

**Revisión de conocimientos sobre  
competencias de la práctica profesional  
y situaciones que alteran  
el bienestar del paciente**



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN  
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE  
SALUD  
2,5 créditos

(Respuestas al test del Vol. 19 - n.º 3)

219

N. Ania González<sup>a, c</sup>, y M.C. Asiain Erro<sup>b, c</sup>

<sup>a</sup>Diplomada en Enfermería. Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos. Certificación de Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico (CEECE).

<sup>b</sup>Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos.

<sup>c</sup>Profesoras Asociadas de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra. Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

1. **Respuesta C.** El lenguaje que debe emplearse en la información verbal al paciente debe adecuarse a sus características: edad, nivel cultural, capacidad de comprensión, etc. El médico que va a informar deberá recurrir a su habilidad y buen juicio, valorando la estrategia a seguir para facilitar la información de forma gradual y con delicadeza. Merece la pena insistir en que nunca debe ser un proceso mecánico o casual. La información o mensaje a transmitir debe ser acorde al momento del diagnóstico o tratamiento de que se trate; clara, empleando términos comprensibles adaptados a las capacidades individuales de cada paciente; simple, que no dé lugar a confusión, usando la menor cantidad posible de palabras técnicas; y verdadera. Nunca se debe afirmar algo de lo que no se esté seguro, y si existen dudas por parte del médico, la información consistirá en expresar esas dudas.
2. **Respuesta D.** Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en el artículo 9 se recoge lo siguiente: "Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: A) cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas; B) cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
3. **Respuesta D.** Entre los aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de informar a un paciente para la obtención del consentimiento informado se destacan los siguientes: el paciente debe tener la capacidad de razonar y hacer juicios (capacidad para tomar decisiones), la decisión debe ser voluntaria y sin coerción, el paciente debe tener una idea clara de los principales beneficios y riesgos que le aporta el tratamiento, intervención o procedimiento propuesto, y en ningún caso el paciente debe estar sedado o con alteraciones de la conciencia en el momento de dar su consentimiento.
4. **Respuesta D.** La escala NEMS (*Nine equivalents of Nursing manpower use score*) es de sencillo manejo y a través de 9 variables permite medir la carga de trabajo de enfermería que generan los pacientes críticos. El esfuerzo terapéutico que supone la atención de un enfermo crítico se refiere al sistema TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*), que mide utilizando 76 ítems o 28 (Reis Miranda et al. Crit Care Med.1996), referentes a otras tantas intervenciones realizadas a los pacientes críticos. El sistema APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) es capaz de clasificar a los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) mediante la utilización de escalas fisiológicas, que se correlacionan con la gravedad de la enfermedad actual y la evaluación del estado de salud previa del paciente. Este sistema permite establecer la probabilidad de muerte de los pacientes durante su estancia en

UCI y la mortalidad hospitalaria. Finalmente, la escala SOFA (*Sepsis-related Organ Failure Assessment*) es la que a través de varios parámetros asequibles en la práctica clínica diaria, identifica la disfunción o fracaso de los órganos fundamentales como consecuencia de la sepsis: aparato respiratorio, hemostasia, función hepática, sistema cardiovascular, sistema nervioso central y función renal.

