

Aragón Sánchez, Cristina, TFG

por Cristina Aragón Sánchez

ARCHIVO	17331_CRISTINA_ARAGÓN_SÁNCHEZ_ARAGÓN_SÁNCHEZ_CRISTINA_TFG_969036_424526598.PDF (1.11M)		
HORA DE LA ENTREGA	27-ABR-2017 10:29P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	12935
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA806034482	SUMA DE CARACTERES	71644



Trabajo Fin de Grado

Proyecto educativo: Humanización de los Cuidados Intensivos en UCI

Alumno: Cristina Aragón Sánchez
Director: Sergio González Carretero

Madrid, abril de 2017

Índice:

Resumen	4
Abstract.....	4
Presentación.....	5
Agradecimientos	6
Estado de la cuestión	7
Fundamentación	7
1. Historia e inicio de la UCI en España	7
2. Paciente	10
2.1. Autonomía.....	11
2.1.1. Consentimiento informado	11
2.1.2. Instrucciones previas o voluntades anticipadas	12
2.2. Intimidad	13
2.3. Libertad de movimientos	13
2.4. Libertad de comunicación. Manejo del paciente intubado	14
2.5. Asistencia espiritual	15
2.6. Descanso.....	15
2.7. Paciente al alta	15
3. Familia	16
3.1. UCI de puertas abiertas	18
3.2. Necesidad de información.....	18
3.2.1. Manejo de la expectación familiar	20
3.3. Implicación de la familia en los cuidados básicos.....	20
3.4. Cuidados al final de la vida. Manejo del duelo complicado	22
4. Infraestructura humanizada	24

5. Profesionales.....	25
5.1. Incidencia y prevención del Síndrome de Burnout.....	25
5.2. Comunicación con familiares, pacientes y entre profesionales.....	26
5.3. Acciones cooperativas e integradoras. Equipo multidisciplinar.....	28
Justificación	29
Proyecto educativo	30
1. Población diana y captación.....	30
2. Objetivos	30
2.1. Objetivos generales	30
2.2. Objetivos específicos	30
3. Contenidos	32
4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	33
5. Evaluación.....	35
5.1. Evaluación de la estructura y el proceso	35
5.2. Evaluación de resultados	35
Bibliografía.....	37
Anexos.....	41

Resumen

En la práctica médica los avances científico-técnicos han progresado de forma manifiesta. Este progreso, no obstante, ha dejado de lado los aspectos humanos. La atención sanitaria despersonaliza al paciente, dando prioridad al estudio médico y relegando sus necesidades emocionales. Una parte fundamental de nuestro trabajo es considerar el soporte emocional del paciente. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se dan situaciones extremas de compromiso vital, por tanto, necesitan, el paciente y la familia una atención especialmente afectiva debido a su delicada situación. Confrontan un entorno adverso bajo el ruido de los respiradores, alarmas, luz intensa y conversaciones entre el personal sanitario, todo ello bajo los efectos de la medicación.

Es por ello que se van a estudiar todos los aspectos perfectibles para la mejora de la calidad de los cuidados en dicha Unidad; tanto para el paciente, como para familia y el entorno hospitalario mediante la realización de un proyecto educativo consistente en el refuerzo de protocolos humanizados, formación en comunicación y prevención del Burnout.

Palabras clave: *Humanización de la asistencia, Agotamiento profesional, Trastornos por estrés postraumático, Duelo, Factores de riesgo, Cuidados intensivos, Prestación de, Atención de Salud, Cuidados paliativos*

Abstract

In the recent stages of medical practice, there have been evident and substantial technological developments. Besides that, these advances haven't come by the hand of progress on the human aspects of medicine. Patients are depersonalized and taken as subjects for medical research, and their personal circumstances and emotions are overlooked. Emotional support and guidance must be a fundamental part of our work. Near-death cases aren't seldom in an ICU, and therefore both the patient and the patient's relatives need special care since they find themselves in a very vulnerable position. They face a hostile environment filled with gadgets, bright light, loud and worrisome noises and conversations held by the medical staff around him, all of which is distorted and amplified in the patient's perception due to the medication they take.

It is because of these reasons that all possible aspects involving patients, patient's relatives and medical staff that may improve the quality of our nursing in this unit must be explored, analyzed and implemented.

Key words: *Humanization of assistance, Professional Burnout, Post-Traumatic stress disorders, Grief, Risk factors, Critical care, Delivery of Health Care, Palliative Care.*

Presentación

Las Unidades de Cuidados Intensivos han progresado notoriamente a nivel tecnológico en los últimos años. Aumentando las cifras de supervivencia de los enfermos ingresados en estas unidades, en España la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, han estimado más del 90%. El nivel de formación y capacitación de los profesionales sanitarios destinados al cuidado del paciente crítico es óptimo, y su función sobresaliente. No obstante, las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias y profesionales parecen haber pasado a un segundo plano, debido al protagonismo de la tecnología. Entre las consecuencias, se advierte la escasez de información en las historias clínicas, defecto en la escucha activa a los requerimientos de pacientes y familiares, además del cuestionamiento de la vocación profesional debido, en gran medida, al estrés. Dicha situación de estrés, tiene su origen en la inestabilidad laboral por los recortes humanos y materiales, debidos estos, en parte, a la crisis económica. Así como a la falta de reconocimiento social. En definitiva, nos encontramos en un momento en el que debemos reflexionar sobre una rehumanización de la asistencia sanitaria y todos los involucrados en ella.

La motivación principal para este proyecto es formar parte de la consecución de una UCI más afectiva, cercana y humana, haciendo inminente nuestro permanente afán de mejora. Pues no nos debemos permitir que en ningún caso se dude de nuestra vocación y profesionalidad.

Una estudiante intentando transmitir ese entusiasmo que todo profesional de enfermería tiene durante la carrera y al acabar, y que poco a poco, por desgracia se apaga como consecuencia de las pésimas condiciones laborales, falta de reconocimiento laboral y carencia de formación en temas cruciales como la comunicación.

Independientemente de la situación en la que nos encontremos, hay que hacer por demostrar estar por encima de todo y prestar el mejor cuidado que esté en nuestra mano; un cuidado humanizado.

Agradecimientos

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la supervisión de Sergio González Carretero y Julio Cesar de la Torre, a quienes me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento, por hacer posible la realización de este proyecto. Además de reconocer la paciencia, tiempo y dedicación que tuvieron para que esto saliera de manera exitosa.

Agradecer a su vez a los dos profesores que más me han transmitido su pasión por los cuidados David Fernández Ayuso y Juan Manuel Arribas. Gracias por haberme guiado, apoyado y haber sido un ejemplo durante toda mi carrera.

A María Jiménez por hacerme llegar como nadie que la enfermería tiene voz, además de unas obligaciones éticas y profesionales bien fundamentadas.

A mis padres, por haberme transmitido los valores éticos inherentes a mi vocación, por haber hecho posible cumplir mi sueño, por confiar en mí, vuestro orgullo es el mío.

Gracias.

Estado de la cuestión

Fundamentación

1. Historia e inicio de la UCI en España

La primera Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se inaugura en Madrid, en la Fundación Jiménez Díaz, en el año 1965; seguida en 1969 de la primera Unidad Coronaria en el Hospital de Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Desde un principio las enfermeras vieron necesaria una formación específica esta área de críticos, así pues, se creó a su vez la "Asociación Científica". En la que se regularizaron foros y seminarios formativos para intercambiar experiencias, impartir conocimientos e impulsar dicha atención especializada. ⁽¹⁾

Eran otros especialistas los que encabezaban las UCIs de entonces; cardiólogos, internistas, neumólogos y anestesiólogos. La necesidad de una especialidad, la Medicina Intensiva, surge como resultado de un lento proceso, ya que:

- El paciente crítico es aquel con un alto compromiso vital, precisa de unas estrategias concretas de vigilancia y de tratamiento. Se considera que el paciente crítico es aquel que presenta un nivel de severidad en las alteraciones fisiopatológicas de amenaza franca o potencial para su vida, y que, a pesar de ello se le considera susceptible de recuperación.
- Es necesario el manejo y formación para el mejor uso de la tecnología destinada a enfermos. Pues a sofisticación tecnológica es inherente a esta especialidad.

