



1. **Respuesta C.** Las cuatro fases de la vida Erikson las divide en 8 etapas, cada etapa se caracteriza por el desarrollo de unas determinadas tareas con la finalidad de conseguir un determinado objetivo dentro del desarrollo y crecimiento del individuo. Estas son:
  - 1.<sup>a</sup> etapa: de cero a dos años. *Adquisición de la esperanza*. Etapa de incorporación a través del sentido oral, táctil y visual, la madre es la figura importante, etc.
  - 2.<sup>a</sup> etapa: de dos a tres años. *Adquisición de la voluntad*. Autonomía frente a vergüenza, inicio de la voluntad autónoma, autocontrol sin pérdida de la autoestima, etc.
  - 3.<sup>a</sup> etapa: de tres a seis años. *Adquisición del objetivo*. Iniciativa frente a culpa, comienza a formar parte de la relación familiar, amplía los círculos sociales, aumenta la imaginación, etc.
  - 4.<sup>a</sup> etapa: de seis a doce años. *Adquisición de competencia*. Superioridad frente a inferioridad, período activo de socialización, período de aprendizaje, equilibrio entre lo que quiero hacer y me dicen que haga, etc.
  - 5.<sup>a</sup> etapa: de trece a veinte años. *Adquisición de la fidelidad*. Identidad frente a confusión de papeles, búsqueda de sí mismo, crecimiento físico y desarrollo de características sexuales secundarias, necesidad de incorporar cambios y formas de actuar para ser una persona acorde con su imagen, toma muy en serio la forma de cómo lo ven los demás, etc.
  - 6.<sup>a</sup> etapa: de veintiuno a cuarenta y cinco años. *Adquisición del amor*, aumenta la importancia de la cercanía humana, intimidad interpersonal con otros adultos, etc.
  - 7.<sup>a</sup> etapa: de cuarenta y cinco a sesenta y cinco años. *Adquisición de cuidados*. Cree en sí mismo, cambia su personalidad y energía para lograr relaciones satisfactorias, etc.
  - 8.<sup>a</sup> etapa: Mayor de sesenta y cinco años. *Adquisición de sabiduría*, se siente responsable de su propia vida.
2. **Respuesta D.** Elizabeth Kübler-Ross describe 5 fases psicológicas en el proceso de la muerte, estas son:
  1. Negación y aislamiento.
  2. Enojo, rabia, envidia, resentimiento.
  3. Regateo.
  4. Depresión.
  5. Aceptación, fase final del proceso.
3. **Respuesta B.** Maslow (1968) clasificó las necesidades humanas según los siguientes niveles siendo el primero el más básico: necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad, necesidades de autorrealización, necesidades de autoestima, necesidades de amor y pertenencia.

La satisfacción de las necesidades va de las más básicas a las de nivel superior, el individuo no se preocupa de satisfacer las necesidades de nivel superior hasta que no ha satisfecho las básicas. Las no satisfechas, aunque el individuo no sea consciente de ello, influyen de forma constante en la conducta.
4. **Respuesta C.** Los agentes estresantes en la UCI están producidos por varios agentes: fisiológicos, sociopsicológicos y ambientales. Los agentes fisiológicos más frecuentes son los producidos por el dolor, la actividad terapéutica desarrollada con los pacientes (colocación de múltiples catéteres, drenajes, intubación orotraqueal) y alteraciones fisiológicas derivadas del ingreso en UCI (inmovilidad, insomnio, confusión, etc.). Entre los agentes sociopsicológicos que afectan a estos pacientes se encuentran: sen-

sación de aislamiento, falta de fuerza, miedo a lo desconocido, depresión, ansiedad, hostilidad, angustia, problemas de comunicación y miedo a la muerte. Los agentes ambientales se derivan directamente del medio donde se realiza la atención al paciente crítico, los más habituales son: el aparataje, el excesivo ruido durante todo el día, la excesiva luz, los olores, las conversaciones del equipo al lado de la cama del paciente y la ausencia de privacidad.

5. *Respuesta E.* Hay factores que favorecen la comunicación, y que la enfermera debe tener en cuenta a la hora de relacionarse con la familia o el paciente.

