de vómitos y aspiraciones por lo que está contraindicada en pacientes con pseudorelajación.

**Objetivos:**

- Lograr un correcto aporte de nutrientes al paciente.
- Evitar complicaciones gastrointestinales (diarrea, cólicos abdominales), y nutricionales (hipoglucemia, hiperglucemia, hiponatremia, etc).
- Facilitar el control de la cantidad administrada durante el día.

**Materiales:**

Guantes de trabajo, Gasa, Bolsa o botella de N.E., Agua, Jeringa de alimentación.

**Técnica:**

- Preparación del material necesario ya descrito.
- Lavado de manos y poner guantes de trabajo para evitar contaminaciones.
- Preparar la dieta asépticamente, en áreas alejadas del paciente.
- Preparación del paciente, incorporar cama a 30° durante el periodo de infusión y durante media hora después.
- Valorar la frecuencia respiratoria.

- Comprobar la correcta localización de la S.N.G. según protocolo de sondaje nasogástrico.
  - Comprobar resto de alimentación residual en el estómago, antes de iniciar la nueva infusión.
  - Cuidar que la velocidad de infusión sea uniforme, una infusión rápida puede dar lugar a cólicos abdominales.
  - Observar si existen síntomas de aspiración sobre todo al inicio de la infusión y si el paciente refiere tener náuseas, vómitos, regurgitación o sensación de plenitud.
  - Al terminar la alimentación, limpiar la sonda con una embolada de agua corriente 30- 60 cc (para evitar obstrucciones en la sonda).
  - Registrar la cantidad de dieta infundida. (Ver anexo)
  - **Sonda Traspilórica (STP):**
    - La sonda tras pasar el píloro puede encontrarse en duodeno o en yeyuno.
    - Es menos fisiológica que la anterior pero evitamos las digestión gástrica y los posibles riesgo que conlleva.
    - Requiere que la alimentación sea de manera continua
    - No está contraindicada en pacientes con sedación y relajación muscular.
  - **Gastrostomía y Yeyunostomía.**
    - **Indicaciones:**
      - Cuando la alimentación enteral se va a prolongar más de 2 meses.
      - Cirugía digestiva superior.
    - **Complicaciones:**
      - Obstrucción de la sonda.
      - Extracción accidental.
      - Perforación gástrica.
      - Fuga del contenido gástrico al peritoneo.
      - Absceso en la pared
      - Celulitis.
      - Infección en la salida cutánea.
      - Necrosis de la pared abdominal.
      - Hemorragia gastrointestinal.
- Mantenimiento de las sondas según se infunde el alimento:**
- **Intermitente:**
    - Lavar la sonda antes y después de la infusión o administración de medicación con agua.
  - **Continua:**

- Lavar la sonda cada 6-8 horas según la alimentación y tipo de sonda.
- Realizar los preparados y su administración en condiciones asépticas.
- Mantener los preparados a 4° C para su conservación.
- El volumen y la concentración de la alimentación se hace teniendo en cuenta la edad del niño, su peso, el estado nutricional y su patología.

#### ACCIONES DEL CUIDADOR EN CUIDADOS DE ELIMINACIÓN

Es la observación y medición de la cantidad y características de las materias orgánicas eliminadas: orina, heces, sudoración, exudados, sangre, contenido gástrico.

Comprende las siguientes tareas:

- **Orina:**
  - Atender al paciente en la eliminación
  - Medir la cantidad, densidad y observar características.
  - En presencia de sonda vesical, manipular con asepsia.
  - Registrar sistemáticamente todos los datos. (Ver anexo)

#### Mantenimiento de sonda vesical:

- Mantener la sonda vesical el menor tiempo posible.
- Una vez al día, lavar con agua y jabón la región genital perianal y siempre tras defecar.
- Lavarse las manos antes de manipular la zona de la sonda.
- Es importante mantener un flujo urinario constante:
  - Evitar acodamientos del catéter (situarlo por encima del muslo).
  - Vaciar la bolsa recolectora por turno y siempre que esté llena, salvo indicación expresa del facultativo.
  - Mantener la bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga.
  - Pinzar el catéter cuando se movilice el paciente o cuando se tenga que subir la bolsa a un nivel más alto que la vejiga.
  - Reemplazar los catéteres urinarios obstruidos, si el lavado no logra permeabilizarlos.
  - Las irrigaciones o lavados vesicales deben evitarse, ya que son de dudosa utilidad, aumentando el riesgo de infección, solo se realizarán en

determinadas ocasiones y siguiendo órdenes médicas.

- Los catéteres urinarios de silicona deberán cambiarse cada dos meses, los de látex cada cinco días.
- La retirada de la sonda debe ir precedida de un periodo de "pinzado y despinzado" de la misma. Dicha maniobra es necesaria para el proceso de reeducación en vejigas desfuncionalizadas por un largo periodo de tiempo.

- **Heces:**

- Atender al paciente en la eliminación.
- Objetivar y registrar la cantidad y características. (Ver anexo)

- **Sudoración:**

- Observar y registrar su presencia y características.
- Mantener seca la ropa del paciente para favorecer su control.

- **Exudados y drenados:**

- Observar y registrar cualquier exudado o drenado, características, cantidad. (Ver anexo)
- Asegurar una correcta eliminación de dichos exudados.

- **Sangre:**

- Observar y localizar las pérdidas sanguíneas.
- Valorar el sangrado y características.

- **Contenido gástrico:**

- Atender al paciente durante el vómito.
- Si el paciente presenta SNG o STP, prestarle los cuidados necesarios.

Observar y registrar cantidad y características.