A estas premisas se han unido en los últimos años otras dos que tienen hoy en día una importancia indiscutible:

- Imperativo bioético. El hecho de que el avance en la tecnología posibilita nuestra lucha por la vida bajo circunstancias antes impensables es evidente, pero, ¿a todos los pacientes? ¿en todas las circunstancias? Resurgen conceptos, como la autonomía del paciente, la adecuación de los cuidados al final de la vida, ensañamiento terapéutico, la confidencialidad y la privacidad de los pacientes. Dichos conceptos deberían ser objeto de constante reflexión. Principios fundamentales de la bioética en Medicina - "*Primum Non Nocere*"- previene el ensañamiento terapéutico con aquellos pacientes con un pronóstico funesto e irreversible.⁽²⁾

Uno de los problemas más conflictivos de la rutina es determinar criterios de inclusión con el objetivo de elegir a los pacientes con mayores opciones de beneficiarse del tratamiento en UCI.

La limitación de espacios, la concentración de alta tecnología en estos y la falta de recursos económicos para el desarrollo de más unidades, hacen que el ingreso en UCI sea muy costoso (la estancia de un día en UCI se estima como tres veces superior al de cualquier planta de hospitalización. Lo cual, nos obliga a la mejora en gestión de los mencionados recursos con el objetivo de aumentar la calidad, eficacia y eficiencia.

Según el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, se pueden sintetizar cuatro características básicas que definen al paciente crítico:

- Enfermedad grave.
- Reversibilidad potencial de la enfermedad.
- Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos.
- Necesidad de un área tecnificada. ⁽¹⁾

Al igual que en otras especialidades, se utilizan escalas para valorar la evolución y el pronóstico de los pacientes. Dichas escalas valoran los criterios de gravedad con el propósito de unificar el tipo de paciente que ingresa en intensivos ya que es una especialidad polivalente, que se encarga de pacientes con múltiples patologías. Las principales escalas son:

EVALUACIÓN FISIOLÓGICA AGUDA Y CRÓNICA III (APACHE III): Acute Physiology, Age, And Chronic Health Evaluation, conocido por sus siglas APACHE. "Fue desarrollado inicialmente en la Universidad George Washington por William Knaus y publicado en 1981 como un sistema que permite determinar la gravedad de los pacientes hospitalizados en UCI a través de la valoración de 33 variables fisiológicas que expresan la magnitud de la enfermedad y, por lo tanto, el pronóstico de los pacientes".

MORTALITY PROBABILITY MODEL (MPM): A diferencia del APACHE, "el MPM utiliza variables clínicas simples, obtenidas durante la primera hora de ingreso (MPMo), a las 24 horas (MPM24), a las 72 horas (MPM72)".

SIMPLIFIED ACUTE PHYSIOLOGY SCORE 3 (SAPS 3): esta escala nos es útil para; "predecir la mortalidad de un paciente en UCI, está diseñada para hacer una predicción real

de mortalidad en pacientes siguiendo un modelo de sistema matemático de previa calibración". También sirve para hacer comparativas entre grupos de pacientes con riesgo vital.

SOFA: Durante los primeros días de ingreso en la UCI es un buen indicador de pronóstico. "Tanto la medida, como el score más alto son predictores particularmente útiles de resultados. Independientemente de la puntuación inicial, un aumento en la puntuación SOFA durante las primeras 48 horas en la UCI predice una tasa de mortalidad de al menos el 50%".

ASA: "para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente".

HUNT Y HESS: "es una manera de clasificar la severidad de una hemorragia subaracnoidea no traumática, puesto que cuando la condición clínica del paciente se evalúa basado con criterios de Hunt y Hess para el momento de la cirugía se demuestra una correlación específica con el resultado del tratamiento quirúrgico. Los criterios de la escala de Hunt y Hess correlacionan con un índice de mortalidad asociada a los diferentes grados numerados del 1 al cinco". ⁽²⁾

Los parámetros fisiológicos que son consecuencia exclusiva de la "multimonitorización" de los enfermos con considerados una herramienta de investigación de cuyas ventajas que posee la docencia (pre y post grado) de la medicina intensiva. El dolor, el nivel de sedación, la adaptación al respiración, presión intracraneal y constantes vitales, son solo algunas de las cosas que nos retransmite la tecnología sobre el paciente crítico, en muchos casos, incapacitado para la comunicación. ⁽³⁾

La meta es saber que sucede a día de hoy en nuestras UCIs para perfeccionar los aspectos más humanos de la atención sanitaria. El personal sanitario debe hacer un ejercicio de reflexión para no olvidar la humanidad del paciente; no es una enfermedad a salvar, es una persona.

2. Paciente

No se puede negar que el paso por la UCI es una experiencia, cuanto menos, intensa. Se saca al paciente de su zona de confort, de su entorno. Separado de sus seres queridos y sometido a múltiples técnicas dolorosas. A esto se le añade la sensación de muerte evidente. En un principio no tiene conocimiento de su enfermedad. No sabe lo que ocurre a su alrededor, ni el estado de su familia, puede sentirse como un inválido o una carga. El paciente se ve sometido a un cambio de rol brusco. ^(4, 5)

El bienestar de sus familias y la forma en la que puedan estar viviendo la traumática situación actual es una de las preocupaciones fundamentales de los pacientes. *“En la UCI se llega a sentir una sensación de desamparo físico, mental y aislamiento”.* ⁽⁴⁾

Según Solano Ruiz y Siles González, 2008: “se establecen dos periodos temporales a la hora de pasar por estas experiencias: el ingreso y el de la estancia.” El primer periodo, el juicio se basa en las experiencias anteriores en la UCI, ya sean propias del paciente o de conocidos: *aceptación del ingreso, estereotipos de la unidad, negatividad absoluta, confianza en los profesionales y la tecnología.* En el segundo periodo el paciente tiene la sensación de que el tiempo pasa muy despacio, lo que da pie a reflexiones: *justificación de la enfermedad, reflexiones sobre la muerte, recuerdos, añoranza familiar, esperanza de curación, soledad y aburrimiento.* ⁽⁵⁾

Se produce una sensación de no ser plenamente consciente de lo que sucede alrededor, como una desorientación temporal. En otras ocasiones el paciente es consciente de que tiene el cuerpo completamente paralizado lo que, evidentemente, produce niveles elevados de angustia. Pueden incluso experimentar desde placer y alucinaciones por efecto de la medicación y relajación mental como nerviosismo y ansiedad. ⁽⁴⁾

Lo que parece ser un factor denominador es la falta de control sobre su propio proceso, cediéndose éste a los profesionales sanitarios. Los pacientes experimentan la sensación de que su constante demanda de necesidades es una molestia para los profesionales, de hecho, los hay que prefieren no solicitar lo que necesiten por miedo a importunar. En esa segunda fase de estancia, los pacientes pasan horas muertas únicamente observando lo que sucede a su alrededor, a las personas que tienen cerca, al personal con los sentidos alerta. ⁽⁶⁾

Todo ese avance y tecnología que al ingreso tenían parece resurgir al alta en forma de miedo y angustia. Esta vez por inseguridad, ya que en la planta de hospitalización (donde normalmente son derivados) no disponen de toda esa sofisticación. Les da la sensación de que no van a estar tan bien cuidados. En cambio, en otras ocasiones, el alta de la UCI se experimenta como algo muy positivo, como una “explosión de vida”. ^(5, 6)

2.1. Autonomía

2.1.1. Consentimiento informado

La ausencia de autonomía vulnera el principio de la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre: *“Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”*. ⁽⁷⁾

Se debería indagar sobre la posibilidad de elaborar un documento de consentimiento genérico, pero no con un fin meramente legal, sino como medida de informativa para el paciente crítico y/o familia, asegurándose de que reciben las máximas aclaraciones posibles sobre las actuaciones invasivas en formato papel por si le surgen dudas sin estar los profesionales en ese momento, o las que se puedan dar de emergencia en algún momento de la evolución.

