

Cuidado de enfermería al paciente adulto en aislamiento en una unidad de cuidado intensivo: temor, apatía, abandono.

Nursing care for the adult patient in isolation in an intensive care unit: fear, apathy, abandonment.

**Flor Alicia Pérez Zapata
Luz Marleny Rojas Henao**

Trabajo monografico para optar al título de especialista en cuidado de enfermería al paciente adulto en cuidado crítico.

Asesora

Jasmin cacante.

Profesora facultad de enfermería, Universidad de Antioquia, especialista en cuidado critico pediátrico y magister en enfermería

**Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Departamento de Posgrado
Medellín
2016**

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen	5
1. Introducción	7
2. Planteamiento del problema	9
3. Justificación	12
4. Objetivos	14
4.1. General.....	14
4.2. Específicos	14
5. Modelo de inclusión temática.....	15
6. Marco teórico	16
6.1. Concepto de cuidado.....	16
6.2. Concepto y normatividad de aislamiento.....	17
6.3. Teorías modernas del cuidado de enfermería	18
6.4. Conceptos de temor y abandono.....	20
6.4.1. Temor.....	20
6.4.2. Apatía.....	20
7. Metodología	22
8. Hallazgos	28
9. Resultados.....	29
9.1. Categorías: Factores externos.....	29
9.2. Categoría de Factores internos	36
9.2.1. Aspectos éticos.....	37
9.2.3. Temor.....	39
9.2.4. Apatía.....	40
9.2.5. Abandono.....	41
9.3. Categoría: Conceptos teóricos	42
10. Aspectos éticos y rigor metodológico.....	45
11. Conclusiones y recomendaciones	46
Referencias bibliográficas.....	47

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Instrumento de clasificación de textos. Parte 1.....	25
Tabla 2. Instrumento de clasificación de textos. Parte 1.....	26
Tabla 3. Resultados de las ecuaciones de búsqueda.....	27

Lista de Ilustraciones

	Pág.
Ilustración 1. Modelo de inclusión temática	15
Ilustración 2. Gestión e implementación	22
Ilustración 3. Factores externos	29
Ilustración 4. Factores Internos.....	36
Ilustración 5. Aspectos disciplinares	42

Resumen

[Texto]

Palabras Claves:

Cuidado de enfermería, unidad de cuidado intensivo, temor, apatía, abandono.

Las infecciones nosocomiales y de otro tipo, que son cotidianas en las instituciones hospitalarias, aumentan su incidencia cuando los pacientes se encuentran en situación de inmunosupresión por enfermedades graves, este es el caso de los enfermos internados en la unidad de cuidados intensivos. Al mismo tiempo se convierte en un problema de salud pública, razón por la que la práctica de aislamiento cobra tanta importancia como una medida para el manejo y control de este tipo de infecciones.

Los profesionales de la salud, y en especial el profesional de enfermería, deben tener una formación no solo técnica sino personal y disciplinar para lograr ofrecer un cuidado integral al paciente y su familia dentro de la unidad de cuidado intensivo y en condición de aislamiento.

Esta revisión tiene como propósito describir las características internas y externas que influyen en el cuidado de los pacientes en condición de aislamiento, y de acuerdo a los hallazgos, aportando algunos conceptos teóricos disciplinares de la enfermería que orientan el cuidado, es por ello que se busca intervenir algunos aspectos que emergieron del análisis con relación a la actitud de los profesionales durante el cuidado como fueron sentimientos de temor, inseguridad y apatía, que posteriormente dieron paso a la caracterización del concepto de abandono en el cuidado del paciente en condición de aislamiento.

Es deber de los procesos investigativos visibilizar las debilidades en el cuidado, pero al mismo tiempo ofrecer herramientas para su intervención en beneficio de pacientes y comunidades.

Abstract

[Texto]

Keywords:

Nursing care, intensive care unit, fear, apathy, abandonment.

Nosocomial and other infections, which are daily in hospital institutions, increase their incidence when patients are immunosuppressed due to serious diseases, such as patients hospitalized in the intensive care unit. At the same time it becomes a public health problem, which is why the practice of isolation becomes as important as a measure for the management and control of this type of infection.

Health professionals, especially the nursing professional, should have a training not only technical but personal and disciplinary in order to provide comprehensive care to the patient and his family within the intensive care unit and in isolation condition.

This review aims to describe the internal and external characteristics that influence the care of patients in isolation, and according to the findings, providing some theoretical concepts of nursing disciplines that guide care, that is why it is sought To intervene some aspects that emerged from the analysis in relation to the attitude of the professionals during the care as they were feelings of fear, insecurity and apathy, that later gave way to the characterization of the concept of abandonment in the care of the patient in isolation condition.

It is the duty of investigative processes to make visible the weaknesses in care, but at the same time to offer tools for its intervention in benefit of patients and communities.

1. Introducción

Dentro del cuidado de enfermería se podría decir que existe una naturaleza subjetiva (lo que piensan y sienten los pacientes) y una naturaleza objetiva (lo que realmente viven) del cuidado. El cuidado es tan importante y relevante para el paciente durante la estancia hospitalaria que podría llegarse a medir por medio de la satisfacción en la atención, el mantenimiento y rehabilitación de su salud (1).

En el ámbito del cuidado de enfermería, la satisfacción del paciente es el grado de congruencia entre las expectativas del paciente sobre el cuidado ideal y su opinión sobre el cuidado que realmente recibe. Los determinantes más importantes de la satisfacción del paciente son los aspectos técnicos y los interpersonales. Cuando los cuidados técnicos son adecuados, el paciente va focalizando y dando más importancia a los cuidados subjetivos tales como: la relación interpersonal, la competencia profesional, la accesibilidad y la disponibilidad, el tiempo dedicado, la eficacia, la continuidad, el entorno físico y la información administrada (1).

Tomando la satisfacción como una forma de aproximarse a la calidad del cuidado, es significativamente relevante conocer las dimensiones de la satisfacción desde la propia perspectiva de los pacientes críticos, ya que ni los instrumentos existentes para medir la satisfacción de los usuarios frente al cuidado de enfermería, ni los resultados cualitativos de los estudios publicados representan la multidimensionalidad de este fenómeno, entendiendo entonces la satisfacción del paciente ante todo, como “una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente” (1), en el contexto de cuidado intensivo y desde la visión (experiencia y vivencia) del propio paciente crítico.

Un paciente desde su ingreso a la unidad de cuidados intensivos está en riesgo de que su organismo sea invadido por uno o varios de los microorganismos propios de la flora microbiana que cada servicio de salud tiene. El paciente está expuesto a estos riesgos por diferentes situaciones como: la edad, el estado de salud crítico, el estado de inmunosupresión, la pérdida de la integridad de una o varias capas de su piel por encontrarse en un pos quirúrgico inmediato con una puerta de entrada disponible. Estas situaciones lo vuelven más vulnerable a la colonización por diversos agentes.

Estos agentes desconocidos para el organismo hacen que se active un sin número de manifestaciones clínicas que dan indicio de infección. En la cotidianidad, y por medio de los indicadores hospitalarios, se observa que cada vez hay mayor resistencia antimicrobiana, que es una evidencia incuestionable del riesgo de infección dentro del ambiente hospitalario y de la unidad de cuidados intensivos

adulto. Esto favorece el deterioro en la salud del paciente y lo pueden llevar a la muerte del mismo; entre los microorganismos más comunes que ocasionan infección están: *Escherichia coli*, *Pseudomonas Aeruginosas*, *Klebsiella*, *Pneumoniae*, *Serratia spp*, *Acinetobacter Baumannii* etc. (2).

El paciente con estos factores de riesgo requiere la intervención del grupo de epidemiología de la institución, quienes implementan unas medidas de prevención y control, en conjunto con el equipo multidisciplinario (enfermería, intensivistas, terapeutas respiratorios etc) buscando la disminución del riesgo de infección en pro del paciente, de sus familiares, de la institución y del mismo personal de salud, la principal de estas estrategias es el aislamiento hospitalario entendido como:

La separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad en lugares y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso, es decir, que en todo paciente que se sospeche o documente un proceso infeccioso con riesgo de transmisión es recomendable una habitación individual con un lavabo de manos, jabón y toallas desechables dentro la habitación (3).

Desde la perspectiva de la familia cuando se implementa un aislamiento hospitalario significa que hay una restricción para el acompañamiento y visita del paciente. Cuando el paciente requiere estar aislado debe ser ubicado en un área específica con características definidas entre las que están: habitación individual, uso de indumentaria determinada de acuerdo a su necesidad, etc. Para el personal asistencial tiene una connotación de seguridad y precaución por medio de un distintivo (fichas de clasificación) que se adhiere a la entrada de la habitación del paciente.

Esta condición de aislamiento desencadena en el paciente sentimientos y sensaciones de angustia, temor, desatención, olvido, descuido y separación (4). Todo esto podría caracterizar un contexto de abandono en el cuidado de enfermería. El concepto de abandono desde el *Glosario ético y filosófico Magíster Bioética Universidad Complutense Madrid* se define como: "el acto y la consecuencia de abandonar, alejarse o descuidar; Cuando se refiere a un ser vivo, se le asocia al desamparo o la desatención del cuidado." (5).

La calidad del cuidado de enfermería brindado al paciente en condición de aislamiento es lo que hoy nos inquieta y en lo que queremos profundizar, porque se observa en la práctica diaria una desatención y descuido del paciente en aislamiento; bien sea por falta de tiempo, exceso de trabajo, actividades delegadas, temor, desconocimiento o múltiples ocupaciones que limitan el desarrollo de las actividades del cuidado (6).

Desde las experiencias de cuidado y a través de una revisión a profundidad del fenómeno de aislamiento entendido este como dimensión conciente o percepción en el paciente en cuidado intensivo, se pretende describir las características internas y externas que modifican la praxis de enfermería. Con el propósito de mejorar el cuidado desde una visión holística, y lograr un mayor acompañamiento al ser humano.

2. Planteamiento del problema

Las infecciones intrahospitalarias, constituyen un problema de salud pública, ya que aumentan la morbi-mortalidad (7) de los pacientes hospitalizados, prolongan su estancia e incrementan los costos tanto de las instituciones de salud como la economía de las familias de los pacientes internados, con lo cual se produce un impacto no solo económico sino también moral (en la cultura de los profesionales y de las instituciones) para los trabajadores de la salud e instituciones, cuyo objetivo es velar y garantizar la recuperación de la salud del paciente y no de desencadenar nuevas enfermedades.

El profesional en su afán de solucionar y remediar el estado de salud de los pacientes sobre todo en los servicios de alta tecnología o denominados UCI (unidad de cuidado intensivo), utiliza estrategias como la implantación de catéteres, sondas, drenes, tubos etc., el uso prolongado de estos y la condición del paciente favorecen la aparición de infecciones hospitalarias secundarias al uso de dispositivos médicos.

Actualmente, en los Estados Unidos (2) se estima que por cada 100 ingresos a un hospital de cuidados especializados ocurren entre 8 a 5 infecciones hospitalarias, lo cual permite estimar de 2 a 4 millones de infecciones anualmente, con una prolongación media de estancia de 3 días, por lo que existe un incremento importante del costo, aumento de la mortalidad, situación grave por tratarse de muertes potencialmente prevenibles.

Estudios realizados por el CDC (Center for Disease Control) (8), en el que participaron 83 hospitales, muestran unas cifras de infección intrahospitalaria de 5.5% de los pacientes ingresados, de los cuales 1 a 1,5% mueren como consecuencia directa de infección asociada al cuidado de la salud.

En el estudio, *Emotional disorders and psychological needs of patients in an Intensive Care Unit* se dice que:

Ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras una intervención, pueden presentar diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a la nueva situación, en la cual los pacientes se encuentran en un ambiente extraño o desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños. Por este motivo, se considera que el ambiente propio de la UCI afecta psicológicamente a los pacientes de un modo negativo (9).