1. Flexibilidad: esta ligada a la empatía, de forma que la enfermera es capaz de ponerse en el lugar del familiar.
2. Receptividad: mantener una actitud atenta hacia el familiar.
3. Uso adecuado del lenguaje: ser capaz de adecuar el lenguaje al estado físico y psíquico del receptor, adecuado a sus características socioculturales.
4. Resumen del diálogo. Confirmar que el mensaje se ha entendido de forma adecuada y posibilitar aclaraciones.
5. Uso adecuado del espacio con el objetivo de respetar la intimidad.

Si analizamos el proceso de comunicación en la UCI, aparecen aspectos que interfieren tanto en el personal como en los familiares:

- Puede ocurrir que el médico o la enfermera no tengan suficiente experiencia en dar información, o no sepan qué tipo de información han recibido con anterioridad.
- La familia ha podido recibir información de varios miembros del equipo y esto le impida captar el mensaje adecuado, en esta situación demandará constantemente información.

6. *Respuesta E.* En la recogida de información (datos) la enfermera debe usar todas las fuentes que le sean posibles. Es importante recordar que el paciente es la fuente básica de información, el resto de información se conseguirá a través de los registros de enfermería, registros médicos, la familia, consultas verbales y/o escritas con otros profesionales, resultados de los estudios diagnósticos realizados y consultas a la bibliografía relevante con el tema a tratar.

7. *Respuesta A.* El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales, este proceso consta de cinco etapas:

- Valoración: recogida y examen de los datos.
- Diagnóstico: análisis de los datos para identificar problemas de salud y recursos.
- Planificación: disposición de objetivos y desarrollo de un plan de acción.
- Ejecución: puesta en práctica del plan de acción.
- Evaluación: decidir si el plan ha sido efectivo.

8. *Respuesta A.* La práctica de la enfermería de Cuidados Críticos es un proceso dinámico, definido por tres elementos esenciales:

- Paciente en estado crítico. El concepto de paciente crítico incluye la familia y las personas que para el paciente son significativas.
- La enfermera de Cuidados Críticos: la finalidad de la enfermera es asegurar cuidados de óptima calidad al paciente en situación crítica. La práctica profesional de la enfermera de CC esta basada en:

- a) Responsabilidad profesional individual.
  - b) Amplios conocimientos de la interrelación de los sistemas corporales y la naturaleza dinámica del proceso vital.
  - c) Reconocimiento de la individualidad y relaciones sociales, culturales y ambientales de la persona.
  - d) Colaboración con todos los miembros del equipo de salud.
  - El medio de cuidados críticos.
9. *Respuesta E.* Los enunciados de los diagnósticos de enfermería pueden tener una, dos o tres partes dependiendo del tipo de diagnóstico. Los diagnósticos que solamente constan de una parte contienen solamente la denominación diagnóstica como ocurre en los diagnósticos de bienestar y síndrome. Los enunciados que constan de dos partes contienen la denominación y los factores que han contribuido o pueden contribuir a un cambio en el estado de salud, como los diagnósticos posibles o de alto riesgo. Los enunciados que constan de tres partes se usan en los diagnósticos de enfermería reales y contienen la denominación, los factores concurrentes y los signos y síntomas del diagnóstico.
10. *Respuesta D.* Se pueden enunciar 5 tipos de diagnósticos de enfermería:
- *Diagnóstico de enfermería real.* Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables, este tipo de diagnósticos tienen cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.
  - *Diagnóstico de enfermería de alto riesgo.* Según la NANDA es «Un juicio clínico de un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar». En el pasado todos los diagnósticos de enfermería potenciales comenzaban con la frase «Potencial de» actualmente comienzan por «Alto riesgo de».
  - *Diagnóstico de enfermería posible.* Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.
  - *Diagnóstico de enfermería de bienestar.* Es un juicio clínico respecto a una persona grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado.
  - *Diagnóstico de enfermería de síndrome.* Comprende un grupo de diagnósticos reales o potenciales que se supone que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.
11. *Respuesta C.* La formulación de un diagnóstico de enfermería de alto riesgo constan de dos partes, la denominación del diagnóstico y los factores que han contribuido o pueden contribuir al estado de salud, el enrojecimiento cutáneo es una manifestación, no un factor que haya podido contribuir.
12. *Respuesta E.* El dolor es una percepción multidimensional que influye en todos los aspectos de la vida, a cualquier edad. El dolor es una experiencia personal e individual, las expresiones conductuales del dolor son determinadas por fenómenos sociales y culturales. Dada la complejidad del fenómeno doloroso, no hay teoría que tome en cuenta todas las ramificaciones. Los estímulos dolorosos y las respuestas relacionadas con éstos se componen de elementos fisiológicos y psicosociales. Los seres humanos casi siempre nacen con la capacidad fisiológica para experimentar dolor. Es en el terreno psicosocial donde se desarrollan las respuestas conductuales al dolor.
13. *Respuesta C.* Los medicamentos analgésicos son necesarios y constituyen uno de los medios terapéuticos más importantes que pueden utilizar quienes atienden a enfermos. En la persona agonizante, deja de ser un objetivo la prolongación de la vida y se toma prioritaria la meta de aliviar el dolor. Negar el uso de analgésicos en una situación así, debido a que pueda deprimir la respiración o disminuir la pre-