No obstante, citando la ley anterior, se debe tener en cuenta siempre que, *“el paciente puede revocar en cualquier momento por escrito el consentimiento de intervención que haya firmado previamente. Además, el consentimiento por normal general se puede dar de forma verbal, a no ser que sea: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”*. ⁽⁷⁾

2.1.2. Instrucciones previas o voluntades anticipadas

Durante el ingreso en la UCI, incluso antes, se debe indagar en la historia, por la posibilidad de que el paciente tenga disponible un documento de Instrucciones Previas (IP) o Voluntades Anticipadas(VA); con el objetivo de estipular anticipadamente los tratamientos que el paciente desea recibir en una situación grave, y más si es un paciente con alguna enfermedad crónica. En cualquier caso, se debe indagar sobre los deseos tanto del paciente como de sus familiares y dejarlos registrados en la historia clínica. ⁽⁸⁾

Para este proceder, urge una adecuada información sobre el pronóstico del paciente, su tratamiento, y las posibles alternativas terapéuticas del proceso patológico en el que se encuentra. No existe posible controversia sobre este punto, ya que la ley es tajante, si el paciente ha dejado por escrito sus voluntades anticipadas, como por ejemplo "Si PCR, no RCP", es responsabilidad del equipo sanitario cumplirlo, sin excepción pues la única persona válida para revocar la voluntad en sí misma es el propio paciente o en caso de incapacidad la familia y siempre ha de dejarse por escrito.

En las situaciones del final de la vida de los pacientes, la enfermera tiene sus propias responsabilidades y competencias que ha de asumir, eludiendo protegerse en la decisión que tomen otros profesionales. Por tanto, si el paciente dispone de las correspondientes IP o VA, la enfermera en ejercicio de su profesión deberá atenerse a las directrices que marcan estos documentos, favoreciendo las últimas decisiones del individuo, su paciente. No solo porque tengan un carácter imperativo por estar regulado legalmente, sino porque en nuestro Código Deontológico viene recogido en su artículo 15, donde se refleja que *"La enfermera/o garantizará un trato correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten..."*. ⁽⁸⁾

El conocimiento de la legislación en cuanto a las IP y VA es responsabilidad de la enfermera, pues se requiere que conozca las implicaciones jurídicas, legales, clínicas y éticas que se plantean en ese tramo final de la vida. ⁽¹²⁾

2.2. Intimidad

La intimidad es un derecho y un valor inherente a toda persona, que se ve menoscabado en el ámbito sanitario, concretamente en la UCI. La desnudez, la vergüenza, y la vulnerabilidad se incrementan en esta unidad, y suscitan a la angustia y el desamparo. ⁽⁹⁾

El enfermo y su familia necesitan de espacios físicos adecuados, tanto funcionales como emocionales que permitan conservar su intimidad y privacidad. Dentro de las características de la UCI debemos conseguir que las normas de intimidad privacidad y autonomía sean parte de nuestro día a día

Dicho sea de paso, no viene mal recordar el derecho a la intimidad en cuanto a protección de datos, amparada en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de Autonomía del Paciente: *“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.”* ⁽⁷⁾

2.3. Libertad de movimientos

En ocasiones se tiene que recurrir a la contención física de ciertos pacientes. No obstante, debe minimizarse al máximo el uso de dispositivos inmovilizadores para limitar los movimientos del paciente, y en caso de no haber más opción, utilizarlas siempre en vistas a la mayor seguridad del propio paciente, y de terceros: familia y personal sanitario. ⁽¹⁰⁾

No se ha concretado de forma expresa los derechos de los pacientes en cuanto a esta práctica tan usual en el ámbito sanitario, por tanto, hay un vacío en cuanto a su regularización. Esta práctica puede conllevar a una limitación de la libertad moral y física dando lugar a un trato inadecuado, vulnerando sus principios de autonomía y dignidad. ^(11, 12)

Se deduce entonces que, esta práctica compromete un derecho fundamental (la libertad) y una propiedad inherente al ser humano (la dignidad). Únicamente estaría justificada la imposición de esta medida en el caso de que los beneficios para el paciente superasen los perjuicios -Beneficencia vs. Autonomía-, pero incluso aunque se haga por su beneficio, la contención debe ser proporcionada respetando siempre los derechos fundamentales de la persona. Estos aspectos están a su vez acogidos por la Constitución Española en sus

artículos 10, "dignidad de la persona", 15, "derecho a la integridad física" y 17, "derecho a la libertad". ^(10, 12)

Si se llega al caso de la sujeción, el proceso no acaba ahí, el paciente ha de ser sometido a una valoración continua de la necesidad de dicha medida. ⁽¹²⁾

2.4. Libertad de comunicación - Manejo del paciente intubado

La imposibilidad de hablar debido a la intubación hace que el paciente experimente una gran desesperación y, por su puesto, frustración, ya que sus intentos por comunicarse con sus familiares o con el personal resultan inútiles y agotadores.

Siendo conscientes de esto, para lo cual únicamente se necesita un mínimo de empatía, el personal debería emplear algo más de tiempo en desarrollar algún tipo de fórmula para permitir una comunicación efectiva, por lo menos de sus necesidades más básicas como el dolor, preocupaciones, preferencias o simplemente satisfacer sus deseos de comunicarse. Hagamos sentir al paciente lo menos aislado y desamparado posible. A veces solo con que note que nos tomamos algo más de tiempo, de forma gustosa, en hacer por entenderles, les basta. No pueden tener la sensación de que la imposibilidad de comunicarse supone el abandono. ⁽¹³⁾

En estas unidades de máxima sofisticación, no debería ser extraño que se utilice el aspecto más social y tecnológico de la comunicación. Estamos experimentando grandes avances en cuanto a la comunicación. Todo lo que tenga que ver con mantener al máximo la zona de confort del paciente, es útil para su recuperación, véase; mantener los cauces de comunicación social mediante el uso del móvil, Tablet u ordenador, se traduce en un restablecimiento de la autonomía, percepción de la intimidad y sociabilidad. ⁽¹⁴⁾

2.5. Asistencia espiritual

Debería estar innato en nuestro trabajo y formar parte del plan de cuidados global el respetar y preservar las creencias religiosas de los pacientes, así como darle la importancia que ellos consideren que se merece; pues forma parte de su mundo interior cultural y personal. No prescindir de ninguno de los atributos que le confieren esa dimensión única es una forma más de mantener la dignidad moral del paciente. ⁽¹⁶⁾ Así pues, hay que facilitar la asistencia religiosa o espiritual si lo requiere el paciente o sus familiares.