Para conocer las zonas de riesgo de infección hospitalaria en UCI se debe tener adecuada vigilancia e información. La información debe ser conocida por el personal asistencial, pacientes, familiares y visitantes, para así evitar su presencia y

propagación (4). Uno de los aspectos prácticos para el control de las infecciones en UCI es el aislamiento de pacientes. Más del 50% de los pacientes que ingresan a UCI ya están colonizados por gérmenes responsables de una infección (10).

La estrategia propuesta desde 1970 hasta la actualidad por el CDC, que ha sido el organismo encargado de recolectar y organizar la información y plasmarla en guías de atención que han servido de base para el trabajo diario de los profesionales encargados del control de infección (10) define la norma publicada en un manual detallado, titulado: *Técnicas de aislamiento para uso en hospitales*, donde se sugiere que los hospitales usaran una de las siete categorías de aislamiento (Aislamiento estricto, aislamiento respiratorio, aislamiento protector, precauciones entéricas, precauciones para piel y heridas, precauciones de eliminación y precauciones sanguíneas). Medidas que en la actualidad son puestas en práctica en las diferentes instituciones hospitalarias y adaptadas de acuerdo a cada necesidad establecida por cada ente de salud.

En los años 80, aparecieron nuevos problemas de infecciones intrahospitalarias por cuenta de microorganismos multirresistentes que son aquellos que no dan respuesta a dos o más grupos de antibióticos, y dicha resistencia tenga relevancia clínica, lo que llevó a potencializar las precauciones de aislamiento dirigidas a disminuir la infecciones (10).

Con estas directrices, el profesional de enfermería, quien permanece mayor tiempo con los pacientes dando solución a sus necesidades de cuidado, juega un rol muy importante que debe estar encaminado a educar y orientar tanto al paciente, su familia y al colectivo en general; frente a la importancia del cumplimiento de cada uno de los requisitos del aislamiento hospitalario.

A través del tiempo, estas medidas de aislamiento han ido cambiando, no solo por los avances en la salud, sino también, por la clase de patógenos que hoy en día tenemos (2).

El paciente en estado crítico en condición de aislamiento tiene las siguientes características: se encuentra en un cubículo o habitación cerrada, su visita es más restringida que para el resto de pacientes, su cuidado y atención es prestado bajo unas condiciones diferentes que para el resto de los pacientes (uso de batas, mascarillas, gorros, etc.); estas características afectan los aspectos emocional y comportamental de los pacientes

Bajo estas premisas los pacientes experimentan momentos de soledad, angustia, temor, miedo de morir solos, se sienten impotentes, indefensos e inútiles y se sienten culpables por el proceso de enfermedad por el que pasan. Se vivencian sensaciones de invalidez, desconfianza y falta de independencia, que al final hacen que el paciente disminuya o afecte su autoestima (11).

Para sus familiares tampoco es fácil asumir y aceptar dicha situación; los familiares tienen sensación de que se puede producir la muerte inminente de su ser querido; se sienten impotentes, con desasosiego, angustia, rabia y dolor, pero también se despierta la confianza en Dios y se guardan esperanzas de recuperación (11).

El grupo familiar también siente angustia e incertidumbre en la sala de espera antes y durante de la visita; desean ser informados acerca del estado de salud de su familiar. Cómo va el proceso de la infección, el antibiótico si le está sirviendo, hasta cuando está aislado, porque se aisló, porque no podemos permanecer con él, etc.

La dinámica de las relaciones familiares se alteran y en muchas ocasiones hay cambio de roles, hay dificultades para la toma de decisiones o para dar solución a los problemas.

La percepción del familiar de los enfermos en estado crítico y con medidas de aislamiento, son influenciadas por experiencias pasadas, experiencias de un familiar, amigo, vecino o conocido y por las creencias que se tienen frente al ingreso a la unidad de cuidados intensivos (11).

Esta condición de aislamiento desencadena también en la familia sensación de angustia, temor y percepción de una mayor gravedad en el estado de salud del paciente (9).

La calidad del cuidado de enfermería brindado al paciente en condición de aislamiento es lo que hoy nos inquieta y en lo que queremos profundizar, porque se observa en la práctica diaria una condición de cuidado con el paciente en aislamiento diferente; bien sea por falta de tiempo, exceso de trabajo, temor, por falta de autocuidado, desconocimiento o múltiples ocupaciones afectan el cuidado del paciente dentro de la unidad de cuidados intensivos adultos sometidos a un determinado aislamiento (6).

Es así como surge la pregunta que orienta esta revisión: ¿Cuáles son las características internas y externas que modifican el cuidado de enfermería al paciente en aislamiento en la UCI?

3. Justificación

La justificación para la realización de este estudio tiene que ver con aspectos profesionales y disciplinares; desde lo profesional se puede esbozar que hay necesidades por parte del paciente y de los profesionales que deben ser evidenciados. Y desde lo disciplinar incorpora conceptos propios de las teorías de enfermería a los hallazgos durante el proceso de análisis.

Desde el ámbito sociocultural los pacientes desencadenan sentimientos como temor, soledad, culpa, angustia por encontrarse en condición de aislamiento hospitalario en una unidad de cuidados intensivos; perciben que el cuidado prestado hacia ellos se realiza de forma diferente en relación a los otros pacientes.

A este respecto las familias de los pacientes que se encuentran en aislamiento también perciben el abandono, la soledad y angustia de sus seres queridos y esto se complica por la falta de cercanía e información por parte de los profesionales. Esta información es ofrecida de forma técnica lo que genera por el contrario desinformación, angustia y una percepción de gravedad que en muchos momentos es irreal del estado de salud del paciente.

Desde los profesionales quienes creen que su función es solo entrar al cubículo del paciente aislado con una indumentaria específica y cumplir la norma, lo cual no es así; ya que el cuidado de enfermería va mucho más allá de esto. En ocasiones el mismo el mismo profesional siente dudas, temores y otros sentimientos al verse enfrentado a este tipo de cuidado.

La información que desde la epidemiología se describe hace énfasis en que las infecciones nosocomiales adquiridas en las unidades de cuidados intensivos representan un 20% al 25% de las infecciones globales del hospital; debido a que los pacientes allí ingresados son más susceptibles a adquirir dichas infecciones a causa de: enfermedades subyacentes, procedimientos quirúrgicos, uso de dispositivos entre otras, conllevando con esto a la utilización de aislamiento hospitalario (2).

También se observa una falencia en lo que respecta a la normatividad y congruencia de la información desde el ámbito normativo en las diferentes instituciones que están regidas por el sistema general de salud en Colombia ya que no hay una información clara y una unificación de criterios en las diferentes instituciones hospitalarias, en cuanto a las normas de aislamiento y seguimiento según las guías adaptadas a cada lugar. Esto sin dejar de tener en cuenta los lineamientos estipulados por la CDC de Atlanta que es el organismo internacional encargado de la regulación de dicha práctica.

Por eso el profesional debe transformar el cuidado de enfermería al paciente en aislamiento hospitalario y cambiar su percepción y prácticas en lo que se refiere a esta condición.

4. Objetivos

4.1. General

Describir las características del cuidado de enfermería a los pacientes adultos en aislamiento en la unidad de cuidado intensivo.

4.2. Específicos

- Identificar los factores externos que condicionan el cuidado de enfermería frente al paciente en aislamiento en UCI.
- Identificar los factores internos que condicionan el cuidado de enfermería frente al paciente en aislamiento en UCI.
- Relacionar algunos conceptos de las teorías de enfermería con los hallazgos producto de la revisión.

5. Modelo de inclusión temática

Este gráfico ilustra las categorías y subcategorías de mayor relevancia que dan coherencia a los resultados del análisis de esta monografía.

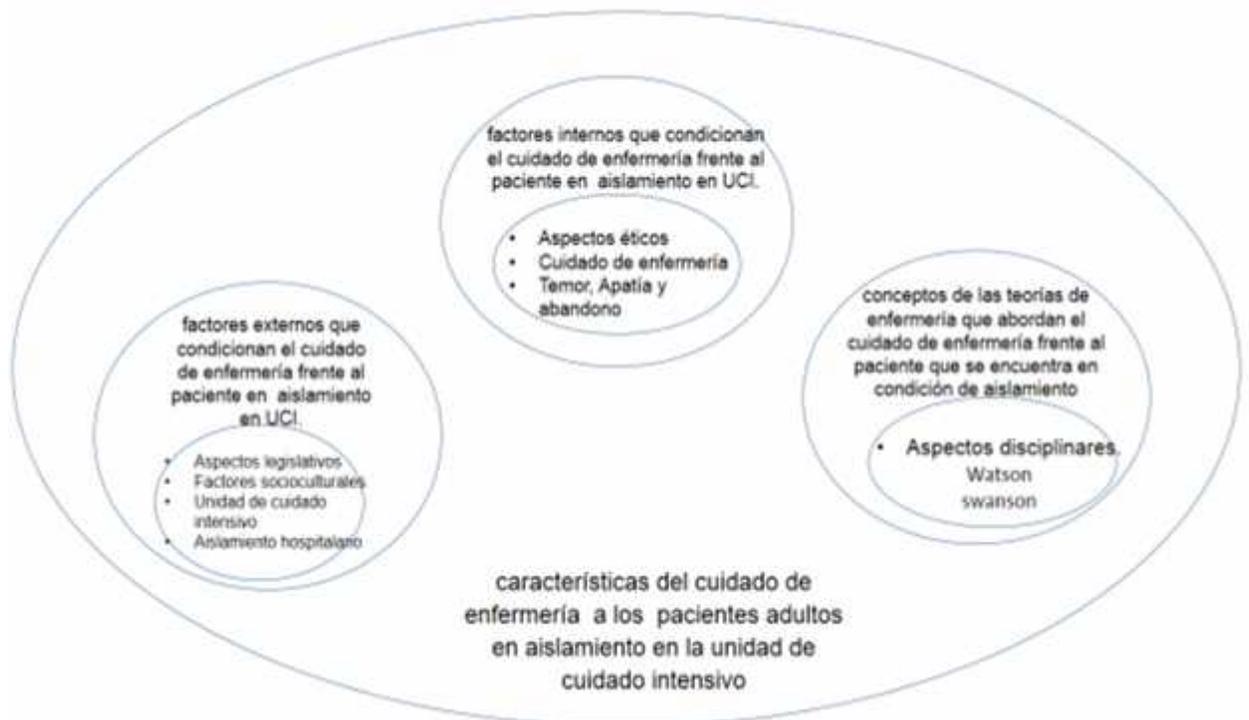


Ilustración 1. Modelo de inclusión temática

6. Marco teórico

6.1. Concepto de cuidado

En la época del cristianismo, la enfermedad se entendió como una gracia recibida y un modo de redención. El cristianismo fortaleció en el ser humano el consuelo en la asistencia al enfermo y moribundo, y con ello se conseguía ganar el cielo, según lo denominaban ellos, el ser humano debía dejar de preocuparse por sí mismo y preocuparse por servir a los demás. Dando pie al cuidado de los enfermos como una obra de misericordia.

En la época del cristianismo los primeros cuidadores fueron diaconisas, mujeres de buena cuna y posición social que brindaban cuidado a los hogares más necesitados. Las viudas desempeñaron un papel importante en la creación de hospitales y las vírgenes relacionadas con la práctica de la caridad entre los necesitados. Las matronas romanas, formaron un papel importante en la construcción del arte de cuidar enfermos ya que los hospitales militares del Imperio Romano y hospitales cristianos estaban fundados con gran diferencia; en los hospitales cristianos se incluían los cuidados prolongados, mientras que en los romanos se brindaba una primera asistencia y un periodo de convalecencia, para devolver cuanto antes a los soldados al ejército, para los pacientes de estancia prolongada se construyeron los xenodoquios (estructuras o edificio construido para el fin de cuidar a los enfermos); es importante tener en cuenta que en esta época, aunque intentaban curar a los enfermos de sus dolencias físicas, ponían mayor interés en tratar las afecciones del alma, entendiendo este como un ser global e integral no solo desde su parte física sino también desde su parte emocional (12).