5. *Respuesta B.* En la valoración del dolor en los pacientes de UCI que tienen alterada la comunicación verbal es importante utilizar escalas que valoren el dolor a través del comportamiento, especialmente cuando se realizan procedimientos dolorosos. Una de estas escalas es la CPOT (*Critical-care Pain Observation Tool*), que valora el dolor a través de 4 indicadores: la expresión facial, los movimientos del cuerpo, la tensión muscular y la adaptación al ventilador si el paciente está intubado, en caso contrario observa la vocalización. La escala de Ramsay es una de las más utilizadas para valorar el nivel de sedación de los pacientes. La escala SOFA es un sistema sencillo, que identifica la disfunción o fracaso de los órganos fundamentales como consecuencia de la sepsis. El sistema SAPS (*Simplified Acute Physiology Score*) es una versión simplificada del apartado de afectación fisiológica aguda de APACHE, que permite mediante la valoración de datos clínicos sencillos y habituales en la clínica rutinaria de la UCI establecer un índice de gravedad y una estimación pronóstica. La escala MODS (*Multiple Organ Dysfunction Score*) valora la gravedad de los pacientes críticos basada en la afectación orgánica derivada de la agresión. Esta escala, que al igual que SOFA puede ser realizada de forma progresiva durante la estancia del paciente en UCI, permite una visión evolutiva de la enfermedad y su repercusión sobre la fisiología en función de la respuesta al tratamiento y la capacidad de recuperación funcional del paciente.
6. *Respuesta B.* Una de las escalas que mide la percepción subjetiva que los pacientes tienen del sueño nocturno es la de Richards-Campbell, cuya validez y fiabilidad está demostrada científicamente. Esta escala valora los siguientes ítems: profundidad del sueño, tiempo que se tarda en quedarse dormido, número de veces que se despierta, porcentaje de tiempo que está despierto, calidad del sueño y percepción del sueño total. Cada uno de estos ítems explora un área del sueño de las 5 que se reflejan en los estudios de polisomnografía realizados en pacientes críticos. Una de las condiciones para su aplicación es que el paciente esté consciente, orientado y tenga capacidad para expresarse. La valoración sistemática del estado de la cavidad oral se puede realizar mediante la escala de De Walt, y para valorar el riesgo de caídas de los pacientes existen varias escalas, como por ejemplo la escala de Downton.
7. *Respuesta E.* La declaración de voluntades anticipadas (también conocida como documento de instrucciones previas o testamento vital) es la manifestación escrita de una persona capaz que, actuando libremente, expresa las instrucciones que deben tenerse en cuenta acerca de la asistencia sanitaria que desea recibir, en situaciones que le impidan comunicar personalmente su voluntad, o sobre el destino de su cuerpo o sus órganos una vez producido el fallecimiento. En la declaración de voluntades anticipadas una persona puede expresar: sus valores personales, a fin de ayudar a la interpretación del propio documento y orientar a los médicos en el momento de tomar decisiones clínicas; las instrucciones sobre los cuidados y tratamientos relacionados con su salud que desee o no recibir; puede nombrar un representante que actuará como interlocutor ante el médico responsable o el equipo sanitario, para que se cumplan las instrucciones contenidas en la declaración; y finalmente, el paciente también puede incluir su decisión respecto a la donación de órganos. Las voluntades anticipadas se pueden modificar, sustituir o revocar en cualquier momento.
8. *Respuesta A.* La actitud de los profesionales ante una negativa de la familia para donar los órganos de un paciente, que era de opinión favorable a la donación, ha de basarse en el respeto a la voluntad de la familia, aunque legalmente no sería necesaria su autorización para la extracción o utilización de los órganos.

Del mismo modo es necesario facilitar tiempo suficiente a la familia para reflexionar sobre la decisión que van a tomar, mostrar comprensión y dejar claro que la negativa es una respuesta aceptable. Asimismo los profesionales que cuidan al paciente en primer lugar, y el coordinador de trasplantes, tratarán de convencer a los familiares sobre el beneficio que conlleva la donación. La función del coordinador de trasplantes es fundamental desde que se detecta la posibilidad de una donación, pero no porque tenga autoridad para decidir la donación, sino porque es la persona formada y con experiencia sobre todo lo que implica el proceso de una donación.