Para las personas religiosas, sus creencias son una ayuda fundamental para encauzar el proceso en la UCI además de una fuente de confort. Pero más allá de un sentimiento religioso, se trata de un componente espiritual inherente a todos los seres humanos e independiente a la religiosidad. No ser religioso, no conlleva la ausencia de unas necesidades espirituales. ⁽⁵⁾

2.6. Descanso

Una medida terapéutica fundamental en la hospitalización en general y concretamente en la UCI, es el descanso, a parte de un derecho del paciente. Según Juan Manuel Gómez, 2016, el adecuado descanso nocturno y el mantenimiento de los ciclos de los ciclos vigilia-sueño, disminuye la incidencia de delirio. ^(2, 17)

Ya se ha comentado anteriormente como afectan los niveles constantes de ruido en la UCI a los ingresados, por ello deberemos establecer medidas en pos de asegurar el descanso de los pacientes, eliminando todas las acciones que dificulten la conciliación o mantenimiento del sueño. ^(16, 17)

2.7. Paciente al alta

Una vez pasada la situación de vida – muerte, la calidad de vida de los supervivientes puede verse mermada tras su recuperación hospitalaria, esto es algo que tiene que tener en cuenta durante su estancia en la unidad. ⁽¹⁹⁾

La depresión, ansiedad y/o el estrés post-traumático son síntomas que, en ocasiones, se dan de forma simultánea en el paciente. Hay que entender las interrelaciones, así como el distinto tratamiento que tienen cada una de ellas. A riesgo de que pueda parecer evidente, no

se tratan igual y el tratamiento de alguno de estos síntomas mediante benzodiacepinas es fundamental en el desarrollo de estrés post-traumático. ^(18, 19)

3. Familia

Los familiares se encuentran en un ambiente desconocido o enjuiciado en experiencias anteriores, propias o ajenas. Haciendo conjeturas sobre el posible y trágico desenlace del paciente, pues le ven inconsciente, rodeado de tubos, con ruido y personal a su alrededor. Esto acarrea una constante situación de alarma sobre la supervivencia o posible incapacitación de su familiar. ⁽⁵⁾

El ingreso de un ser querido en UCI supone un trance traumático para los familiares. Dependiendo del motivo de ingreso, la forma e intensidad, la severidad, y de la etapa en el proceso de enfermedad, el afrontamiento por parte del familiar, fluctúa. ⁽⁵⁾

Se produce un cambio de roles, por tanto, la dinámica en las relaciones familiares se ve truncada; lo que agrava la situación de estrés. La familia deja de funcionar a como está acostumbrada en el momento en el que uno de los miembros se encuentra grave y hospitalizado. Bajo esta situación de estrés se hace mucho más complicada la toma de decisiones, que es también una constante en la UCI, así como solucionar los problemas que surjan debido al ingreso. ^(5, 20, 21)

Como se ha mencionado anteriormente las percepciones que tengan los familiares sobre el ingreso en UCI están muy influenciadas por las experiencias pasadas, pero también, por las características de su personalidad, el afrontamiento previo de la enfermedad (en caso de que ésta fuese crónica) y el contexto general de la situación. Así como las expectativas, la actitud y, por supuesto, las creencias, expectativas, actitudes, opiniones y criterio del grupo de pertenencia. ^(5, 21)

Hay familiares que consideran las UCIs como un lugar donde se prestan cuidados avanzados, mientras que otros las consideran, erróneamente, como lugares donde van a morir las personas más graves. ⁽⁵⁾

Es muy criticado el aura de secretismo y aislamiento que envuelve a este tipo de unidades. La lucha por la supervivencia y el trance del familiar hace que se establezca una relación muy estrecha entre las familias de los ingresados, y entre los propios pacientes. Pues conviven en el mismo entorno, incluso comparten el mismo personal sanitario. ^(5, 22)

Parece ser que los paciente y familiares se sienten más seguros cuando les atienden las mismas personas con las que ya han establecido un vínculo de confianza y son plenamente conscientes del estado del paciente. Se muestran reticentes al cambio de personal, aunque esté igualmente formado y cualificado. Como si hubiesen cubierto el cupo de cambios en sus vidas. (5, 20, 21)

Al igual que el paciente, ya mencionado en en su apartado, los familiares no sienten, en muchas ocasiones, la libertad de verbalizar ni comunicar su desasosiego, sus temores y dudas. Les da la impresión de que el personal, concretamente las enfermeras están sobrecargadas de trabajo, como para “molestar” y mucho menos al médico, que parece estar ocupado salvando la vida a su familiar. El personal sanitario tiende a dar por hecho que las familias asumen un rol determinado en el ingreso. Se espera que sean “buenos familiares”, es decir, poco demandantes y exigentes. Dispuestos siempre a colaborar, cuando lo cierto es, que, en la mayoría de ocasiones, la situación les sobrepasa. (5)

A pesar de su posible bloqueo, no nos olvidemos de que son perfectamente capaces de constatar el grado de empatía que ofrecen los profesionales, a través del lenguaje verbal y del no verbal, concretamente de las enfermeras pues son las que más tiempo pasan cerca del ingresado y su familia.

En más ocasiones de las debidas, las enfermeras de UCI dan pie a una asistencia deshumanizada como mecanismo de defensa emocional, evitando cualquier tipo de vínculo afectivo. (5, 22)

No se puede considerar al familiar, y mucho menos hacerle sentir un elemento ajeno a la unidad ni al proceso de cuidar al paciente crítico. Existen dos vertientes de pensamiento, las enfermeras consideran que la familia puede perturbar tanto su trabajo como al propio paciente, y las que opinan que pueden influir de forma positiva en la recuperación del paciente. Lo cierto es que no se puede generalizar, es una función más de la enfermería determinar que familiares les pueden servir más o menos para su trabajo, en función de la situación emocional de los mismos. (20)

Las enfermeras deben reivindicar que los problemas tienen facetas culturales, sociales y psicológicas, más allá de los cambios biológicos en los que parece que se centra la UCI.

3.1. UCI de puertas abiertas

Cierto es que existen artículos y publicaciones considerando la necesidad manifestada por los familiares de la adecuación de los horarios de visita individualizada para su mejor organización familiar. A pesar de ello, se mantienen en muchas UCIs, sistemas de visitas rígidos fundamentados en la facilidad del trabajo, posible riesgo de infección e intimidad para el paciente vecino. De esta forma no se permite la posibilidad de que el familiar sea un agente de cuidado, sino un mero visitante con horario. Queda patente la controversia entre ambos tipos de UCI. (23, 24, 26)

Desde un punto de vista más humano, el horario de visita debería ajustarse a las necesidades de cada paciente y adaptarlo de forma personalizada.

Según el proyecto HUCI del Hospital Gregorio Marañón (2015): *“no existe evidencia científica sobre que un régimen de visitas liberalizado aumente las infecciones o interfiera con la atención al paciente, mientras que sí se ha demostrado que las visitas familiares disminuyen la ansiedad, ayudan al bienestar del paciente y minimizan la experiencia traumática de la enfermedad, tanto del paciente como de la familia.”* (2)

Una vez más, la competencia es del personal sanitario que está a pie de cama las 24 horas y, por tanto, el conocedor de las necesidades de su paciente. Pues hay pacientes que muestran mucha ansiedad y empeoramiento al recibir demasiadas visitas o algunas visitas en concreto. Está en la mano de enfermería decidir y transmitir, con toda la delicadeza, lo que considera mejor para su paciente. En base a esto, la enfermera ha de tener las competencias para comunicarse con ellos, así como, retransmitir la situación clínica y emocional del paciente para que se ajusten a las necesidades del mismo. (23, 25, 26)

3.2. Necesidad de información

Los familiares demandan información sobre lo que desconocen y sucede a su alrededor, sobre la enfermedad, y sobre el estado de su ser querido. Una información que no proporcione falsas expectativas. Hay que ser prudente en este punto, pero la prudencia no justifica la ausencia de información, pues es una forma más de eludir una responsabilidad intrínseca de la enfermería. No se incurriría en error si se diera más comunicación entre los propios miembros de la unidad y los que están en la sala de espera. Según los testimonios recogidos

por los familiares, se critica que la información se da *“rápidamente y en un contexto de frialdad”*. (5, 28)

La segunda demanda más apremiante de los familiares tras el contacto con su ser querido, es la información. Será: clara, veraz, adaptada al receptor, completa y ordenada. En nuestra mano está juzgar cuanta información y de qué forma es capaz de asumir tanto el familiar como el paciente. Siempre con una actitud de escucha activa. Dando libertad de expresión de sentimientos, sensaciones, lamentos y temores. (28)

La información será suministrada tanto por la enfermera como por el médico a cargo en un entorno confortable y dotado de privacidad. En este sentido debemos mejorar las habilidades de comunicación, estableciendo claramente el marco de competencias informativas de cada profesional.