En la edad media alta, se crearon los primeros hospitales, el cuidado al enfermo se denominó como obra de caridad o de misericordia más que de justicia, más visual desde de la Iglesia que del estado, más ejercicio de sacerdotes que de médicos, las responsabilidad más ética que gubernamental. En la edad media baja se incrementaron los hospitales debido a la demanda de enfermos. Se enfocó a atender principalmente a huérfanos, viajeros y menesterosos. Los hospitales estaban destinados a los pobres. En los hospitales fundados se realizaban obras de misericordia. Debido a esto se obtuvo un exceso de población, los recursos sanitarios e higiénicos, como la provisión de agua pura y alimentos, eran limitados o nulos para atender las necesidades del aumento poblacional.

En el mundo moderno surgieron nuevos conocimientos de anatomía, fisiología y patología, las enfermedades que padecieron estuvieron relacionadas con el género de vida, diferenciándose por los nobles, ricos y las del pueblo. Las enfermedades infecciosas estuvieron favorecidas por las deficientes condiciones de salubridad, disminuyó la peste por la práctica, se erradicó lo denominado la rata negra, pero apareciendo la rata gris.

Durante esta época del mundo moderno, el cuidado de los enfermos fue desempeñado por mujeres no capacitadas y de no muy buena reputación, entregadas a la bebida, y algunas procedentes de cárceles (13). Estas mujeres proveían el cuidado a cambio de tener asegurado la cama y la comida. Era evidente que no estaban capacitadas o entrenadas para dicho cuidado. El resultado de estos hechos hizo que el cuidado de enfermería llegara al nivel más bajo de la historia y por eso esta etapa es conocida como época oscura de la enfermería.

Teniendo en cuenta esta breve reseña histórica sobre el cuidado, desde el cristianismo hasta la era moderna ya se puede hablar de enfermería como una profesión desde el surgimiento de Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Nightingale instituye los conocimientos sobre las bases epidemiológicas para el cuidado de enfermería (13). Aspectos como es el manejo de la luz, ventilación, lavado de manos y separación de los pacientes de acuerdo a la patología, son los inicios de la epidemiología moderna (13).

6.2. Concepto y normatividad de aislamiento

En 1745 se habla por primera vez de salas de aislamientos hospitalarios y a mediados del siglo XIX incluyen a Florence Nightingale. Que establece bases de conocimiento científico y se introduce el término de asepsia, siglos después se comienza a dar importancia científica a la presencia de microorganismos y contagiosidad. En 1890 se introduce el uso de los guantes y en 1987 el uso de la mascarilla en cirugía.

Conociendo estos antecedentes el centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) define aislamiento hospitalario como “separación de las personas que tienen una enfermedad infecciosa específica de quienes están sanos y la restricción de su movimiento para detener la propagación de esa enfermedad” (14), entidad que también sugiere recomendaciones mundiales para el manejo de pacientes portadores de algún tipo de microorganismo infectante.

Los aislamientos más comunes en las unidades de cuidados intensivos adultos son:

- Aislamiento Protector: Un entorno de protección está diseñado para pacientes con inmunosupresión buscando minimizar el conteo de esporas de hongos en el aire y reducir el riesgo de infecciones fúngicas ambientales invasivas.
- Aislamiento de Contacto: prevenir la transmisión de agentes infecciosos, incluidos los Microorganismos, que se propagan por contacto directo o indirecto con el paciente o el entorno del paciente.
- Aislamiento Aéreo: evitar la transmisión de los agentes infecciosos que permanecen en largas distancias y pueden vivir por horas en el ambiente (por ejemplo, virus rubeola (sarampión), virus de varicela, M. tuberculosis).
- Aislamiento Respiratorio; tienen por objeto prevenir transmisión de agentes patógenos que se propagan a través de vías respiratorias al tener contacto con secreciones respiratorias (14).

Los seres humanos expuestos a ciertos microorganismos y en condiciones de salud no muy favorables requieren ser llevados a una unidad de cuidados intensivos las cuales son espacios cerrados y regulados, donde el ingreso de las personas es limitado por la complejidad que allí se maneja; hay restricciones para el ingreso de las personas y la mayoría de las veces el contacto (físico, emocional y de comunicación) es escaso con los familiares; toda esta instrumentalización del cuidado en ocasiones aleja a la enfermera del sujeto de cuidado y la lleva a prestar especial interés a los equipos biomédicos que solo miden variables fisiológicas.

Las unidades de cuidados intensivos de adultos han evolucionado según las necesidades de la población en general, nos enfrentamos ahora a una población con patologías cada vez más graves que demandan, no solo una atención personalizada, sino donde es necesario los mejores conocimientos en cuanto a la fisiopatología, nuevos y más perfeccionados monitores, catéteres, puertos para acceso vascular, para poder realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico al paciente críticamente enfermo.

Los pacientes experimentan situaciones incómodas durante su estancia hospitalaria, por esta razón se creó desde la época de Florence Nightingal a mediados del siglo XVIII, los pabellones por patologías, las camas individuales y las condiciones higiénicas en cuanto a lavado de manos se refiere, ya que en aquella época los pacientes fallecían por infecciones cruzadas, y condiciones higiénicas

La condición de aislamiento favorece la aparición de temor, angustia o apatía en el paciente al restringir aún más el ingreso y acompañamiento por parte de familiares y profesionales. Así mismo en el profesional de enfermería se generan sentimientos de inquietud o angustia que lo impulsa a huir o evitar aquello que se considera dañoso, arriesgado o peligroso.

6.3. Teorías modernas del cuidado de enfermería

Cuando se habla de cuidado de enfermería se refiere a la atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio o se encuentran vulnerados por su estado de salud. Por otra parte, el cuidado se define como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica; cuidar no es solo dar medicamentos, cuidar va más allá, que esta acción; es dar solución a su necesidades desde los ámbitos físicos, psíquicos y sociales, es ver el ser que

necesita de cuidado desde una perspectiva global, es propiciar un estado de satisfacción y alivio al ser humano que se encuentra con alteraciones de la salud.

Entre las teorías que se destacan en el periodo moderno de la enfermería está la de Jean Watson teórica que ha estudiado el cuidado de enfermería con un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico) y con base espiritual, ella describe el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; que es relacional, transpersonal e intersubjetivo (1).

Esta autora considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente-cuerpo y espíritu. El medio ambiente es la realidad objetiva y externa, además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado) (1).

De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado (1).

La enfermería se fundamenta en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson la enfermería es un arte cuando el profesional experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar, expresar y sentir estos sentimientos.

Cuando se habla de la Interacción enfermera-paciente, el papel de la enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto. (13)

Otra teoría que es importante para el análisis de los cuidados enfermeros es la propuesta por Kristen Swanson en el año 1991, la *Teoría de los Cuidados*. La autora concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos: Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener. Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería (16).

Las enfermeras al prestar cuidados no deben perder la vista del individuo como un ser holístico, por lo que no sólo deben prestar atención a lo biológico, sino saber escuchar con atención, esto constituye la fase inicial del dialogo y permite la

comunicación con la persona, es más, la enfermera debe ser capaz de respetar los derechos de los pacientes durante su cuidado, incluye la confidencialidad, derecho a la información, compañía, ayuda espiritual y participar del sistema de salud (17).

Se considera que estas teorías son fundamento para explicar la caracterización del cuidado en el proceso de atención del cuidado del paciente, sometido a aislamiento hospitalario.

6.4. Conceptos de temor y abandono

En los estudios relacionados con el cuidado a los pacientes con aislamiento hospitalario se evidencian sentimientos de temor y abandono en los procesos de cuidado y es por esto que se considera importante definir estos conceptos.

6.4.1. Temor.

La palabra temor, como tal, proviene del latín timor, timor, que significa 'miedo' o 'espanto' (18). En este sentido, el temor también puede asociarse a las sospechas o recelo que nos despiertan aquellas cosas en las que reconocemos un potencial daño o perjuicio por otro lado, el temor también puede referirse a la idea o creencia de que se podría sufrir un daño o correr algún peligro en el futuro.

El abandono fue asociado al término apatía en lo referente a la actitud que en ocasiones demuestra el profesional al dar el cuidado y se define de la siguiente manera.

6.4.2. Apatía.

La palabra apatía se describe como "pérdida de motivación", que implica una disminución de los aspectos conductuales, emocionales y cognitivos, de las acciones dirigidas a un objeto, en relación con lo que se consideraría normal en función de la edad y cultura del individuo. Para entender esta definición, no podemos obviar el concepto de voluntad. Entendemos la "voluntad" como la capacidad de elegir o decidir entre caminos distintos, y de actuar según la elección tomada, más aún cuando la acción se dirige hacia un fin específico, o se inspira en ciertos ideales de conducta. El "acto volitivo" (acto voluntario que supone la culminación, por ejecución u omisión, de toda una serie de pasos intermedios que comienzan con el proceso ideático) se puede dividir en cuatro pasos: ideación/ motivación (representación adicional de la meta), deliberación, decisión y ejecución o realización efectiva del acto. La apatía se considera un trastorno del primer paso (ideación/ motivación), tal y como ha sido mencionado previamente en su definición (19).

La apatía es un término expresado y utilizado en el ámbito de la psicología, ya que se refiere a un estado de ánimo en el que un individuo muestra o refleja falta de emoción, de motivación o de entusiasmo por los acontecimientos o personas de su ámbito cotidiano. Las personas que sufren de apatía muestran ciertas

características, como por ejemplo, desgaste físico muscular, así como, la falta de energía para realizar cualquier actividad y en algunas ocasiones haciendo las cosas por inercia.(19).

“Las personas enfermas presentan situaciones que los llevan al sufrimiento intrapersonal o interpersonal ; estas formas de sufrimiento son causados no sólo por enfermedad sino también por circunstancias, tales como el dolor, la sensación de soledad, el aislamiento y la falta de afecto” (6). El sufrimiento interpersonal se refiere a aquellas situaciones en las que el individuo percibe en su interior inseguridad, acompañada de culpa, miedo y ansiedad; y el sufrimiento interpersonal está dado por las relaciones afectivas con el medio que lo rodea.

Por eso la orientación de esta revisión es describir el cuidado de enfermería al paciente en condición de aislamiento y se habla de condición de abandono entendiendo este como desatención, descuido, sentimiento de soledad.

7. Metodología

Para la realización de esta ruta metodológica se toma como guía el texto *Estrategias de investigación social cualitativa, el giro de la mirada* de la autora María Eumelia Galeano (20).