9. *Respuesta A.* La orden de no realizar maniobras de reanimación significa estrictamente no iniciar la resucitación cardiopulmonar (RCP) cuando un paciente presenta una parada cardiorrespiratoria. El concepto es claro y no implica necesariamente la suspensión de otros tratamientos médicos que está recibiendo el paciente. En el proceso de la toma de decisión de no realizar maniobras de reanimación a un paciente debe participar, junto con el médico y equipo multidisciplinar, el paciente (si éste estuviera en condiciones de poder hacerlo) y su familia o representante legal debidamente informados. La orden puede ser reversible si el estado del paciente o la evolución de la enfermedad cambian de forma favorable.
10. *Respuesta D.* La orden de no realizar maniobras de RCP significa estrictamente no comenzar la RCP cuando un paciente presenta una parada cardiorrespiratoria. No obstante, aunque este término es claro conceptualmente, en su aplicación práctica no se limita exclusivamente a la no realización de RCP, sino que en ocasiones conlleva modificaciones en el plan terapéutico del paciente. El no iniciar medidas de soporte respiratorio, renal o cardiocirculatorio, con frecuencia es consecuencia de la existencia de la firma de la orden de no RCP.
11. *Respuesta D.* Las enfermeras tienen 4 deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, sexo, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad, y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.
12. *Respuesta E.* El capítulo III del Código Deontológico de la Enfermería Española sobre los derechos de los enfermos y profesionales de enfermería recoge lo siguiente: Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud; la Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de sus circunstancias; la Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se dispusiera del correspondiente consentimiento libre e informado; la Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo, cuando se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.
13. *Respuesta C.* La inquietud por proporcionar los mejores cuidados al paciente al final de la vida se está generalizando en el ámbito de cuidados intensivos. El objetivo principal de los profesionales en esta situación es proporcionar al enfermo una buena muerte, descrita ésta como “la que está libre de malestar y de sufrimiento evitables a los pacientes, familiares y cuidadores, de acuerdo con sus deseos y con los

estándares clínicos, culturales y éticos". Matizando estos objetivos, el programa establecido por Clarke et al en 2003 (citado por Monzón Marin et al) para promover la excelencia en el tratamiento paliativo del paciente crítico definió 7 dominios de calidad: toma de decisiones centrada en el paciente y su familia, comunicación dentro del equipo y con los pacientes y las familias de estos, continuidad del tratamiento, apoyo emocional y práctico para los pacientes y sus familias, tratamiento sintomático y de bienestar, apoyo espiritual para los pacientes y sus familias, apoyo emocional y de la organización para los profesionales de las UCI.

14. *Respuesta D.* Los cambios fisiológicos que con más frecuencia produce el estrés son: aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, aumento de la respiración, tensión muscular, aumento de la transpiración, secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo, liberación de factores de coagulación sanguínea y enlentecimiento de la digestión debido al mayor suministro de sangre al cerebro y a los músculos.
15. *Respuesta E.* Un cierto grado de estrés es esencial para nuestra salud y rendimiento. Sin el impulso que proporciona el estrés, no somos capaces de conseguir nada. A este respecto, hemos de ser conscientes de que el aburrimiento y la falta de estímulo, producto de un grado insuficiente de estrés, también pueden perjudicar nuestra salud y nuestro rendimiento. Al aumentar el estrés, mejoran los niveles de salud y rendimiento, y comienzan a disminuir una vez superado el punto culminante de la curva de estrés. Los niveles óptimos de estrés se definen por el punto máximo en que el aumento del estrés va unido a una elevación del rendimiento y del estado de salud. Ésta es la fase positiva del estrés. En la fase negativa del estrés ocurre lo contrario, pues al seguir aumentando el estrés disminuyen la salud y el rendimiento.
16. *Respuesta D.* El funcionamiento de las personas en la fase positiva del estrés se caracterizará por su vitalidad, entusiasmo, optimismo, perspectivas positivas, resistencia a la enfermedad, vigor físico, lucidez mental, relaciones humanas óptimas y alta productividad y creatividad. La falta de concentración y dificultades de comunicación son problemas que aparecen en la fase negativa del estrés.
17. *Respuesta E.* La ansiedad no sólo es un síntoma del estrés, sino que también es causa de más estrés. Además, la reacción de ansiedad comienza con la percepción de un estímulo (persona, suceso, lugar, objeto) desafiante o amenazante que produce temor de un tipo u otro. Tales sensaciones de inseguridad se transforman en una activación física de las glándulas endocrinas y del sistema nervioso simpático. Los procesos mentales pueden desencadenar fácilmente funciones somáticas.
18. *Respuesta B.* Los problemas que conlleva el estrés en su fase negativa (ineficacia, creatividad y productividad bajas, así como un empeoramiento de las relaciones humanas) producen fatiga mental. En condiciones de fatiga mental hemos de esforzarnos más para obtener el mismo rendimiento, con lo que consumimos en mayor grado nuestros recursos físicos. Esto altera la homeostasis con sus consecuencias fisiológicas que conducen a la fatiga física. Los efectos positivos del estrés no conducen a la fatiga física, sino que en esta situación las personas presentan más vitalidad, entusiasmo, vigor físico, optimismo, alta productividad y creatividad, relaciones humanas óptimas, etc.
19. *Respuesta B.* El objetivo del registro y notificación de incidentes y efectos adversos dentro de los sistemas de salud es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema antes de que se produzca el daño en los pacientes y formar a los profesionales sobre lo aprendido con el análisis de múltiples casos. De este modo, contribuimos a la mejora de la cultura de seguridad en el hospital. Los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de los eventos adversos y de los incidentes en el sector sanitario, es decir de su epidemiología, sino una forma de obtener una información valiosa sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de uno de estos eventos. El sistema de