sión arterial, sería negar al enfermo una de las escasas intervenciones que pueden ayudarlo a estar más cómodo en el momento en que más sufre.

14. *Respuesta E.* Si la persona está consciente, se harán intentos para comunicarse con ella, pero si no reacciona, habrá que administrar medicamentos analgésicos con base en respuestas fisiológicas, como la frecuencia cardíaca y respiratoria, la presión arterial y la expresión facial. La enfermera debe documentar los factores fisiológicos que indican la necesidad de analgésicos y la reacción del paciente a su empleo.
15. *Respuesta E.* Se trata de que el paciente conozca y comprenda los riesgos, los beneficios y las alternativas al procedimiento propuesto.
16. *Respuesta D.* No es necesario pedir el consentimiento informado al paciente o la familia si él por algún motivo no puede tomar esa decisión exclusivamente ante una situación de emergencia, en la que requiere un tratamiento inmediato para conservar la vida o alguna extremidad. En estos casos, la persona debe recibir el tratamiento, aunque no se cuente con el consentimiento informado.
17. *Respuesta E.* Los índices de gravedad inicialmente se desarrollaron como un método para describir la severidad o gravedad de una situación clínica. Actualmente se han convertido en una herramienta de trabajo ampliamente usada y con múltiples aplicaciones:
  - Valorar el pronóstico individual y como guía en la toma de decisiones (decisiones relacionadas con la intensidad, retirada o mantenimiento de los cuidados).
  - Valorar el rendimiento de una UCI, comparar el rendimiento de distintas UCI de distintos hospitales.
  - Posibilidad de comparación entre grupos homogéneos de pacientes de diferentes unidades.
  - Poder calcular y planificar los recursos necesarios para su atención (tecnología, personal, etc.).
  - Realizar estudios de control de calidad; construir índices pronósticos para grupos de pacientes con igual índice de gravedad.
18. *Respuesta A.* Los índices de gravedad (IG) en trauma han sido desarrollados para cuantificar con una escala numérica el nivel de gravedad de las lesiones. Los IG se clasifican en función de las variables que utilicen para su realización, éstos pueden ser fisiológicos, anatómicos, bioquímicos, mixtos, etc.  
Entre los IG fisiológicos se encuentra el Trauma Score, éste se basa en el análisis de cinco parámetros fisiológicos: relleno capilar, tensión arterial sistólica, frecuencia respiratoria, expansión torácica y escala de Glasgow, fue de gran utilidad en la década de los 80; en la actualidad ha sido sustituido por el Trauma Score Revisado que puntúa la escala de Glasgow, la tensión arterial sistólica y la frecuencia respiratoria, asignando una puntuación de 0 (máxima afectación) al 4 (situación normal) pudiendo obtener una máxima puntuación de 12.  
Otro de los IG más conocidos es la escala de Glasgow, en la que se puntúa la mejor respuesta ocular, verbal y motora.  
Otro índice fisiológico es el Prehospital Index que puntúa la tensión arterial sistólica, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y conciencia.  
Entre los índices anatómicos se encuentra el Abbreviated Injury Scale (AIS), describe una serie de lesiones anatómicas y cada una de ellas lleva asociado un grado de severidad, el AIS-90 distribuye las lesiones anatómicas en 9 regiones anatómicas (cabeza, cara, cuello, tórax, abdomen, columna, extremidades superiores, extremidades inferiores y externa), cada lesión es codificada en su región corporal y se le asigna un grado de severidad (de 1 a 6, leve a lesión máxima). Con este índice el paciente con múltiples le-