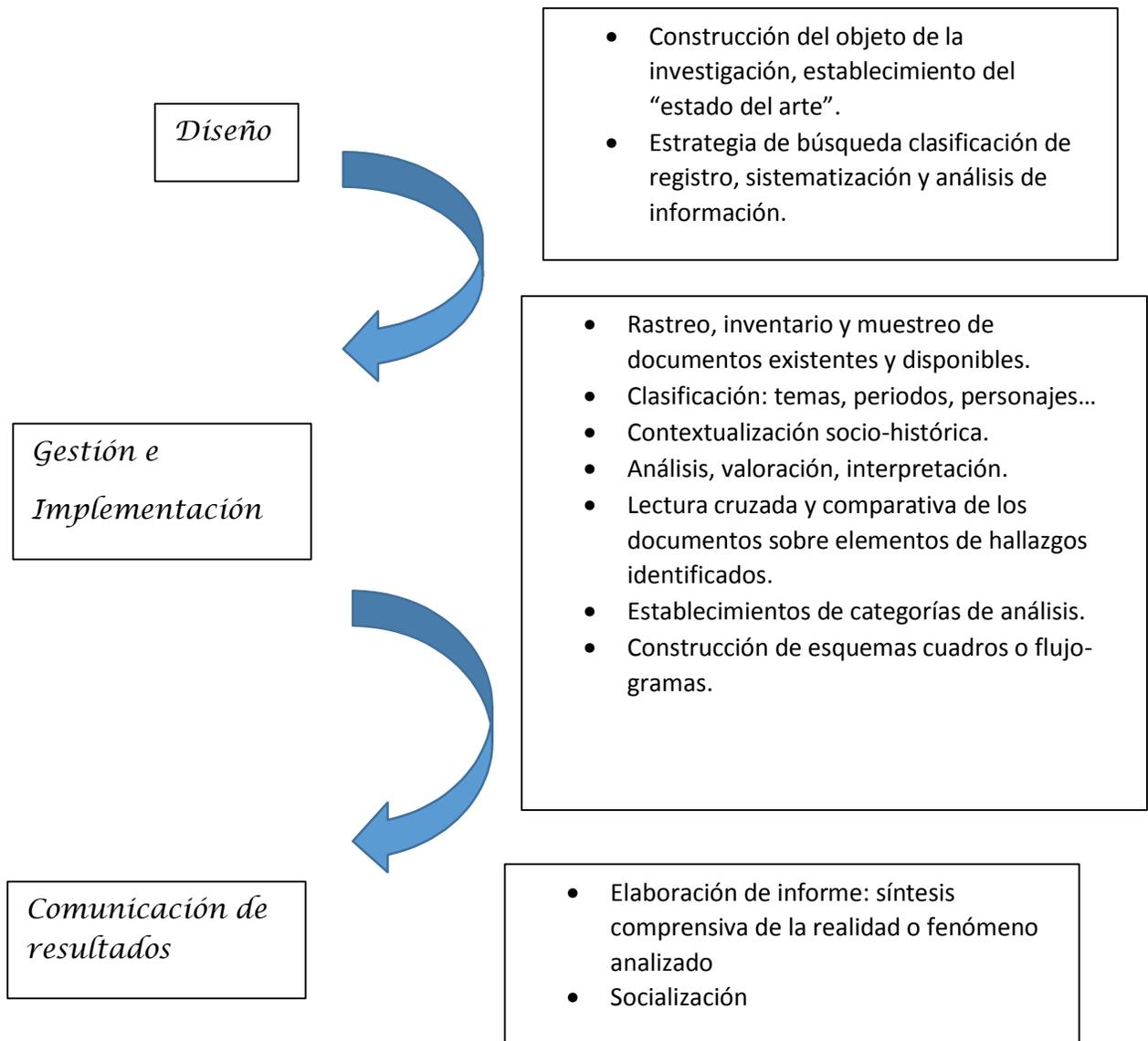


Ilustración 2. Gestión e implementación

A través de la revisión documental y búsqueda rigurosa de información se da a profundidad las características del cuidado de enfermería al paciente adulto en condición de aislamiento en una unidad de cuidado intensivo; buscando así identificar factores internos y externos que condicionan dicho cuidado.

En las investigaciones encontradas y revisadas durante un periodo no mayor a 6 años (2009 a 2015), se observó que la mayoría de estos estudios tienen una metodología cuantitativa, muy pocos de tipo cualitativos descriptivos.

De las bases de datos se obtuvieron 1.130.029 artículos, de los cuales solo fueron de utilidad para la revisión inicial de la monografía 50 textos relacionados con el fenómeno a profundizar (percepción del cuidado del profesional de enfermería frente a el cuidado del paciente en aislamiento en estado crítico).

A los 50 artículos incluidos dentro la revisión sistemática se le realizó ficha bibliográfica y se dividieron así: 11 artículos filtrados por palabras claves (aislamiento hospitalario, cuidado de enfermería, unidad de cuidado intensivo y cuidado), en inglés y español, 10 de sistemas de biblioteca OPAC (con las mismas palabras claves en diferente orden), y 19 artículos de revisiones sistemáticas vía internet con las palabras claves: autocuidado, cuidado de enfermería, unidad de cuidado intensivo (ver Tabla 3).

Las bases de datos empleadas para la realización de la búsqueda de información de origen latinoamericano fueron: embase, lilacs, bireme, scielo y ovid. De Norteamérica se consultaron las bases de datos pulmed y medline. A nivel nacional se consultó el OPAC de la Universidad de Antioquia y uptodate. (Ver Tablas 1 y 2).

Se define como criterios de inclusión estudios cualitativos que incluyen: años de publicación entre 2009 a 2015 y los artículos deben contener la siguiente información percepción de los pacientes, percepción de la enfermera, cuidado en la UCI de los pacientes en condición de aislamiento y acceso al artículo completo de los estudios e investigaciones. Entre los criterios de exclusión se tendrán en cuenta todos aquellos aspectos contrarios a los expuestos anteriormente,

Entre los estudios de pacientes con aislamiento hospitalario, los más relevantes estudios fueron, uno donde se incluyó 528 pacientes(21) de los cuales el 46% manifiesta menos ingresos a su habitación por parte del profesional de enfermería, los otros 3 estudios con muestras de un promedio de 96, 108 y 126 pacientes describen que el personal de salud no ingresa a realizar la valoración médica, en el segundo estudio se evidencia que existe un incremento de los eventos adversos frente a la atención en salud. Dichos estudios se realizaron entre 2011 y 2014.

En el tercer y último estudio (22) se encuestaron en el año 2009, 19 enfermeras de Nueva Zelanda sobre la percepción del profesional de enfermería frente al paciente con aislamiento hospitalario, el 25% de estas contestaron que les genera sentimiento de temor a adquirir alguna enfermedad.

Frente al cuidado de enfermería humanizado, se encontraron dos estudios (21) (23) con muestras significativas del 50% donde se percibe que el cuidado de enfermería humanizado se ve afectado por factores internos y externos dentro de los servicios de salud, estos dos últimos estudios fueron realizados en la ciudad de Medellín entre los últimos 5 años.

Finalizando la ruta metodológica surgen los conceptos de temor o apatía que se evidencian en el profesional de enfermería frente al cuidado al paciente en condición de aislamiento. Esto caracteriza la condición de abandono, estos temas se desarrollaran en el apartado de análisis.

Tabla 1. Instrumento de clasificación de textos. Parte 1.

N°	NOMBRE DEL ARTICULO	AUTOR	AÑO PUBLICACIÓN	CLASIFICACIÓN A	ORIGEN DESCARGA
1	1 cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética	Elizabeth Gómez-Londoño	Julio-diciembre, 2008	abandono	http://www.redalyc.org/pdf/832/83211487006.pdf
2	de la atención impersonal al cuidado humanizado de enfermería mediante esfuerzos humanizados: el punto de vista de los pacientes, los familiares y las enfermeras	OSCAR ALBERTO BELTRAN SALAZAR	MEDELLIN, 2014	abandono	http://aprendeeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/le/article/view/21813/18071
3	el abandono emocional	Ana Muñoz		abandono	http://motivacion.about.com/od/psicologia/a/El-Abandono-Emocional.htm
5	2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings	Jane D. Siegel, MD; Emily Rhinehart, RN MPH CIC; Margaret Jackson, PhD; Linda Chaiello, RN MS; the Healthcare Infection Control	29/08/1905	abandono	https://idc.uga.edu/documents/CDC-Isolation-Guidelines-2007.pdf
6	guías de prevención de infecciones hospitalarias	Dr. Eduardo Larañaga Lic. Silva Fernández	2ª edición Montevideo, 2012	abandono	http://www.casadeagalicia.org.uy/guias.pdf
7	infección intra - hospitalaria	Andrés Vesalio Guzmán Edgar Cabezas Sobera Bernardo Carlin Montero SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DE TALCA	26/05/1905	abandono	http://www.binasss.sa.cr/revistas/Imcc/medica/440/art5.pdf
8	norma de aislamiento	Mariol Tamayo-Vélez y Luz Marina Quiçeno-Valdes Oficina	405/44	abandono	http://www.docfoc.com/normaaislamiento
9	original el aislamiento hospitalario: ¿factor predisponente para la presentación de problemas de calidad en la atención?	Enayra Lozada Urzúa E. Nicole, MD; Susan E. Coffin, MD, MPH; Carolyn Gould, MD, MS; 4	octubre de 2015 PALABRAS	abandono	http://www.scienceirect.com/science/article/pii/S0123939215000971
10	precauciones del aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel	Gloria Ortiz-López, * Ricarda Miranda-Tinoco, * María Guadalupe Lara-Martínez	Vol. 13, No. 1: 25-30, 2014	abandono	http://www.medicgraphia.com/pdfs/enfneueene-2014/ene141e.pdf
11	strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update	Enayra Lozada Urzúa E. Nicole, MD; Susan E. Coffin, MD, MPH; Carolyn Gould, MD, MS; 4	06/07/1905	abandono	http://journals.cambridge.org/ICE
12	strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 update	Jonas Marschall, MD; Leonard A. Mermel, DO; Sch; 3; a Mohamad Fakih, MD, MPH; 4	2014	abandono	http://journals.cambridge.org/abstract_S01959417000995412
13	strategies to prevent clostridium difficile infections in acute care hospitals: 2014 update	Enk R. Dubberke, MD; MSPH; 1; Philip Cairng, MD; 2; Ruth Carico, PhD, RN; 3; Curtis J. Donskey, MD; 4	06/07/1905	abandono	http://journals.cambridge.org/abstract_S01959417000993279
14	strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update	MPH; 1; 2; Richard Branson, MSc; RRT; 3; Eric C. Fichtenwald, MD; 4	2014	abandono	http://journals.cambridge.org/abstract_S01959417000995436
15	técnicas para el aislamiento hospitalario	María del Pilar Cuervo Polanco,		abandono	http://docplayer.es/14371261-El-manejo-de-pacientes-con-infecciones-graves.html
16	algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales	Eugenia Ura M. * Alejandra Jana A. ** Marcela García V.	2011	abandono	http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext&lng=pt

Tabla 2. Instrumento de clasificación de textos. Parte 1.