A pesar de que se trate de una necesidad emocional que calma la ansiedad y ayuda al afrontamiento de la situación, no se puede pasar por alto que es también un derecho fundamental tanto del paciente como de su familiar directo, referenciamos pues la Ley de Autonomía del paciente 41/2002 del 14 de noviembre, concretamente el artículo 4: *“Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”*. Además, en el artículo 5 de la citada ley se define al titular de derecho: *“El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.”* (7)

Se considera necesaria la elaboración de encuestas de satisfacción para los familiares y pacientes que vayan a ser dados de alta de la unidad, de esta forma, conoceremos la calidad percibida, siendo más conscientes de nuestras debilidades y fortalezas. (2)

3.2.1. Manejo de la expectación familiar

Comprensión; es un elemento fundamental del Sistema Nacional de Salud. Nuestro sistema se dedica a promover salud de una manera positiva y beneficiosa para la sociedad. No obstante, tiene que construirse una perspectiva de sistema en el que haya un plan de trabajo y mecanismos de decisión que puedan implementar dichas decisiones y evaluarlas; integrándolas en los cuidados de la salud general. ⁽²⁹⁾

Para analizar los cuidados de la UCI hay que tener en cuenta las dimensiones *subjetivas* y *sociales*. ⁽²⁹⁾ En base a la humanización es necesario que los valores enfermeros que se llevan en la UCI estén conectados con valores éticos como; la dignidad humana, responsabilidad, sensibilidad, solidaridad, etc. Lo cual hace que el rol de la enfermera en la UCI no se dedique en exclusiva a curar, sino a enfocarse en el aspecto humano, creando oportunidades para satisfacer las necesidades de los enfermos, promover, diagnosticar y posibilitar una rehabilitación. ⁽³⁰⁾

La enfermera es crucial y coordinadora de todos estos cuidados. Dichos cuidados dependen de la preparación de los profesionales y la tecnología, pero la humanización conlleva replantearse todo el proceso, siendo muy subjetivo y más individualizado. ^(2, 29, 30)

3.3. Implicación de la familia en los cuidados básicos

Los familiares están sometidos a un estrés durante el ingreso y al alta del paciente en UCI. La familia es una parte crucial en el cuidado del paciente, no obstante, y a pesar de que hay estudios que aseguran los beneficios de la implicación del familiar en el cuidado, hay que tener en cuenta que supone un riesgo. Fundamentado está que hay mucha ansiedad durante las primeras 3-5 semanas de ingreso. El estrés, la ansiedad y depresión por parte del familiar comienza a reducirse a los 3 meses tras el ingreso aproximadamente y a pesar de ello siguen siendo personas de riesgo. ^(31, 32, 34)

Las enfermeras tienen un papel importante a la hora de ayudar al familiar y al cuidador principal, mediante referencias, transmitiendo seguridad y gestión de los cuidados. Todo lo necesario para quitarle carga al familiar. ⁽³³⁾

Una enfermera de UCI debe ser consciente de que, aunque el paciente no fallezca, la afectación psicológica del familiar puede ser severa; hipersensibilidad, obsesión, etc. Incluso hasta tres meses después del ingreso. ⁽³⁴⁾

La principal fuente de estrés y ansiedad en el paciente y su familia es la dependencia física y emocional junto con la ruptura de lazos afectivos. ⁽⁵⁾ El ingreso o situación en la que exista la posibilidad de tener que afrontar la pérdida de un familiar/ allegado, les convierte en personas vulnerables, por ello el contacto paciente/ familia les produce a ambos alivio y satisfacción. ⁽³⁴⁾

La incorporación de la familia en los cuidados, les hace sentirse útiles. Experimentan la sensación de seguir teniendo algo de control sobre la situación; pasa a convertirse en una medida terapéutica. ^(5, 33, 34) Para la incorporación más activa de la familia en los cuidados básicos, las unidades deberían tener un protocolo de actuación, siempre que la situación clínica del enfermo y su familiar lo posibilite. ⁽²⁾

Hay que tener en cuenta que el permitir que miembros no profesionales proporcionen cuidados básicos en UCI, supone un esfuerzo mayor por parte del personal sanitario encargado del enfermo. Sin embargo, la bibliografía supone que los beneficios que puede proporcionar esta actuación superan a los problemas que se desencadenan debido a la necesidad de un primer aprendizaje. ⁽³¹⁾

Según el Doctor Pérez Cárdenas del Hospital Universitario 12 de Octubre (2004): *“una UCI no es un espacio cerrado en donde la frialdad del deber bien cumplido es suficiente para proporcionar todo el apoyo que necesita el paciente crítico”*. Además, se considera que el profesional de enfermería está lo suficientemente bien formado para afrontar el esfuerzo extraordinario que pueda suponer la nueva mentalidad que se plantea de incorporar el entorno familiar en los cuidados del paciente crítico. ⁽²⁷⁾

No obstante, al ser enfermería los responsables de implicar al familiar en el cuidado del paciente con el objetivo de que vayan asumiendo el rol próximo de cuidadores principales en los pacientes cuya mejoría evidencia el alta, también deberían ser los responsables de decidir no implicarles si así lo consideran, ya sea por inestabilidad emocional del familiar, como que el estado clínico del paciente pueda suponer un riesgo.

Para no incurrir en intrusismo profesional, no se debería obviar el hecho de que: en ningún caso será una persona distinta a enfermería quien tomara la decisión, pues lo que le pueda

suceder al paciente con respecto a los cuidados es responsabilidad última del equipo de enfermería.

En resumen, este punto se intenta sensibilizar y concienciar de que una UCI rígida no siempre es lo más beneficioso para el paciente ni para el familiar. Además de dar a la enfermería la competencia de considerar a qué familiares se les puede implicar o no en los cuidados. Obligando, de esta forma, a prestar más atención de lo acostumbrado al estado emocional del familiar.

3.4. Cuidados al final de la vida - Manejo del duelo complicado

En los últimos 20 años en la UCI, las "*prácticas post-mortem*" están en aumento. Los familiares de estos pacientes pasan por un estrés post-traumático que afecta en gran medida a su calidad de vida. ⁽³⁶⁾

El duelo complicado sucede en muchos familiares; consiste en la no superación de la muerte, quedándose estancado en alguna de las primeras fases del duelo. Se manifiesta con cambios de comportamientos, cambiar hábitos de comer, incremento de malos hábitos, perjuicio de las relaciones personales y sociales, depresión, ideas suicidas y obsesivas con la muerte, pesadillas... etc. Es más incidente con muertes no naturales, en accidentes, desastres o muertes prematuras. ^(35 - 37)

Según indica el estudio de Azoulay (2005) realizado en el Hospital Saint-Louis de París, cuanto a la fase de duelo de una serie de familiares y la evolución a las 3 semanas, 3 meses, 6 meses y 12 estudiando las variables de estrés post-traumático para poder distinguir la depresión del duelo complicado. Ambos se pueden dar a la vez en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un periodo de tiempo que varía de persona en persona, ya que idealmente no debería extenderse a lo largo de toda la vida. Este periodo se debe atravesar en un tiempo de 6 meses a dos años aproximadamente. A los 6 meses lo más complejo de tratar son los problemas de toma de medicación y falta de comunicación. Este proceso no se considera patológico. No obstante, si se alargara en el tiempo hablaríamos de depresión y habría que adoptar medidas. ⁽³⁷⁾