#### ACCIONES DEL CUIDADOR EN CUIDADOS DE RELACIÓN.

- Acoger al paciente crítico a su ingreso.
- Colaborar en la satisfacción del ocio del paciente a fin de crear un ambiente agradable.
- Se relaciona con la enfermera o supervisora de la unidad a fin de comunicar todos aquellos signos o datos observados o comunicados por el paciente.
- Recibe información de la enfermera acerca de los cuidados del paciente.
- Colabora en los objetivos de los cuidados administrados al paciente.

- Realizar todas aquellas actividades encaminadas a satisfacer las necesidades psicológicas del paciente crítico.
  - Relacionarse con el paciente a fin de favorecer el dialogo y la comunicación.
  - Facilitar la comunicación del paciente con el resto de la familia.
  - Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones relacionadas con la permanencia de los familiares y usuarios en la Unidad.
  - Realizar todas las tareas de forma que se fomenta la seguridad y autoestima del paciente crítico.
  - Ayudar en el proceso de la muerte, colaborando en la creación de una atmósfera necesaria para la tranquilidad del paciente y mantenimiento de su dignidad.
  - Colaborar en los cuidados postmortem, siempre que sea posible.
5. García M. (2009). Un proyecto especial de maestría en educación mención Ciencias de la Salud. Trabajo de grado no publicado. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado".
  6. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". (2011). Manual para la Elaboración y Presentación del Trabajo Especial de Grado, Trabajo de Grado y Tesis Doctorales del Decanato de Ciencias de la Salud. (1ª Edición). Barquisimeto. Estado Lara. Venezuela (2).
  7. Beatriz Torrecillas Moreno (2015) Programa de educación para la salud dirigido a madres y padres de pacientes oncológicos pediátricos en [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1600/1/TFG\\_Torrecillas\\_Moreno\\_Beatriz.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1600/1/TFG_Torrecillas_Moreno_Beatriz.pdf)
  8. Yáñez Quintana B., Santana Cabrera L., Hernández Montesdeoca A., Molina Tercero A.. Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Med. Intensiva* [Internet]. 2011 Feb [citado 2017 Jul 24] ; 35(1): 62-63 doi:10.1016/j.medin.2010.09.006

## REFERENCIAS

1. Derechos del Niño Hospitalizado, Código Deontológico Médico de la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Decanato de Cs. De la Salud.
2. Santana Cabrera, L et al. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med. Intensiva* [online]. 2007, vol.31, n.6, pp.273-280. ISSN 0210-5691. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000600002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002).
3. Yanez , B.; Santana, L.; Hernández, A.; Molina, A. (2011). *Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas*. Publicado en *Medicina Intensiva*.; 35:62-3. - vol.35 número 01. España.
4. Rodríguez, I.; Giménez, M. (2010). Integración del familiar en la hospitalización del paciente críticamente enfermo en edades comprendidas de 2 hasta 14 años en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Pediatría "Dr. Agustín Zubillaga". Trabajo Especial de Grado para obtener el Título de Enfermera Especialista en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Barquisimeto. Estado Lara. Venezuela.

**ANEXOS**

Cuadro 1: Frecuencia y porcentaje de las respuestas DEL CUIDADOR INFORMAL en la cobertura de las necesidades de higiene

ÍTEMS	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca	
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
Ha realizado cuidados de higiene a otra persona	0	0%	0	0%	3	37,5%	1	12,5%	4	50%
El personal le ha hecho saber las instrucciones	3	37,5%	1	12,5%	0	0%	0	0%	4	50%
Ha participado en los cuidados de higiene de su familiar	0	0%	0	0%	3	37,5%	0	0%	5	62,5%
La unidad del paciente posee los materiales necesarios	5	62,5%	3	37,5%	0	0%	0	0%	0	0%
Le gustaría realizar los cuidados de higiene a su familiar	8	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Cuadro 2: Frecuencia y porcentaje de las respuestas DEL CUIDADOR INFORMAL en la cobertura de las necesidades de movilización

ÍTEMS	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca	
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
Ha movilizado usted a otra persona	2	25%	0	0%	2	25%	1	12,5%	4	50%
Frecuencia en la que debe ser movilizado su familiar	6	75%	2	25%	0	0%	0	0%	0	0%
Ha recibido usted las instrucciones	1	12,5%	0	0%	1	12,5%	1	12,5%	5	62,5%
Ha movilizado usted a su familiar	2	25%	0	0%	3	37,5%	1	12,5%	2	25%
Le gustaría movilizar a su familiar	6	75%	2	25%	0	0%	0	0%	0	0%

**Cuadro 6:** Frecuencia y porcentaje de las respuestas DE LAS ENFERMERAS para la incorporación del cuidador informal en la cobertura de las necesidades de higiene

ÍTEMS	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca	
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
Le ha hecho saber las instrucciones	2	25%	2	25%	1	12,5%	0	0%	3	37,5%
cuidados de higiene en conjunto con el familiar	0	0%	3	37,5%	4	50%	1	12,5%	0	0%
Le gustaría realizarlos en conjunto con su familiar	0	0%	2	25%	4	50%	1	12,5%	1	12,5%

**Cuadro 7:** Frecuencia y porcentaje de las respuestas DE LAS ENFERMERAS SOBRE la incorporación del cuidador informal en la cobertura de las necesidades de movilización.

ÍTEMS	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca	
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
Con que frecuencia debe ser movilizado su paciente	7	87,5%	1	12,5%	0	0%	0	0%	0	0%
Ha brindado usted las instrucciones	2	25%	2	25%	2	25%	0	0%	2	25%
Le gustaría movilizarlo en conjunto con el familiar	5	62,5%	0	0%	3	35,5%	1	12,5%	0	0%