N°	NOMBRE DEL ARTICULO	AUTOR	AÑO PUBLICACIÓN	CLASIFICACIÓN	ORIGEN DESCARGA
18	el cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson	M. Va zquez-Catayuda, Y M.C.Esquivel-Azcobillo	2010	cuidado de enfermería	http://apps.elsevier.es/watermark/cil_usuario=110&pident_articulo=13187324&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=146&accion=1&ofraan=700&defectura&web=www.elsevier
19	el significado de cuidado en	Francisco Javier Báez-Hernández1 Vianet Nave-Narroz2	30/06/1905	cuidado de enfermería	http://www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf
20	la práctica profesional de	M. Romero-García, L. de la Cueva-Ariza, C. Jover-Sánchez, P. Delgado-Hilob	2012	cuidado de enfermería	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239912000922
21	enfermería	Fernández Alba, R. *; Manrique-Abril, F. G. **	02/07/1905	cuidado de enfermería	http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/107281
22	la percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros:	EL CONGRESO DE COLOMBIA	2004	legislación	
23	una aproximación al concepto de satisfacción	Blanca Gutiérrez, J.J., *Blanco Alamián, A.M., **Luzne Pérez, M.	30/06/1905	unidad de cuidado intensivo	http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822
24	rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor	Jorge perez materia	1997	unidad de cuidado intensivo	
25	legislación del ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia			cuidado de enfermería	http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002
26	experiencias, percepciones y necesidades en la uci:				
27	revisión sistemática de estudios cualitativos	Glenn M Eastwood, Brigit Robens, Ged Williams and Claire M Rickard	15 April 2012		http://online.library.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04230.x/full
28	infecciones en uci	Dr. Guillermo Maccaigno NOBLE S.A.	40148		
29	necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional	Sanjay Sant, MD, MPH, a,b,d, Laghi Ann Higgins, MD, c, Brahmajee K. Nallamothu, MD, MPH, b			http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655302482508
30	¿los médicos examinar a los pacientes en aislamiento de contacto con menor frecuencia	Drs. Carol Chaveswada, MPH, Preeti Merotra, MD, Lindsay Coff, MS1, Hannah R. Day, PhD1, Eli	2013 October		http://europemc.org/articles/pmc4070370
31	a worldwide investigation of critical care research coordinators self reported role and professional development priorities the winner survey	CONSUELO REVERT GIRONÉS	2004/05		http://dianet.unioja.es/servlet/dctes?info=link&codigo=1078&orden=102149

Tabla 3. Resultados de las ecuaciones de búsqueda

CATEGORIAS	BASES DE DATOS	TOTAL DE RESULTA	TOTAL DE RESULTA DOS	ENCONTR ADOS POR AÑO	TOTAL DE RESULTA DOS	TOTAL DE RESULTAD OS QUE
PACIENTE AISLADO-CUIDADO-HOSPITAL	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	7655	1481	1100	0	0
CUIDADO INTENSIVO-PACIENTE AISLADO-ENFERMERA	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	2	0	0	0	2
AISLAMIENTO-CUIDADO INTENSIVO- CUIDADO DE ENFERMERIA	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	3	0	0	0	0
AISLAMIENTO-CUIDADO INTENSIVO- NORMAS	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	8	0	0	0	0
AISLAMIENTO-CUIDADO INTENSIVO- LEGISLACION	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	3	0	0	0	1
CUIDADO DE ENFERMERIA-LEGISLAION	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	721000	0	0	225000	2
AISLAMIENTO HOSPITALARIO. ADULTO	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	16 310	0	2195	0	0
CUDADO DE ENFERMERIA-AISLAMIENTO HOSPITALIARIO- ADULTO	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	14	2	0	0	0
CUIDADO DE ENFERMERIA- ADULTO	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	3491	2010	0	0	0
AISLAMIENTO HOSPITALIARIO-CUIDADO INTENSIVO	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	10	1	0	0	0
CUIDADO DE ENFERMEIRA- PACIENTE AISLADO	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	1243	867	0	0	1
CUIDADO ENFERMERIA-APATIA	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	57600	2798	209	0	1
AUTOCUIDADO-ENFERMERA- PACIENTE	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	164000	0	0	0	2
AUTOCUIDADO-CUIDADO DE ENFERMERIA	pulmed, mendelani, embase, lilacs, bireme, scielo, ovid, opac, google académico,, outodate	175000	0	567	0	2

8. Hallazgos

Dentro de los hallazgos más relevantes durante la revisión bibliográfica se encontraron 3 estudios que se definieron así:

- 528 pacientes de los cuales el 46% manifiesta menos ingresos a su habitación por parte del profesional de enfermería.
- Otros estudios (21) con muestras de un promedio de 126 pacientes describen que el personal de salud no ingresa a realizar la valoración médica, se evidencia que existe un incremento de los eventos adversos frente a la atención en salud.
- En el tercer y último estudio, se encuestaron en el año 2009, 19 enfermeras de Nueva Zelanda sobre la percepción del profesional de enfermería frente al paciente con aislamiento hospitalario, el 25% de estas contestaron que les genera sentimiento de temor a adquirir alguna enfermedad. (22)
- Frente al cuidado de enfermería humanizado se encontraron 2 estudios con muestras del 50% donde se percibe que el cuidado de enfermería humanizado se ve afectado por factores intrínsecos y extrínsecos dentro de los servicios de salud, estos 2 últimos estudios fueron realizados en la ciudad de Medellín entre los últimos 5 años.

9. Resultados

9.1. Categorías: Factores externos



Ilustración 3. Factores externos

Factores externos

Existen elementos ajenos al cuidado, pero que se deben considerar por su incidencia en la capacidad de establecer condiciones al proceso de atención en salud; esto porque pueden cambiar rápidamente e influir en las acciones diarias del cuidado.

Los factores externos que condicionan el cuidado de enfermería se ven reflejados en aspectos como: la población objeto que ingresa a hospitalizarse, el elevado riesgo de padecer enfermedades nosocomiales, ser sometidos a procedimientos invasivos, estancias prolongadas, tratamientos antibióticos, o inmunosupresiones. Todo esto hace que se vea modificado el proceso de atención y cuidado para la recuperación de la salud.

En la revisión bibliográfica se destacaron como factores externos del cuidado aquellos que influyen en el actuar del profesional; pero sobre los que este no tiene control. Estos se exponen a continuación:

9.1.1. Aspectos legislativos.

En la revisión bibliográfica se destacó la referencia en cuando a lo normativo y se define aislamiento hospitalario como “separación de las personas que tienen una enfermedad infecciosa específica de quienes están sanos y la restricción de su movimiento para detener la propagación de esa enfermedad”¹ (14), entidad que también sugiere recomendaciones mundiales para el manejo de pacientes portadores de algún tipo de microorganismo infectante.

Los aislamientos más comunes en las unidades de cuidados intensivos adultos son: Aislamiento Protector, aislamiento de Contacto, aislamiento Aéreo, Aislamiento Respiratorio (14). Estas normas son dadas desde dos instancias una internacional el CDC que desarrolla una guía para el aislamiento hospitalario como Prevención de la transmisión de infecciones y otra nacional regida por la ley 266 que exponer el que hacer del profesional de enfermería en Colombia.

El CDC de Atlanta (14) diseña programas de estratégicos para disminuir y detectar la proliferación de enfermedades contagiosas en las instituciones de salud y propone el aislamiento hospitalario.

Dentro de las normas o políticas colombianas se encuentra la ley 266 (24), capítulo 1, artículo 2, se resalta para esta revisión bibliográfica los principios de la práctica profesional, que habla de la individualidad y la calidad del cuidado de enfermería, entendiendo este primero como cuidar a cada ser humano según sus características socioculturales, históricas y los valores personales, familiares, permitir comprender el entorno y sus necesidades individuales, para así brindar un cuidado humanizado sin ningún tipo de discriminación.

Y el segundo principio de calidad está enfocado en el cuidado eficaz y efectivo orientado a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico científicos, sociales, humanos y éticos. Esta calidad del cuidado se puede evaluar con la satisfacción del paciente.

Para concluir los aspectos legislativos se podría decir que se tienen guías de aislamiento hospitalarias instauradas por el CDC, para las instituciones prestadoras de servicios de salud, y la ley 266 nos permite brindar un cuidado de enfermería individualizado de acuerdo a la necesidad del paciente y con calidad de acuerdo a la ética profesional para prestar el cuidado.

¹ Traducción de las autoras

9.1.2. Aspectos socioculturales.

Los artículos dan evidencia de que los pacientes, familiares y profesionales tienen diferentes percepciones y vivencias con respecto al proceso de aislamiento en las UCI.

Los pacientes viven una experiencia innegable cuando están hospitalizados en la Unidad de cuidado intensivo:

El paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte puede estar cercana, inclusive llegan a sentir una sensación de desamparo físico, mental y de aislamiento social. Los familiares se encuentran en un ambiente desconocido, intuyendo que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. Su padre, madre, hijo, hermano..., está inconsciente, rodeado de cables, conectado a tubos..., no saben si son las últimas horas que van a estar a su lado o si quedará incapacitado para el resto de su vida y el enfermo experimenta la falta de control sobre su proceso, y cede a los profesionales el cuidado de su vida o salud (10).

Por su parte los sentimientos de los familiares cuando el ser querido ingresa a la unidad de cuidado intensivo son la sensación de que se puede producir la muerte inminente, reflejan una confianza en Dios, sienten impotencia, tristeza, incapacidad, desasosiego, seguridad, esperanza, dolor, deseos de descansar (de morir), o rabia. Por estas sensaciones ellos ven la UCI como un lugar donde se brinda el cuidado más avanzado que existe o también se ve como el lugar frío y triste donde se van a morir las personas más graves entre ellos el ser querido.

Mientras que en la praxis de enfermería en UCI se podría decir que se ve sobrecargadas de trabajo, actividades y cuidados. Las enfermeras esperan que las familias y los pacientes asuman un rol determinado, que sean “buenos familiares”, dispuestos a colaborar, poco exigentes e independientes:

Los familiares son capaces de identificar el grado de empatía que ofrecen los profesionales para el cuidado del ser querido a través del lenguaje verbal y del no verbal. A veces, ya que los profesionales proporcionan una atención despersonalizada, se evita establecer cualquier tipo de vínculo afectivo, pero se trata en realidad un mecanismo de defensa emocional (10).

El paciente en condición de aislamiento hospitalario es muchas ocasiones se ve sometido a cierto grado de estigmatización (25), entendida esta como marca o etiqueta negativa, algo que produce daño no solo personal sino social, estructural, se convierte en portador de un riesgo sanitario que en ocasiones, aparece como una amenaza para la misma especie.

Este fenómeno global y preocupante, que implica para el paciente sensaciones de: desmoralización, la desesperanza, la baja autoestima y en ocasiones favorece la aparición del rechazo al tratamiento, y para su familia representa un sufrimiento

adicional al de la enfermedad misma y se relaciona con mayor aislamiento. El juicio moral y el temor a la peligrosidad del paciente son fuentes importantes de la discriminación (26).

9.1.3. Unidad de cuidado intensivo.

En el análisis crítico de los documentos, la unidad de cuidados intensivos (UCI) tiene unas características específicas de su entorno, que desde su misma construcción se convierte en un factor externo que modifica el cuidado de enfermería.

Como fue descrita en párrafos anteriores, su arquitectura, distribución, maquinaria y sus mismas normas, favorecen a que el cuidado de enfermería sea entregado de una forma diferente.

Si bien es cierto que la palabra cuidados intensivos aterroriza, también es muy cierto que hay que tener en cuenta la percepción que tiene el profesional frente a este servicio, como lo describe Oscar Beltrán (6) en el texto *Significado de la experiencia de estar solo y críticamente enfermo y hospitalizado en UCI*. Con lo cual se invita al profesional de enfermería a planear estrategias de intervención y mejorar la calidad de la gestión del cuidado.

Gracias a los estudios e investigaciones frente a las características de las UCIs y sus efectos negativos para la recuperación y conservación de la salud del paciente allí internado, muchas instituciones de salud han permitido ser permeadas por la presencia de la familia por periodos prolongados de tiempo.

También se puede notar la evolución frente a su arquitectura es mucho más moderna, incluso se pintan de colores, la dotación a la fecha también es diferente desde la presencia de un televisor hasta la utilización del celular, etc.

Cada vez en el contexto de la atención en salud se habla más acerca de la de monitoria menos invasiva, evitando así invasiones innecesarias y, por ende, la utilización de tantos cables visibles para los familiares, favoreciendo con esto la modificación o conceptualización del temor a ser ingresado o internado en una UCI.

Unas de las tendencias identificadas dentro de los textos seleccionados (10) es que la UCI es un lugar cerrado, restringido, frío, entre otras características ya descritas en apartados anteriores. Los pacientes se encuentran en un contexto completamente diferente, habitaciones pequeñas, estancias prologadas, expuestos a infecciones que les agrega su predisposición para estar en condición de aislamiento dentro del servicio.

9.1.4. Aislamiento hospitalario.

Las infecciones nosocomiales en UCI suponen un gran riesgo para el paciente y un alto costo para la sociedad. Las publicaciones referentes a la compleja epidemiología de la infección nosocomial resultan dispares en sus resultados, sobre todo en las unidades de cuidados intensivos donde son numerosos los factores que determinan su aparición (2).