registro debe ser anónimo, voluntario y no punitivo. No obstante, cuando el evento adverso produzca lesiones graves o la muerte del paciente, es obligatorio el comunicarlo.

20. *Respuesta E.* Los sistemas de registro y notificación son solo una parte de la “cultura de seguridad” dentro del plan de seguridad del hospital, donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar más que como fallos que deben ser escondidos. La notificación depende no solo de la conciencia del error, sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad, y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición. Las principales barreras identificadas para la notificación de incidentes son las siguientes: falta de conciencia de que un error ha ocurrido, falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué, percepción de que el paciente es indemne al error, miedo a las acciones disciplinarias o denuncias, falta de familiaridad con los mecanismos de notificación, pérdida de autoestima, los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar y la falta de *feedback* cuando se produce un registro.
21. *Respuesta D.* La calidad es un concepto multidimensional que nos lleva a “hacer las cosas correctas” y a “hacer las cosas correctamente”. Algunas de las dimensiones de la calidad son: eficiencia, definida como la relación entre los resultados de la intervención sanitaria y los recursos utilizados para obtener dichos resultados; seguridad, es el grado en el que las organizaciones están exentas de peligros, en los últimos años esta dimensión ha alcanzado una gran relevancia, sobre todo tras la publicación del informe “To err is Human”, publicado por el *Institute of Medicine* en 1999, seguido de múltiples informes de ámbito internacional, donde se plantea la seguridad como una dimensión esencial de la calidad, sin la cual aumenta la probabilidad de que otras dimensiones como la efectividad o la satisfacción de los pacientes se vean afectadas negativamente; accesibilidad, entendida ésta como la facilidad con que la población puede recibir la atención sanitaria que precisa; continuidad, es el grado de coordinación de la atención al paciente entre profesionales, entre la organización y entre diferentes organizaciones a lo largo del tiempo; y satisfacción, considerada como el grado en el que la atención sanitaria y los resultados de ésta cumplen con las expectativas de los pacientes.
22. *Respuesta B.* La metodología de la evaluación y mejora de la calidad se basa en el seguimiento de los pasos de un ciclo de evaluación y mejora de la calidad. Los pasos son los siguientes: detección y priorización de posibilidades de mejora trabajando desde un enfoque de resolución y de prevención de problemas, basándonos en la frecuencia con la que éstos se producen o el número de pacientes a los que afecta, el riesgo que comportan, el coste y su capacidad de resolución, y no exclusivamente en la gravedad del problema; definición de los criterios de evaluación del problema de acuerdo a la evidencia científica; diseño de estudios de evaluación, cuyo objetivo es conocer el nivel de calidad actual y los motivos por los que se produce; implantación de acciones de mejora, en esta fase es aconsejable detectar cuáles son las resistencias que se pueden encontrar para prevenirlas y tratarlas; finalmente, la reevaluación que se debe realizar periódicamente para comprobar la efectividad de las decisiones tomadas y la mejora del problema.
23. *Respuesta E.* En la mejora continua de la calidad, el hospital debe planificar, medir y mejorar la calidad (Trilogía de Juran). La planificación de la calidad, según Juran, incluye: definir la calidad tal y como a los pacientes les interesa, diseñar los servicios adecuados a las necesidades de los pacientes, destinar y organizar los recursos de forma que permitan alcanzar dichos servicios, diseñar los procesos que sean capaces de producirlos, trasladarlos a las actividades habituales, y diseñar un sistema de medición.