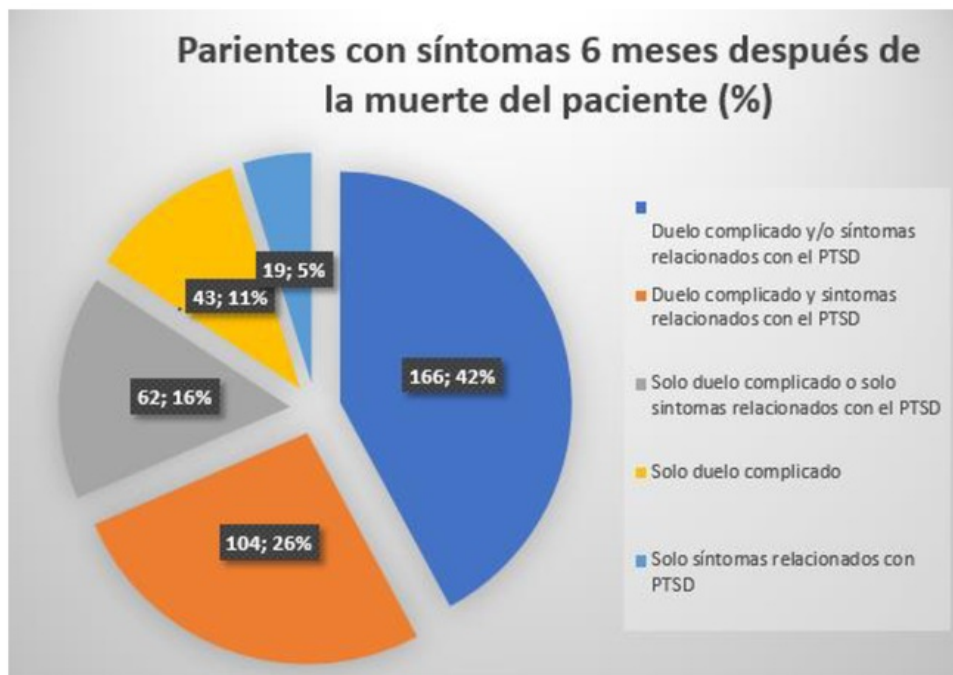


Tabla I: Parientes con síntomas 6 meses después de la muerte del paciente. ⁽³⁶⁾

La relación entre el duelo complicado y el estrés post-traumático, según dicho estudio, muestra que; el estrés se diferencia del duelo a pesar de tener síntomas comunes, pues a los 6 meses del fallecimiento del paciente, dicha relación parece paralela, aunque el estrés se reduce y el duelo se mantiene. ^(34, 37)

Existen múltiples factores que influyen en este duelo como la intubación del paciente, su apariencia física, el tipo de contacto que hayan tenido en sus últimos momentos o no poder despedirse. ⁽³⁵⁾

4. Infraestructura humanizada

La preocupación fundamental de los familiares de los pacientes en UCI sea el estado de salud de los mismos. Hay que poner de manifiesto la necesidad de proporcionar un ambiente en condiciones que ayuden a sobrepasar el trance del ingreso y sus dificultades. ⁽³⁸⁾

En la mencionada revisión sistemática de Pérez Cárdenas (2015) se detectó la necesidad de realizar mejoras en las salas de espera ya que: “parecían frías, pequeñas y poco acogedoras”. Estos resultados reflejan la realidad de la mayoría de hospitales españoles de la sanidad pública con más de 20 años de antigüedad. Dicha revisión, aglomera el testimonio de varios familiares que califican de incómodas y desprovistos de intimidad las salas de espera y UCIs en general. Se considera que una reforma del mobiliario debería suponer, entre otras, una de las prioridades del presupuesto de la sanidad pública. ⁽²⁷⁾

El objetivo no es únicamente una infraestructura humanizada sino más funcional; con acceso a teléfono, baños comunes y espacios habilitados para comer, todo ello relativamente cerca del paciente, facilitando el proceso del familiar. ^(40, 38)

Desde el punto de vista del paciente la UCI debería ser provista de boxes individuales para fomentar la intimidad. Está demostrada la influencia de la luz natural en dichos boxes, el color de las paredes el estado del mobiliario, etc. Evitando el estrés lumínico, térmico y el ruido. ^(27, 39) Teniendo en cuenta la ya mencionada desorientación, algo tan simple como proveer calendarios y relojes.

Para favorecer la comunicación del paciente; intercomunicador con central de enfermería, pizarras, alfabetos, aplicaciones. En la medida de hacer menos hostil su entorno: televisión, luz para la lectura en pacientes conscientes, conexión Wi-fi... Queda demostrado que la sofisticación de la UCI actualmente, está centrada en la patología del paciente, desprovista, en gran medida, de humanización. ⁽³⁸⁾

5. Profesionales

5.1. Incidencia y prevención del Síndrome de Burnout

En la UCI hay más estrés post-traumático que en otras unidades. Hay muchas situaciones estresantes, como pacientes de alto riesgo y compromiso vital, paliativos, fallecimientos. Las relaciones interpersonales dentro de este equipo están sometidas a más tensión que en otras unidades. ^(44, 45, 46) El hecho de que haya poco profesional en relación al número de pacientes. Según un estudio realizado en el Hospital Regional de Singapur (2016) se considera que la relación enfermera por pacientes de alta dependencia debería ser 1:2. Revelando que, de ser más, la incidencia por estrés aumenta un 11% más de lo habitual. ⁽⁴³⁾ El desgaste profesional se puede manifestar de tres formas diferentes:

- Cansancio emocional.
- Falta de plenitud personal.
- Falta de plenitud profesional.

Afecta particularmente en los cuidados a las personas y puede ser perjudicial tanto para el profesional como para el paciente. El personal de salud presenta los mayores niveles de burnout. Concretamente en la UCI oscila en niveles entre el 6-47%. Indica que las circunstancias laborales en las que trabaja el personal de enfermería pueden generar mayor desgaste. ^(43, 42)

VARIABLES		Con Jornada física complementaria	Sin jornada física complementaria
SEXO	HOMBRES	170	254
	MUJERES	230	562
ESTADO CIVIL	CASADOS	296	604
	NO CASADOS	110	205
NIVEL ATENCIÓN	ESPECIALIZADA	171	711
	PRIMARIA	238	105
TURNO	ROTATORIO	177	502
	FIJO	230	310

Tabla II: Análisis descriptivo de las variables categóricas ⁽⁴⁶⁾

Acorde con el estudio de Maslach y Leiter (2016) se considera que cuanto más joven es el personal de enfermería, más sensible se es al burnout. Al igual que se hace una distinción entre hombres y mujeres, pues los hombres presentan mayor desgaste profesional y en

cambio las mujeres más desgaste emocional. No tener hijos, estar soltero, la experiencia en el campo (organización) y el tipo de turno son algunos de los factores a tener en cuenta. ⁽⁵¹⁾

5.2. Comunicación con familiares, pacientes y entre profesionales

La comunicación se considera un elemento básico de las relaciones humanas que supone el enriquecimiento de los interlocutores, no es un simple intercambio de información. ⁽²⁸⁾ En el ámbito sanitario, el avance de la tecnología parece que suple la intervención humana; se forma al personal especializado para utilizar tecnología avanzada que nos transmite mucha información sobre el estado fisiológico del paciente, pero la formación en cuanto a comunicación con la persona que está tras las máquinas, es escasa. Se hace necesario impulsar la formación de una comunicación efectiva entre todos los implicados: pacientes, familia y profesionales. ⁽⁴⁷⁾

El correcto trabajo en equipo entre los distintos profesionales es imperativo y esencial por su bienestar y el de los pacientes a cargo. Para ello se requiere la comunicación efectiva mencionada *“completa, clara, oportuna y concisa”* ⁽²⁸⁾ eludiendo de esta forma posibles errores y malos entendidos a la hora de consensuar tratamientos y cuidados del paciente. Estos momentos son costumbre en la UCI; no solo intercambiamos información sino responsabilidad, son cruciales ya que se puede omitir o malinterpretar información indispensable para la salud del paciente. No está de sobra mencionar que todo lo que se dice debe quedar registrado también por escrito, pues el fallo en la comunicación no siempre se da en el emisor de información, sino que en muchos casos depende, por ejemplo, de la atención que preste el receptor. ^(5, 47)