El aislamiento hospitalario desencadena dos puntos importantes a desarrollar dentro de la monografía; el primer punto de vista es que las infecciones nosocomiales continúan siendo un gran problema de salud pública en los países desarrollados. A pesar de que sean diseñado he implementado diferentes formas de prevención y control de infecciones. Es importante tener en cuenta el costo que esto genera en una unidad de cuidado intensivo dentro de una estancia hospitalaria prolongada. Las infecciones nosocomiales, ya que son una causa importante de morbilidad y mortalidad, y ocasionan elevados costos sociales y económicos, el aumento de la estancia, estimada en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) en cuatro días por infección (2).

La CDC a los años 70 elaboró una serie de recomendaciones para la vigilancia y control de estas infecciones y pusieron en marcha el sistema NNIS (Nacional Nosocomial Infections Study). Estudio voluntario y participativo de diferentes hospitales enfocados en disminuir las infecciones

III Conferencia Decenal de Infecciones Nosocomiales, auspiciada por los Centers for Diseases Control (CDC) y celebrada en Atlanta en 1990, estableció que las prioridades:

1. Vigilancia, investigación y control de las infecciones nosocomiales.
2. Estudio del medio ambiente hospitalario.
3. Profundización en técnicas de laboratorio útiles para el epidemiólogo.
4. Estudio de la resistencia antimicrobiana en patógenos hospitalarios.
5. Estudio de los factores que dependen del huésped y su papel como determinantes en la infección nosocomial (2).

Se define el control de infecciones como el conjunto de medidas coordinadas y centralizadas, puestas en marcha para eliminar o disminuir la frecuencia de aparición de un proceso infeccioso indeseable. Se entiende como el conjunto de actividades encaminadas a prevenir su aparición y evitar su propagación en el hospital. La puesta en marcha de los mecanismos de control de la infección nosocomial es, en última instancia, responsabilidad individual de cada trabajador del hospital, la gestión y coordinación de los mismos requiere la existencia de estructuras específicas.

El segundo punto de vista a desarrollar, y que es de gran importancia dentro de la monografía, es las implicaciones que conlleva que el paciente se encuentre en aislamiento dentro de una unidad de cuidado intensivo. Haciendo un retroceso en la época podríamos comenzar con el siglo XVIII Madame Necker sugiere que solo

debe haber un enfermo por cama ya que un estudio científico de las infecciones hospitalarias demuestra que se disminuyen las infecciones cruzadas o nosocomiales (2).

Las concepciones sobre salud y enfermedad desde siglos atrás son subdividirlos en dos grupos: los menos avanzados y los más avanzados.

Teniendo en cuenta esta situación se discriminaban los enfermos según la gravedad de la enfermedad. El enfermo leve, cuyos problemas no lo incapacitaban para realizar las actividades comunitarias, y los dejaban continuar vinculados al grupo y no era considerado enfermo. Sin embargo, el grave era el incapacitado para ser útil al grupo. Y así las comunidades sometían a los enfermos graves a una muerte social con el abandono comunitario, podemos demarcar que desde esa época primitiva el ser humano enfermo o con una enfermedad incapacitante ya tenía una restricción social sea de abandono social u emocional (2).

Hay que tener en cuenta que desde el XVIII se viene hablando de disminución de infecciones nosocomiales y aislamiento de las personas infectadas o con enfermedades contagiosas, como se describe anteriormente esto conlleva aun aislamiento del paciente aun lugar individual, con unas características particulares alimentación, división por grupo de enfermedad y ubicación demográfica aislada de las demás personas u enfermos. Por ejemplo:

Florence Nightingal en 1856 demostró que la seguridad de los alimentos y el agua y un ambiente limpio podía producir un descenso de las tasas de mortalidad en un hospital militar. Ella y William Farr, observaron que la mayor parte del exceso de mortalidad en los hospitales militares se debía a enfermedades contagiosas y al apelotonamiento de enfermos (2).

A finales del siglo XIX y XX, se consideraron tres hechos esenciales en el campo de las infecciones hospitalarias:

1. El desarrollo de nuevas técnicas microbiológicas, tanto de aislamiento como de tipificación de microorganismos. Precisamente el progreso alcanzado por estos métodos permite esclarecer los mecanismos de producción de las infecciones cruzadas, al poder disponer de marcadores serológicos, plasmídicos o de otra naturaleza.
2. El cambio en el patrón etiológico de las infecciones hospitalarias, con el advenimiento de problemas secundarios, como el incremento de las resistencias bacterianas.
3. La creación y desarrollo de programas específicos de vigilancia y control de las infecciones hospitalarias (2).

Esto genera dentro del ámbito hospitalario una alerta a desarrollar para la detención temprana de las infecciones y desencadena una rigurosa y exhaustiva estrategia de aislamiento hospitalario más tempranamente, también desencadena en el personal de salud, una alerta de riesgo para evitar contaminación y posibilidad de adquirir enfermedades infecciosas desencadenadas a la labor desarrollada.

Dentro de las infecciones nosocomiales ha destacado un componente de tipo iatrogénico. Esta característica determina que este tipo de infecciones posea un

enfoque médico-legal, en relación a la responsabilidad derivada de una actuación sanitaria, generalmente justificada pero con reacciones adversas: 1. Responsabilidad del médico, como el nivel básico y más conocido de responsabilidad de una persona aislada que realiza una función técnica. 2. Responsabilidad de las instituciones, es decir, la derivada de las actuaciones sanitarias en grandes instituciones hospitalarias. En este caso hay un nivel de responsabilidad médica, sea individual o de un equipo y una responsabilidad genérica de la institución sanitaria, personificada en los cuadros directivos que la gestionan y representan. Ellos tienen la obligación de que la institución funcione adecuadamente. 3. Responsabilidad de las autoridades sanitarias. Es la que tienen los cargos directivos de la administración sanitaria. Consiste en cuidar y mejorar la salud de la población, elaborando las disposiciones oportunas para tal fin y velando por su correcto cumplimiento (2).

Un estudio inmerso dentro de la revisión bibliográfica denominado *Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised* (27) expone que los médicos tienden a evaluar solo la mitad de las personas que se encuentran en aislamiento en comparación con no pacientes bajo precauciones de contacto. Casi dos tercios de los pacientes en aislamiento de contacto no fueron examinados durante las rondas de la mañana por el médico tratante.

Otro punto de vista es que los médicos residentes no modificaron su tratamiento ya que como no son evaluados se realizan actividades de rutina sobre la base de las precauciones de contacto con el estado del paciente. Finalmente, se observó que si son evaluados médicamente bajo esta condición de aislamiento, el examen puede estar limitado por el uso del estetoscopio u otros implementos de examen físico por el hecho de estar aislados.

Algunos observadores dentro del estudio sostienen incluso que aislar los pacientes debido a su condición puede conducir a daños o traumas psicológicos negativos, tales como la depresión y la ansiedad si lo miramos desde el punto de vista del paciente (2).

En conclusión, los conocimientos adquiridos en las últimas décadas, se podría decir que existe la prevención de las infecciones nosocomiales y este requiere programas de vigilancia y control, pero se debe desarrollar actividades al personal especializado, orientados a mejorar la forma de actuar de los médicos, enfermeras y resto de personal del hospital para el paciente en condición de aislamiento.

Las situaciones de mala praxis médica en relación con ellas son tan amplias como difíciles de definir con exactitud. Normalmente no son el resultado de una actuación incorrecta en sí misma. Pueden deberse a que estas acciones no se realizan siguiendo unos criterios previos sanitarios oportunos, y que deben estar previamente introducidos en la práctica sanitaria habitual (2).

9.2. Categoría de Factores internos



Ilustración 4. Factores Internos

Dentro de la revisión bibliográfica de esta monografía, se denominó factor interno a aquellas características del cuidador (enfermero o enfermera) que es capaz de relacionarse con otro ser humano, estar en su posición, entender su punto de vista, sus vivencias, creencias y su estado de salud. Sin este componente es imposible dar sentido al concepto del uso terapéutico personal, o de la relación transpersonal (28). De esta misma manera, se debe tener en cuenta que el enfermero tiene unas características específicas para brindar cuidado que son subjetivas, concretas y existenciales, como lo expone Carper:

Quando se habla de un conocimiento personal se refiere al conocimiento, al enfrentamiento y a la actualización personal. Este conocimiento es la regla básica en las interacciones y confrontación con los seres humanos. Su resultado se traduce en voluntad de aceptar la ambigüedad, la vaguedad y las discrepancias entre uno mismo y los demás. Conduce a la discusión sobre las formas de intervenciones con los clientes y el respeto por sus características individuales, al mismo tiempo que se mantiene la responsabilidad profesional por el bienestar del otro (28).

Los factores internos los precisamos dentro de la monografía como el pilar la atención del cuidado humanizado, entendido este como el arte de cuidar.

En los siguientes apartados se describirán tanto el concepto de cuidado como los aspectos que desde las investigaciones caracterizaron el mismo. Dentro de los

aspectos que se ven evidenciados desde la enfermería en el momento de brindar el cuidado al paciente en condición de aislamiento surgen sentimientos como: temor, apatía y abandono. Para desarrollar estos temas debemos tener en cuenta inicialmente los aspectos éticos que rigen este cuidado.

9.2.1. Aspectos éticos.

Los aspectos éticos se refieren al componente moral del enfermero(a), para brindar dicho cuidado, el conocimiento de enfermería (teórico-práctico) influyen en las decisiones que deben tomarse en el contexto decreciente del cuidado y de la atención de la salud.

Este componente ético ha sido fuente de gran interés en los servicios de enfermería, ya que sugiere problemas fundamentales relacionados con lo moralmente correcto o erróneo en conexión con el cuidado.

Los dilemas morales surgen de las situaciones vivenciadas por el enfermero(a), cuando las propias acciones son difíciles de predecir y cuando los principios tradicionales y los códigos de ética no ofrecen ayuda concreta o están en contradicción:

La enfermería se reconoce como un servicio social esencial y responsable para el cuidado, la conservación de la vida, el alivio del sufrimiento y la promoción de la salud. Pero al consultar las reglas de la ética éstas fallan al no contener todas las respuestas necesarias, en términos de las alternativas morales relacionadas con las individualidades que se requieren en la práctica diaria y la docencia (28).

El profesional de enfermería al verse enfrentado al cuidado del paciente en condición de aislamiento en la unidad de cuidado intensivo, en muchas ocasiones enfrenta un dilema ético, al percibirse en riesgo o comprometida su salud, bien sea por encontrar su propio estado de salud alterado o en condición de vulnerabilidad interna al momento de brindar el cuidado al otro.

El componente ético del cuidado propende por no debe tener ninguna restricción al momento de brindar el cuidado de enfermería y, por ende, el profesional, sea cual fuese su dilema ético, está en la responsabilidad moral de brindar el cuidado de enfermería, teniendo en cuenta las características propias de un cuidado profesional.

9.2.2. Cuidado de enfermería.

“Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.” (29).

“El cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para

atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.” (30).

Watson define: “el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona”² (31). Cuidar es una actividad humana y con esto se busca comprender cómo representan los profesionales de enfermería su quehacer profesional.

En la práctica de enfermería el arte de cuidar se refiere a la atención oportuna, rápida, continua y permanente, encaminada a detectar y resolver problemas que afectan la persona en su dimensión, y esta se encierra en tres pilares fundamentales: información, actitud y representación.

La información consiste en unir y venir de interpretaciones empírico-científicas, originadas por la observación que realiza de manera interna la enfermera(o), motivándola(o) a sentir una necesidad de ayudar a la persona. La actitud se refiere a el proceso intercomunicativo entre dos seres que se reconocen uno al otro, lo que genera un diálogo activo de palabras entre la enfermera (o) y la persona.

El tercero es dialéctico, formado por la praxis, lo que significa un hacer reflexionado, que no se limita a la integración de un conocimiento, sino a la aplicación a priori de los conocimientos empíricos y científicos de la enfermería, que además del cuidado físico, abordan también el cuidado espiritual dando como resultado el reconocimiento de la enfermería (29).