24. *Respuesta C.* La participación en ensayos clínicos permite en ocasiones que los pacientes reciban tratamientos experimentales, en particular cuando se enfrentan a una enfermedad que no ha respondido a otros tratamientos. Todos los participantes han de ser voluntarios y podrán abandonar el estudio si así lo deciden. Los participantes tienen que tener la opción de revisar el objetivo y diseño del estudio y saber si los individuos de control o testigos recibirán el tratamiento de referencia o un placebo. Antes de decidir participar en un ensayo clínico es preciso que se responda a todas las preguntas que formulen los individuos voluntarios, y se les recomienda que hablen de su posible participación con su médico, para tener la seguridad de que se ajusta a su tratamiento en curso.
25. *Respuesta C.* Estudios realizados con familiares que han participado en decisiones sobre pacientes que estaban al final de la vida han identificado diferentes comportamientos en los profesionales de la salud que les han servido de ayuda para tomar una buena decisión. Destacan como comportamiento positivo la frecuente interacción de los profesionales con las familias, así como recibir explicaciones sobre la evolución del paciente de forma sencilla y con pocos tecnicismos. También agradecen encontrar una respuesta adecuada a todas sus dudas y poder discutir el mal pronóstico del paciente e incluso que les hablen de la posibilidad de muerte. Finalmente encuentran una gran ayuda al sentirse tratados con compasión y respeto.

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

1. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf)
2. Carrión Torre M, Zubizarreta Iriarte E, Sarasa Monreal MM, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. El efecto de la orden de no reanimación cardiopulmonar en el plan de atención al paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2008;19:14-22.
3. Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de la Enfermería Española. Disponible en: [www.bioetica.sanjuandedios-oh.es/SJD-Etica/docencia/Documentos/Cdigosdetic/CDEE.doc](http://www.bioetica.sanjuandedios-oh.es/SJD-Etica/docencia/Documentos/Cdigosdetic/CDEE.doc)
4. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de Enfermería 2006. Disponible en: <http://www.icn.ch/icnco-desp.pdf>
5. Gélinas C, Johnston C. Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the critical-care pain observation tool and physiologic indicators. *Clin J Pain*. 2007;23:497-505.
6. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.
7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
8. Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.
9. Michal M. Estrés. Basilea (Suiza): Ediciones Roche, SA; 1992.
10. Monzón Marín JL, Saralegui Reta R, Avizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diariasarri S, Martín Delgado MC, et al; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:121-33.
11. Nicolás A, Aizpitarte E, Iruarizaga A, Vázquez M, Margall MA, Asiain MC. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2002;13:57-67.
12. Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.
13. Reig Valero R. Valoración de la gravedad en la sepsis grave. Curso sepsis grave. Capítulo 32. Revista electrónica de Medicina Intensiva. 2005;5. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2005/03/REMIC32.htm>

14. Reis Miranda D, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med.* 1997;23:760-5.
15. Schweickert W, Hall J. Informed consent in the intensive care unit: ensuring understanding in a complex environment. *Curr Opin Crit Care.* 2005;11:624-8.
16. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Introduction to Quality Improvement in Health Care.* Oakbrook Terrace, Illinois (USA); 1991.
17. Thelen M. End-of-life decision making in Intensive Care. *Crit Care Nurs.* 2005;25:28-38.
18. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. JAMA patient page. Randomized controlled trials. *JAMA.* 2005;294:2262.
19. Wlody GS. Aspectos legales y éticos de los Cuidados Intensivos. En: Alspach JG, editor. *Cuidados Intensivos en Enfermería del Adulto.* 5ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 869-93.