Es muy frecuente que haya disputas entre los profesionales que componen el equipo de UCI, debido a una comunicación ineficaz. Ese tipo de situaciones suponen un reto agotador y hacen peligrar la estabilidad y bienestar del equipo, además repercute de forma directa en el paciente y la familia. Producen mucho desgaste emocional y profesional. ⁽⁴⁷⁾

Uno de los principales motivos de reclamación en los hospitales de la Comunidad de Madrid según el departamento de Atención al Paciente es la ausencia o mala comunicación. Como se ha mencionado anteriormente una de las necesidades más importantes tanto para la familia como para el paciente es la información sobre la asistencia. Se debe tener en cuenta

que, aunque *“el paciente es el titular del derecho a la información, en los pacientes críticos, este derecho se transfiere a los familiares”*. (7, 27)

Informar y tener una comunicación efectiva con familiares y pacientes que tienen en ese momento una gran carga emocional precisa de unas habilidades comunicativas que deben tener los profesionales, para lo que no han sido formados de forma específica. Mantener a la familia y al paciente informados ayuda a crear un vínculo de confianza y sensación de control hacia el profesional, favoreciendo un entorno de respeto. (5)

Actualmente no se dispone de protocolos ni políticas concretas sobre cómo llevar a cabo este proceso de comunicación en la UCI. Según la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid (2015) *“en nuestro país existe rigidez en estas políticas; el 80% de las unidades informan una vez al día y solo un 5% informa a demanda de los familiares. Es excepcional también la información conjunta médico-enfermera (3,1%)”*. Es bastante llamativo el hecho de que, en lo que comunicación se refiere, el papel de la enfermería en general es insuficiente y no está claramente definido, a pesar de que del equipo sanitario son los que más tiempo pasan con el paciente, los que reciben más información sobre el estado del paciente crítico y sus familiares. (39)

Con el pretexto de que las técnicas en la UCI son más prioritarias por el estado de gravedad del paciente, en muchas ocasiones relegamos a un segundo plano la puntualidad del horario en cuanto a la información al familiar y al paciente. Es sabido que no todas las técnicas son prioritarias, y la desinformación aumenta el nivel de ansiedad y angustia en los familiares. Queda bastante claro que no sólo cuidamos a los que están en la cama, también a sus familias. (5, 39)

En cuanto a la información, ante la gravedad clínica del nuevo ingreso, en muchas ocasiones se olvida el cumplimiento del protocolo de recepción. El momento de ingreso en críticos supone un bloqueo emocional para las familias, por lo cual, se hace especialmente importante la recepción de información por escrito con respecto a las normas y sistemática de la UCI, de forma que se les proporcione un mayor nivel de seguridad. (5, 27)

Uno de los aspectos más valorados y destacados positivamente en las encuestas de satisfacción de los pacientes en la Unidad de Medicina Intensiva Polivalente del Hospital 12 de Octubre (2015) es la accesibilidad y comprensión por parte del personal de enfermería. A pesar de ello, en ocasiones la escasa información proporcionada por enfermería se debe en gran medida al convencimiento de que *“la labor de informar una tarea exclusiva de los*

médicos". Y es ese hecho lo que nos lleva a pensar que la concepción enfermera está aún lejos de considerar a la familia objeto de cuidado en las UCIs, no obstante, ya desde 1855 Florence Nightingale consideraba que *"todo lo que constituye el entorno del paciente es un elemento nuclear en la disciplina de enfermería y, por tanto, la familia se considera parte de este entorno inmediato y necesario."* ⁽²⁷⁾

5.3. Acciones cooperativas e integradoras - Equipo multidisciplinar

Las enfermeras que tratan con experiencias cercanas a la muerte, se enfrentan con que los sujetos poseen aspectos diferentes y únicos de asimilar la muerte dependiendo de sus diferencias socio-culturales y sus formas de ver el mundo y valores.

Se plantea a dicotomía de que el ser humano está separado en *cuerpo y mente*. Las actitudes que tomamos con respecto a los momentos cercanos a la muerte se permean por la cultura. En muchas ocasiones, en la UCI cuando hay una muerte, está precedida de la suspensión o limitación del esfuerzo terapéutico, esto hace que las decisiones sean especialmente difíciles. Teniendo en cuenta esto último, sería necesario, con respecto a los cuidados que se tiene que hacer al paciente y familia, determinar quiénes son los profesionales que lo llevan a cabo, la división y organización del trabajo. Cuando un paciente va a fallecer, tenemos dos opciones; o bien transferirle a una unidad de paliativos o bien hacer que reciba dichos cuidados paliativos por el propio personal de UCI. ⁽⁴⁸⁾ Las herramientas de un enfermero no son sólo sus prácticas y sus cuidados. Sino también conocimientos sobre cultura y sociedad para llegar al cuidado completo del paciente.

Puede existir una tensión entre la enfermería y el equipo médico cuando se trata de humanizar los cuidados paliativos en UCI y en muchas ocasiones las enfermeras prefieren no arriesgarse a exponer su punto de vista con respecto a los cuidados o la propia decisión de limitar el esfuerzo terapéutico. ^(48, 49)

Es una posición compleja la de enfrentarse al intensivista que, al fin y al cabo, es quien tiene la responsabilidad de decisión. Esta controversia, aumenta en los hospitales privados, donde la enfermería parece tener menos voz o estar más desamparada que en la sanidad pública. ⁽⁴⁸⁾

Los valores base; espiritualidad y moralidad con respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico se desarrollan a lo largo de la carrera profesional. La experiencia se convierte en

un arma fundamental para tratar de la mejor forma posible a un paciente paliativo en UCI y afrontar la situación. Las enfermeras cuanto más jóvenes son, se sienten menos preparadas para desempeñar esta tarea. ^(39, 48)

Nuestra obligación moral es proporcionar paz, al paciente al final de la vida, proporcionar los cuidados necesarios y cubrir sus necesidades espirituales. La experiencia de las enfermeras y la habilidad de comunicación con el paciente, la familia y el equipo médico durante el proceso son claves, así como el conocimiento de los valores del paciente y la familia.

Justificación

A la luz de las consideraciones anteriores, es ineludible la estructuración de un Proyecto Educativo que haga posible la formación en comunicación y humanización del personal sanitario. Concretamente, de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos de la Comunidad de Madrid, ya que es un servicio de especial formación clínica, científica y tecnológica, en cambio, presenta lagunas en cuanto a comunicación y humanización; cruciales para el bienestar de familiares y pacientes particularmente vulnerables. Con el objetivo de prestar una formación integral que requiere subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética. Necesita de grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y compasión.

Dicha formación se hace imprescindible para el personal sanitario además del manejo del estrés, inherente a esta Unidad, requiriendo un conjunto de herramientas fundamentales que los profesionales, en mayor o menor medida, presentan carencias curriculares. Esos recursos docentes resultan esenciales para promover y mejorar la formación en humanización.

Pudiéndose hacer extensible los protocolos propuestos en las sesiones formativas a todas las Unidades de Medicina Intensiva españolas interesadas en dicho proyecto y en la formación de su personal para alcanzar las metas propuestas: una UCI humanizada que preste una atención de excelencia centrada en las personas, siendo lugares más amables para los pacientes, las familias y los profesionales.

Proyecto educativo

1. Población diana y captación

La población diana de este proyecto educativo es el personal sanitario; medicina y equipo de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de la Comunidad de Madrid. El mismo tendrá lugar en el aula de formación de dicho hospital.

Indirectamente, la población diana también serán los familiares y pacientes ingresados en dicha unidad; pues serán ellos los beneficiarios últimos del proyecto a través del personal que reciba la formación.