Teniendo en cuenta estas definiciones anteriormente descritas, se podría decir que el cuidado de enfermería ha existido desde los siglos pasados y no discrimina ningún estado de la sociedad; lo humanístico y lo asistencial se ha permeado a través de la cultura, los cambios de la época han avanzado según la tecnología y se han desarrollado una forma diversas de hacer frente al entorno.

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.” (15).

Esta correlación enfermero- paciente destaca la unicidad entre el que cuida y el que es cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad en este proceso, y por esto se ve afectado de acuerdo a las características de cada uno de los implicados.

En la actualidad la praxis de enfermería presenta en su desarrollo teórico y de investigación asociación con la tradición empírica de las ciencias naturales. Los medios inductivos de generación de hipótesis, la descripción fenomenológica y la historiografía han entrado a formar parte importante en el desarrollo de la ciencia. El trabajo tradicional de las ciencias naturales es describir y clasificar fenómenos, lo cual se

² Traducción de las autoras

obtiene por observación directa e inspección. Pero la literatura actual de enfermería refleja un cambio de las formas descriptivas y clasificadoras hacia las formas crecientes de análisis teórico las cuales se dirigen a la búsqueda e invención de explicaciones que den razón a los hechos empíricos observados y clasificados (28).

Por esta razón la revisión bibliográfica realizada se enfoca en la literatura encontrada frente al cuidado, pero se observa deficiencia en él, con la atención del día a día y se busca identificar las razones por las cuales el cuidado se ve afectado durante la atención. A continuación se desarrollan los sentimientos de los profesionales que se vieron evidenciados en las investigaciones consultadas.

9.2.3. Temor.

Dentro del análisis de los estudios encontrados se podría destacar el estudio realizado en Nueva Zelanda (22), donde una pandemia de virus respiratorios género, mayor demanda de atención por parte del personal de la salud y mayor restricción de los cuidados de enfermería con mayor control para evitar diseminación de la enfermedad. Este incremento se vio reflejado con mayor impacto en las UCI, ya que la carga de trabajo para el personal de la unidad aumento y por ende el cuidado de enfermería también lo hizo, estas enfermeras se enfrentaron al desafío de la exposición al riesgo de infección, asumiendo las cargas de trabajo adicionales y el cuidado de este grupo de pacientes con alta demanda del mismo.

El control de infecciones para prevenir la propagación de estos virus respiratorios durante la estancia hospitalaria fue crucial, ya que las enfermeras experimentaron un impacto físico y emocional al tener que usar equipo de protección personal el que a su vez causo estrés durante la atención.

Este aspecto previno la propagación de la infección, pero al mismo tiempo género en el profesional de enfermería sentimientos de temor por el riesgo latente de adquirir la enfermedad. Es importante reflexionar sobre el compromiso del personal de enfermería al dar el cuidado a pesar de los sentimientos generados por el riesgo de infección, los resultados evidencian:

La percepción de la prevención de la infección por parte de enfermería era "buena" o "muy buena". El otro grupo multidisciplinario conformado 55% de perfusionistas, el 50% de los intensivistas y el 44% de los residentes, demostró que no hacían tan adecuado control de estas infecciones y el 22% de las enfermeras percibieron que la prevención de la infección era "muy pobres" por parte de intensivistas. (22).

Según este artículo, *New Zealand perceptions of nurses caring for patients with influenza A (H1N1)*, la mitad de los participantes perciben algún impacto de su temor de ser infectado con el virus (22). Este resultado es diferente de los resultados de dos estudios de Singapur, donde se exponen y se encontró contraer enfermedades infecciosas potencialmente mortales es uno de los temores más comunes entre el personal de atención de salud.

Es evidente como los profesionales de enfermería en sus intervenciones de cuidado con los pacientes en condición de aislamiento también experimentan sentimientos de temor en relación con su autocuidado.

9.2.4. Apatía.

La apatía se describe como “pérdida de motivación”, que implica una disminución de los aspectos conductuales, emocionales y cognitivos, de las acciones dirigidas a un objeto”, en esta revisión bibliográfica el hallazgo de este sentimiento por parte del personal de enfermería fue incidental, sin embargo es importante conocer las razones por las cuales se genera la pérdida de motivación y buscar por qué ocurre esto durante la praxis. Para entender esta definición, no podemos obviar el concepto de voluntad. Entendemos la “voluntad” como la capacidad de elegir o decidir entre caminos distintos, y de actuar según la elección tomada, más aún cuando la acción se dirige hacia un fin específico, o se inspira en ciertos ideales de conducta (19).

El cuidado de enfermería se ve como un fenómeno afectado desde el punto de vista de la apatía con el comportamiento personal de cada ser que brinda el cuidado, ya que la pérdida de motivación, y la voluntad para realizar dicha praxis, se enmarca en algo personal y humano; el proceso de cuidar ocasiona una alteración integral en todas las dimensiones del ser desde el ser externo e interno.

A veces, la tecnología y el lenguaje técnico que los profesionales de salud emplean fallan en percibir que las pequeñas cosas son más importantes para que el paciente se sienta cuidado, no se ve el ser cuidado como un ser holístico; olvidando así el ser humano que se encuentra bajo nuestra protección.

No es posible responder por el cuidado, la humanización y la calidad si no se lleva a cabo dicha práctica, o no hay interacción con los pacientes; ya que este cuestiona el cuidado con la ausencia de la enfermera, no interactúa con el paciente, no realiza dicho cuidado y no da a conocer si figura durante el proceso de la enfermedad, es más, en estas condiciones es posible hablar de un "descuido intrahospitalario". Como lo evidencia Oscar Beltrán, en el artículo *Cuando las enfermeras están ausentes*, “Un cuidado de enfermería en el cual las enfermeras no interactúan con los pacientes, es más bien no cuidado; sin interacción, difícilmente hay cuidado.” (32).

La falta de presencia de la enfermera en el proceso de atención al paciente es mal vista o es interpretada como desinterés o apatía por estos, ya que el paciente espera siempre la presencia del personal de enfermera durante su estancia hospitalaria. En esta revisión bibliografía no se encontraron hallazgos que confirmen las razones, motivaciones o circunstancias que llevan al profesional a mostrar dicho comportamiento.

9.2.5. Abandono.

Se define abandono cuando se pone en peligro la vida o la salud del otro colocándolo en una situación de desamparo, abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse por sí misma (a la que debe mantener o cuidar) o a una persona a la que el autor haya incapacitado. La pena será mayor si a consecuencia del abandono resultare un daño grave en el cuerpo o en la salud de la víctima, o bien si sobreviniere su muerte a consecuencia del abandono citado (33).

La sensación de soledad en UCI se debe al no contacto físico y al alejamiento humano, a la ausencia de palabras y a un sin número de demostraciones de afecto, “en la práctica no es real que los pacientes estén abandonados pero según parece ellos si lo perciben como tal porque las personas que lo rodean la mayor parte del tiempo de su estancia en UCI no son aquellas mismas personas que se tiene por costumbre estar rodeado y que además de compañía humana también ofrecen afecto.” (6).

En la situación de abandono que percibe el paciente en condición de aislamiento durante su estancia en UCI es importante tener en cuenta la interacción entre cuidador y sujeto enfermero paciente orientadora en brindar un acercamiento terapéutico en busca de satisfacer desde la esfera física y mental.

Las acciones que genera el abandono de los pacientes aislados en la unidad de cuidado intensivo son: la soledad, tristeza, depresión, angustia, el espacio estructural y la condición del cuidado, como consecuencia de tenerlos en una unidad de cuidado intensivo aislados.

El profesional de enfermería se debe hacer responsable y tener conocimiento de las consecuencias que genera el tipo de cuidado que ofrece al paciente en las unidades del cuidado de enfermería ya que este tiene implicaciones éticas y morales.

Los aspectos éticos de la atención en el cuidado de enfermería dentro del ámbito interno, se ven afectado no solo por desconocimiento clínico, sino además por los conflictos internos del cuidador.

El patrón ético, como habla Carper, citado por Durán de Villalobos, (28), se enfoca en aquellas materias de obligatoriedad o relacionadas con lo que debe hacerse. “El conocimiento de la moralidad va mucho más allá del simple conocimiento de normas o de códigos de ética, y disciplinarios. Incluye todas las acciones voluntarias que están sujetas al juicio de la corrección o incorrección, del bien o el mal, incluyendo juicios de valor moral referentes a motivos, intensiones y rasgos de carácter” (28).

Desde Kant, en su imperativo moral en donde describe que los seres humanos se deben tratar no siempre como un medio si no un fin en sí mismos. Invita a los profesionales de enfermería a no olvidarse de que en la generalidad del cuidado hay individualidades de ese ser que requiere del cuidado.

Todos los sentimientos son evidenciados por parte del personal de enfermería y habla de una invisibilización del patrón personal de los que cuidan con un valor de moral y ético.

9.3. Categoría: Conceptos teóricos

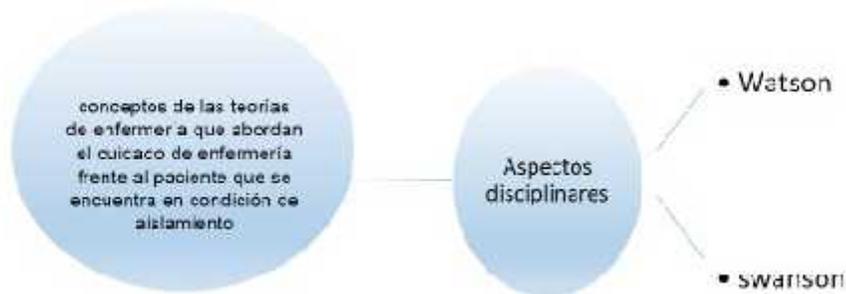


Ilustración 5. Aspectos disciplinares

Para enfermería, trabajo empírico significa descripción y clasificación de aquellos fenómenos que están abiertos a la observación e inspección. El desarrollo científico de enfermería ha llegado al punto en que sus investigadoras no abrazan una sola metodología tendiente a guiar las investigaciones, por el contrario, varias metodologías y tradiciones tienen influencia en la manera como estudian los problemas.

Dentro de los conceptos de las teorías de enfermería surgen dos aspectos disciplinares acordes con el cuidado, abordan dicha praxis y permite buscar un enfoque amplificado, para que el paciente aislado en una unidad de cuidado intensivo tenga una mejor atención o un mejor estancia por este lugar, con este fin se reflexionara sobre el cuidado de enfermería.

Las teoristas Jean Watson con la *Teoría del Cuidado Humano* y Kristen Swanson con *Teoría de los Cuidados*, son aportes para esta reflexión de la monografía desde el punto de vista teórico. Jean Watson en la teoría del cuidado Humano dice que “el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.” (15).

Esto invita al profesional de enfermería a la búsqueda constante de nuevos conocimientos que afiancen el que hacer del día a día; dicho conocimiento deberá sensibilizar a las personas que imparten cuidados en las instituciones de salud. La

autora nos hace una invitación de ponernos en los zapatos del otro para percibir, sentir y llegar a brindar un cuidado con afecto y responsabilidad.

El profesional de enfermería que se enfrenta al cuidado de un paciente en condición de aislamiento hospitalario en una unidad de cuidados intensivos tendrá que ser una persona con alto grado de educación y conocimientos en el área y con un servicio humanizado.

El desconocimiento del manejo de ciertos eventos dentro de dicha área es en gran medida el factor por el cual el profesional de enfermería minimiza o reduce el ingreso al cubículo del paciente en condición de aislamiento hospitalario.