siones no era bien evaluado y S. Baker en 1974 publicó el ISS y fue definido como la suma de los cuadrados del máximo AIS de cada una de las tres regiones corporales más severamente afectadas.

19. *Respuesta D.* Existen una serie de sistemas encaminados a describir el esfuerzo asistencial realizado en el paciente crítico, estos sistemas se basan en dos tipos de aproximaciones teóricas, una hace referencia a la descripción detallada de todas y cada una de las maniobras, técnicas y procedimientos que se realizan a estos pacientes; entre ellas se encuentra el TISS. La segunda orientación hace hincapié en el esfuerzo que representa en tiempo la realización de dichas actividades, en algunos de ellos se realiza un cómputo directo del tiempo como ocurre en el PRN y TOSS, en el sistema OMEGA se transforma el tiempo en una puntuación.

El TRISS calcula la probabilidad de supervivencia teórica mediante una ecuación matemática simple que combina el ISS Injury Severity Score (reflejo de la lesión anatómica), el Revised Trauma Score RTS (reflejo del deterioro fisiológico) y la edad (como reflejo de la reserva funcional). La metodología TRISS permite realizar evaluación pronóstica relacionando la severidad de la lesión con la supervivencia.

20. *Respuesta E.* La definición de calidad propuesta por Donabedian, dice: «Calidad de la atención es aquella clase de atención que se espera que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes». Esta definición postula tres componentes:

- Componente técnico que lo define como «aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y otras ciencias de la salud en el manejo de un problema personal de salud, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos».
- Componente interpersonal, hay que seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción entre los individuos.
- Aspectos de confort que están formados por todos aquellos elementos del entorno que proporcionan al paciente una atención más confortable.

21. *Respuesta E.* Es posible utilizar diversos indicadores para evaluar los resultados, pero los siguientes brindan una base de datos razonable para este fin y pueden utilizarse para comparar resultados con otras instituciones.

1. La satisfacción del paciente: abarcará no sólo las opiniones subjetivas, sino también parámetros objetivos de los resultados, como puntuaciones de actividades de la vida cotidiana y otras más.
2. Tiempo de ingreso en la UCI: la permanencia en el hospital y en la UCI de pacientes que han sido estratificados según su diagnóstico, carácter agudo de su cuadro y trastornos coexistentes en el ingreso, permite el análisis de los resultados y es una base de datos excelente para hacer comparaciones en torno a la atención.
3. Mortalidad evaluada con arreglo de la gravedad de la enfermedad: haciendo una revisión crítica de los datos, porque la muerte en sí no puede equipararse con un resultado insatisfactorio.
4. Incidencia de reingresos no previsto a la UCI durante la misma permanencia hospitalaria.
5. Incidencia de complicaciones: pueden ser vinculadas con métodos como sería la colocación de un catéter, intubación endotraqueal u otras más, o con medidas asistenciales generales como serían infecciones nosocomiales o errores en la farmacoterapia.

22. *Respuesta C.* La primera medida que se debe tomar es plantear el tratamiento o actividad terapéutica programada con todos los miembros del equipo, planteando los puntos de preocupación. Consultar con el comité ético del hospital para que analice el problema sería la siguiente opción. Si estas opciones no

lo convencen para seguir con la pauta programada el paciente está en su derecho de solicitar que lo renueven del caso, si se dispone de otra persona que se haga cargo del paciente.