El temor, la apatía o la desatención se ven evidenciados por el personal de enfermera en el estudio de Nueva Zelanda (22), se define como cuidado humanizado, pero se brinda con restricciones de este, no solo por la utilización del equipo de protección personal sino también por el temor a contraer la enfermedad, si se ve esto desde la percepción del paciente y la ausencia de la enfermera durante la atención, como lo describe Oscar Beltrán en párrafos anteriores, se podría decir que el paciente se encuentra en desatención o abandono, y cuando se brinda un cuidado de enfermería a un paciente en condición de aislamiento, ya que no podrá ser respuesta el no ingreso al cubículo del paciente, el temor a adquirir una enfermedad, tampoco se debe ver reflejado la poca oportunidad para la atención y el cuidado del paciente por apatía o desatención.

Kristen Swanson, quien “concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal” (16), nos invita a mirar al paciente de esta misma manera, es decir, la condición de aislamiento en el paciente no debiera generar una experiencia de soledad y abandono; y el cuidado de enfermería se podría evidenciar como un cuidado humanizado

El cuidado como la esencia de la enfermería se caracteriza por tener que acompañar en el sufrir dolor, con la angustia, soledad, temor, abandono, despojo entre otros; sentimientos manifestados tanto por los pacientes como por sus familiares, este sentir no solo se evidencia en un estado de salud crítico si no, en cualquier tipo de situación relacionada con su salud y la vida. Lo anterior devela la importancia de sensibilizar el cuidado de enfermería durante todos los procesos del ciclo vital.

Kristen Swanson dentro de su teoría propone cinco procesos básicos entre los que se encuentra: Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. De estos se destaca el conocimiento, ya que este “se refieren a las capacidades de la persona para dar cuidados” (16). De ahí se puede explicar la praxis, formando un cuerpo propio del conocimiento de la disciplina, este concepto refleja la riqueza del enfermero y su continua evolución con la práctica vivida. El conocimiento adquirido a través de la teoría estimula el pensamiento creativo, guía la enseñanza y la investigación, permitiendo a el personal de enfermería desarrollar

más teorías frente al cuidado humanizado y transpersonal como lo dice Watson, “se habla de la Interacción enfermera-paciente, el papel de la enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias” (15), tema en el cual Watson y Swanson son enfáticas.

Razón por la cual día tras día se enfatiza e insiste que el profesional de enfermería debe profundizar en sus estudios acerca del cuidado y la humanización de dicho cuidado.

Si bien es cierto la asistencia a las aulas en busca de nuevos conocimientos ha venido mejorado con el paso de los días y cada vez más se observa el deseo de estudiar; también, se evidencia que el conocimiento adquirido se queda en las aulas de clase no se trasciende, no se pone en práctica y mucho menos se introyecta (15).

La formación adquirida está fundamentada en bases firmes y amparadas por normas que favorecen la práctica de la enfermería de una forma coherente. Y aun así el profesional guarda cierto temor al momento de tener que abogar por el paciente. El componente ético del conocimiento de enfermería y el componente empírico propone la clarificación de la disciplina de enfermería frente a lo “correcto, lo justo y lo responsable de las acciones, y aunque no se llegue a acuerdos totales, sí pueden facilitar la toma de decisiones respecto a la abogacía y involucramiento en situaciones de salud colectiva e individual (Chinn y Jacobs, 1987).” (28).

Es de gran importancia que el profesional de enfermería trabaje en la construcción de nuevos procesos de atención en salud dirigidos a los paciente internados en la unidad de cuidados intensivos en condición de aislamiento hospitalario; atención que redunde a la disminución de sentimientos negativos que esta situación despierta en los enfermos y sus familias.

10. Aspectos éticos y rigor metodológico

Dentro de los aspectos éticos se toma en cuenta dentro de la revisión bibliográfica la resolución N° 008430 DE 1993 de Colombia, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En el título II, capítulo 1 en el artículo 11 se resalta que es una investigación sin riesgo, ya que no se realiza estudios de investigación, entrevista u observaciones de campo (34).

Dentro del rigor metodológico se cita a María Eumelia Galeano donde evidencia la confiabilidad y validez de esta revisión se ve sustentada por medio de las estrategias de investigación social cualitativa donde se garantiza que:

- los resultados representen algo real e inequívoco.
- Debe medir siempre igual, sin importar quien utilice el instrumento.
- La investigación documental debe proporcionar nuevos conocimientos y ser guía para la acción (20).

“La confiabilidad y la validez descansan en la capacidad argumentativa del investigador, quien debe convencer al presentar en forma coherente y con claridad su perspectiva y fundamentación teórica y la metodología empleada en el análisis” (20).

11. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

1. Los artículos estudiados evidencian aspectos actitudinales de los profesionales de enfermería que tienen que ver con el patrón personal, ético y empírico y que son susceptibles de mejorar en lo que se refiere a las experiencias de cuidado cuando el paciente se encuentra en condición de aislamiento.
2. Desde la formación de los profesionales de enfermería se hace una crítica en algunos artículos por la falta de llevar a la praxis las reflexiones propias que se dan cuando el profesional se enfrenta al cuidado de los pacientes en condición de aislamiento.
3. Hay una falla en el componente actitudinal y representativo dialectico, en el momento de brindar información al paciente y sus familiares cuando se está en condición de aislamiento hospitalario en UCI.
4. Asegurar una mayor claridad por parte de las instituciones hospitalarias y de las mismas instituciones que generan y regulan las normas para el aislamiento una unificación de criterios y seguimiento oportuno del mismo.

Recomendaciones:

1. Incluir los conceptos teóricos en el cuidado cotidiano de la enfermería y mucho más cuando se está ante un paciente doblemente afectado al estar en condición de aislamiento en UCI. Buscando una práctica más reflexiva.
2. Potenciar en la formación de los profesionales de enfermería aquellos aspectos reflexivos que hacen referencia a los patrones empírico, ético y personal ya que son inherentes al cuidado.
3. Profundizar a través de investigaciones futuras con metodología cualitativa sobre la percepción del profesional de enfermería al brindar el cuidado en condición de aislamiento, esto con el fin de precisar sus motivaciones y limitaciones a la hora de brindar el cuidado

Referencias bibliográficas

- (1) Vázquez Calatayuda M, Eseverri Azcoiti MC. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enferm Intensiva*. 2010; 21(4): 161-64
- (2) Revert Gironés C. Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el servicio de UCI del Hospital Universitario de Canarias. [Tesis doctoral]. España: Universidad de la Laguna, 2005
- (3) Ortiz-López G, Miranda-Tinoco R, Lara-Martínez MG. Preocupaciones del aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel. *Enf Neurol (Mex)* [Internet]. 2014; 13(1), 25-30 [Consultado 2015 nov 2]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141e.pdf>
- (4) Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Robaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva* [Internet]. 2008; 31(6): 273-80 [Consultado 2015 nov 2]. Disponible en: medintensiva.elsevier.es/es/pdf/13108547/S300/
- (5) Glosario ético y filosófico: Magíster Bioética Universidad Complutense Madrid 2008-2010 [Internet]. [Consultado 2015 nov 6]. Disponible en: http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co/webdisk/Normas_Vancouver.pdf
- (6) Beltrán O. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizados en UCI. [Tesis para optar al Título de Magíster en Enfermería]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
- (7) Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc enferm*. 2011; 7(3): 11-22
- (8) Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention Safer – Healthier- People. Severe Acute Respiratory Syndrome [Internet]. [Consultado 2015 dic12]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/sars/quarantine/fs-isolation.pdf>
- (9) Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, Andrés J. Emotional disorders and psychological needs of patients in an Intensive Care Unit. *Med intensive* [Internet]. 2007; 31(6): 318-25 [Consultado 2015 nov 2]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17663957>
- (10) Blanca Gutiérrez JJ, Blanco Alvariño AM, Luque Pérez M, Ramírez Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de

estudios cualitativos. *Enferm Global* [Internet]. 2008; 7(1): 1-14 [Consultado 2015 nov 2]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842>

(11) Pérez Matera J. Infecciones en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Salud Uninorte* [Internet]. 1997; 12, 23-27 [Consultado 2015 nov 12]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/4226/2600>

(12) Fallis A. Etapa doméstica y vocación al cuidado. *blog*. 2013; 52(9): 1689-99 (13)

Etapa doméstica y vocacional del cuidado [Internet]. s.l.: Heydy Linda González Amaris; 2013 [Consultado]. Disponible en: <http://etapadomesticayvocacionaldeelcuidado.blogspot.com.co/>

(14) Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [Internet]. [Consultado 2015 nov 2]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/Isolation/Isolation2007.pdf>

(15) Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. *Actual Enferm* [Internet]. 2007; 10(4) [Consultado 2015 nov 20]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>

(16) Rodríguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enferm Global*. 2012; 11(4): 316-20

(17) Rocha N, Costa I, Da Silva L, Monteiro A, De Melo A. La creatividad y cuidado crítico: contribuciones de la educación tanto de Paulo Freire para la enfermería. *Cienc. Enferm*. 2009; 15(2): 35-40.

(18) Significado de temor [Internet]. [Consultado 2015 nov 2]. Disponible en: <http://www.significados.com/temor/>

(19) Moreno Izco L. La apatía [Internet]. [Consultado 2015 nov 22]. Disponible en: <http://www.zonahospitalaria.com/la-apatia/>

(20) Galeano Marín ME. Capítulo 4: Investigación documental. En: *Estrategias de investigación social cualitativa, el giro de la mirada*. Capítulo 4 investigación documental. 3ª ed. Medellín: La carreta; 2004, [PÁGINA 119]

(21) Mehrotra P, Croft L, Day HR, Perencevich EN, Pineles L, Harris AD et al. Effects of Contact Precautions on Patient Perception of Care and Satisfaction: A Prospective Cohort Study. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2013; 34(10),

1087-93 [Consultado]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070370/>

(22) Honey M, Wang W. New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). Nurs Crit Care [Internet]. 2013; 18(2): 63-69 [Consultado 2015 nov 22]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2012.00520.x/full>

(23) Sanjay Saint, MD, MPH,a,b,d Leigh Ann Higgins, MD,c Brahmajee K. Nallamothu, MD, MPH,b and Carol Chenoweth, MD Ann Arbor, Michigan, and Richmond, Virginia. Do physicians examine patients in contact isolation less frequently? A brief report. American Journal of Infection Control, Volume 31, Issue 6, October 2003, Pages 354-356. Disponible en: <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=veterans>.

(24) Colombia. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996: Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, No. 42710 (feb. 5 1996)

(25) Uribe Restrepo M, Mora OL, Cortés Rodríguez AC. Voces del estigma: Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Univ med [Internet]. 2007; 48(3): 207-20 [Consultado]. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/4-VOCES%20DEL%20ESTIGMA.pdf>

(26) Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. España : Punto de Lectura; 2003

(27) Wassenberg MW, Severs D, Bonten MJ. Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. J Hosp Infect [Internet]. 2010; 75(2): 124-7 [Consultado 2015 nov 22]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20381912>

(28) Durán de Villalobos MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo [Internet]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2001 [Consultado 2015 nov 22]. Disponible en: <http://www.uneditorial.net/uflip/Enfermeria-Desarrollo-Teorico-e-Investigativo/pubData/source/Enfermeria-desarrollo-teorico-e-investigativo.pdf>

(29) Definición de Cuidado [Internet]. [Consultado 2015 nov 22]. Disponible en: <http://definicion.de/cuidado/#ixzz4NBYK5KLH>.

(30) Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichán [Internet]. 2009; 9(2): 127-34 [Consultado 2015 nov 22]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1643>

(31) Watson J. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company; 1979

(32) Beltrán-Salazar O. Cuando las enfermeras están ausentes. Index Enferm [Internet]. 2010; 19(4) [Consultado 2015 nov 22]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010003300002

(33) Maccagno G. Recomendación diciembre 2009 [Internet]. [Consultado 2015 nov 22]. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/RECOMENDACIONES_NOBLE/26.pdf

(34) Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 008340 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.