23. *Respuesta E.* Hoy es necesario limitar el esfuerzo terapéutico y hacerlo con criterios claros. En este tipo de decisiones se deben analizar y abordar diferentes criterios, los aspectos más importantes a contemplar en esta toma de decisiones son:

- Autonomía: el paciente tiene derecho a rechazar la asistencia que no le parece indicada.
- No maleficencia: el médico nunca puede poner procedimientos que sean claramente maleficentes, es decir, que estén claramente contraindicados. Los procedimientos contraindicados no se pueden poner ni con el consentimiento del paciente.
- Justicia: los esfuerzos terapéuticos se pueden limitar no sólo porque el paciente los rechace, sino también porque los recursos son escasos y hay que racionarlos, aunque el paciente los quiera y no estén contraindicados.
- Beneficencia: las obligaciones de beneficencia se diferencian de las de justicia en que son de gestión privada, hay una parte de la salud que debe ser cubierta por el Estado en virtud del principio de justicia y otra que debe cubrir cada uno en virtud del principio de beneficencia.

24. *Respuesta D.* H. Palmer en 1983 sistematizó las dimensiones que debe de abarcar la calidad de un sistema sanitario en las siguientes:

- Efectividad: capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para mejorar el nivel de salud.
- Eficiencia: la prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizada.
- Accesibilidad: facilidad con la que se puede acceder a la asistencia sanitaria.
- Aceptabilidad: grado de satisfacción de los usuarios del sistema.
- Competencia profesional: capacidad de los profesionales para proporcionar salud y satisfacción a los usuarios.

25. *Respuesta C.* La normativa de Vancouver para la referencia de un artículo de revista dice:

- Cuando hay más de seis autores se citan los seis primeros seguido por «et al». Este artículo está firmado por más de seis autores.
- Primero se reseñan los autores poniendo el apellido y la letra del nombre en mayúscula, separados entre ellos por una coma.
- Después de los autores deberá constar el título del artículo, separados entre ellos por un punto.
- Tras el título del trabajo aparecerá el título de la revista; éste debe ser abreviado conforme al Index Medicus; el título del trabajo y el de la revista deberán separarse por un punto.
- Por último, deberá constar el año de publicación, el volumen si lo tuviese y el número de las páginas (primera y última).

Enfermería Intensiva en varias ocasiones ha publicado la normativa de Vancouver completa y en todos sus últimos números hace una breve reseña de cómo referenciar distintos trabajos (libros, revistas, etc.).



## BIBLIOGRAFÍA. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

1. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería (5ª ed). Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1995.
2. Abizanda R. El Paciente Crítico. En: La UCI como centro de responsabilidad Planificación y control. Coordinador Abizanda Editorial IDEPSA 1991. p. 124-160.
3. Couder GH, Dearwater JA. Ética. En: Parsons PE, Wiener-Kronish JP, editores. Secretos de los cuidados intensivos. 2ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 631-4.
4. Casper E, Ritvo JL. Tratamiento del paciente peligroso en la unidad de cuidados intensivos. En: Parsons PE, Wiener-Kronish JP, editores. Secretos de los cuidados intensivos. 2ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 607-11.
5. Carty JL. Aspectos psicosociales de los cuidados intensivos. En: Alspach JG, editor. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto. 5ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 803-68.
6. Bekes CE, Scott WE. Control de la calidad en la Unidad de Cuidados Intensivos. En: Parsons PE, Wiener-Kronish JP, editores. Secretos de los cuidados intensivos. 2ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 652-5.
7. Gracia D. Los cuidados intensivos en la era de la bioética. En: Net A, editor. Ética y costes en Medicina Intensiva. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1996. p. 1-5.
8. Suñol R. El papel de la calidad asistencial en una política ética de contención de costes. En: Net A, editor. Ética y costes en Medicina Intensiva. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1996. p. 140-51.
9. Doherty MH, Plowfield L, Ware C, West CM. Impact of Critical Illness on the Patient and Family. En: Bucher L, Melander S, editores. Critical Care Nursing. Pennsylvania: 1999. p. 51-92.
10. Taboada F, Abizanda R. El esfuerzo terapéutico. Expresión y computo. En Abizanda R, editor. La UCI como centro de responsabilidad planificación y control. Madrid: Idepsa (SEMIUC) 1991. p. 161-79.
11. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Doyma; 1990.