La captación se realizará, previo aviso al departamento del departamento de docencia y formación continuada, además de informar a la supervisión de las Unidades de Cuidados Intensivos sobre la sesión y horarios para dar los permisos correspondientes a su personal y facilitar su asistencia. Así mismo, se pondrán los carteles proporcionados con un mínimo de 10 días de antelación en todas las unidades especializadas, incluyendo folletos donde estará la información sintetizada, concreta y específica de los puntos más importantes del proyecto educativo. Estos últimos se entregarán en mano al personal médico y de enfermería de las unidades críticas; en los folletos vendrá plasmado el contacto del equipo organizativo para la posible resolución de dudas en cuanto a asistencia y materia a impartir.

2. Objetivos

2.1. Objetivos generales

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en las unidades críticas proporcionando más humanidad, cercanía y afectividad.

2.2. Objetivos específicos

- Conocimientos:
 1. El personal comprenderá la situación subjetiva en la que se encuentra el paciente y su familia desde el ingreso.

2. Se analizará exhaustivamente el entorno en el que se encuentra el paciente, la familia y el personal.
 3. El personal relacionará las consecuencias directas e indirectas de una comunicación ineficaz tanto con el paciente y la familia, como entre el equipo; concretamente: médico - enfermera/o.
 4. El personal será capaz de identificar los posibles miedos, necesidades, emocionales y preocupaciones más usuales del paciente y familia en UCI.
 5. Los asistentes enumerarán las diferentes ventajas e inconvenientes de un parte al principio de turno con todos los componentes del equipo.
 6. Comprenderán la necesidad imperiosa del proyecto de humanización que se propone.
- Actitudes:
 7. Los asistentes valorarán las consecuencias emocionales y fisiológicas de un trato deshumanizado.
 8. El personal sanitario verbalizará las estrategias que ellas suelen utilizar para comunicarse con el paciente intubado.
 9. Los asistentes podrán compartir sus experiencias personales con respecto a la humanización.
 - Habilidades:
 10. Demostrar las técnicas aprendidas de lenguaje verbal y no verbal, así como estrategias de comunicación con el paciente crítico y su familia.
 11. Los asistentes entenderán que la responsabilidad final de la implicación de la familia en los cuidados básicos del paciente durante su ingreso corresponde al equipo de enfermería. Se entenderá así mismo las delimitaciones del intrusismo profesional expuestas en la sesión en el punto de "Trabajo en Equipo Multidisciplinar".

3. Contenidos

1ª Sesión: Protocolización ideal.

Entrada: Video motivacional → “*Nuestra profesión, vocación*”.

Imperativo bioético en la UCI (Ensañamiento terapéutico).

Respeto a las voluntades anticipadas (Legalidad vs. Realidad).

Sujeción mecánica. Criterios de inclusión y exclusión.

UCI de puertas abiertas. Ventajas/ Inconvenientes.

2ª Sesión: Formación.

Estrés post-traumático: paciente/ familia.

Implicación de la familia en los cuidados básicos.

Necesidad de información. Marco de competencias comunicativas y limitaciones.

Manejo de la expectación familiar.

Comunicación con el paciente en la UCI.

Técnicas de lenguaje verbal y no verbal.

Comunicación con el paciente intubado.

3ª Sesión: Equipo multidisciplinar

Burnout. Causas y manejo personal.

Apoyo en el equipo.

Medidas básicas de prevención del burnout en gestión.

Comunicación entre el equipo médico y enfermería. De-briefing.

4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

Sesión	Duración	Objetivo específico	Contenido	Técnica	Recursos	Periodicidad
1ª "Introducción a la humanización"	30min	-Reforzar las causas que hacen necesaria la formación. -Conocer la dinámica del taller.	Presentación.	Charla explicativa.	Video motivacional. Guión proyectado.	24 mayo 2017
1ª "Principios bioéticos y repercusión legal"	45min	-Analizar el imperativo bioético del ensañamiento terapéutico en la UCI. -Explicar la importancia del respeto a las IP y VA. -Entender los criterios de inclusión/exclusión de la sujeción mecánica.	Casos reales bioética y legislación.	Tormenta de ideas. Técnicas expositivas y de análisis: alternativas de solución.	Presentación	24 mayo 2017
2ª "Estrés post-traumático"	1h	-Conocer e identificar las causas de estrés post-traumático en paciente y familia. -Valorar la necesidad de la implicación familiar en los cuidados del paciente.	Descripción y analítica emocional del paciente crítico y su familia.	Comparativa de realidades. Foto-palabra Lección con discusión.	Fotos.	26 mayo 2017
2ª "Competencias comunicativas"	1h15 min	-Como comunicarse con el paciente crítico e intubado. -Limitación de las competencias de información.	Manual formativo: comunicación con el paciente, familia y miembros del equipo de UCI.	Rol- play Esquema interpretativo	Imágenes proyectadas (lenguaje no verbal).	26 mayo 2017
3ª "Trabajo en equipo"	1h	-Identificar los factores causales y prevención del "burnout".	Técnicas de relajación.	Video con discusión. Charla-coloquio.	Proyector de video.	28 mayo 2017
3ª "De-briefing"	1h	-Enumerar las ventajas e inconvenientes de realizar un De-briefing al principio del turno enfermería y medicina.	Técnicas de comunicación con los diferentes miembros del equipo multidisciplinar.	Videos situacionales Charla participativa	Proyector de video. Micrófono individual.	28 mayo 2017

Las sesiones tendrán lugar, como se ha mencionado anteriormente, en el aula de formación del hospital con la disponibilidad de un proyector y micrófono. Se realizarán a lo largo de tres días no continuados para facilitar la asistencia y organización de los asistentes.

A mitad de cada sesión, salvo en la primera, se realizará un descanso de 10 minutos. La sesión será abierta a los médicos intensivistas y enfermeras de las diferentes UCIs.

Se considera una sesión "flexible" en el sentido de que, si el departamento de formación comunicase una alta demanda por parte del personal, pero la incompatibilidad de asistencia por el horario, no habría problema en organizar otra sesión más adelante.

Los profesionales docentes que impartirán el curso serán una enfermera especialista en cuidados críticos, una enfermera especialista en comunitaria y un sociólogo que en este caso hará de observador.

Hasta el momento nos hemos centrado en la educación presencial, no obstante, en este caso vamos hacer alarde del buen uso de tecnología con el objetivo de la docencia, creando lo que se llaman figuras mixtas, conocidas como semipresenciales; se abrirá un foro/blog privado entre los participantes y los docentes en el cual se podrá compartir, dudas, experiencias, miedos, artículos y todo aquello que pueda ayudar a consecución de nuestro objetivo, la humanización.

5. Evaluación

5.1. Evaluación de la estructura y el proceso

Va a ser función del observador determinar la eficacia de la captación haciéndose cargo del control de asistencia por parte del personal de UCI y determinara la muestra de personal que venga de otras unidades. Tras cada sesión hará un informe sobre la percepción que ha tenido y un ejercicio de crítica hacia las docentes.

Los propios asistentes harán una evaluación previa a la primera sesión y otra después de la primera (pre-post). La evaluación posterior se realizará también en la segunda y tercera sesión. Concretamente, una encuesta previa a la primera sesión y posterior a la misma. Una demostración de habilidades aprendidas tras la segunda sesión (rol-play) junto con un cuestionario de estado personal (burnout y estrés) y, por último, un test del grado de satisfacción con el taller al finalizar la tercera. [Se adjunta encuesta de satisfacción formativa, encuesta propuesta de satisfacción de los familiares en UCI y encuesta de desgaste profesional]

De esta forma los docentes podrán obtener información y estimar el mérito o valor de la actividad, de manera que ayude a apreciar errores y a tomar decisiones sobre el fenómeno evaluado.

Se parte de la base de que existen dificultades para evaluar cualquier proyecto de educación con respecto a la modificación de comportamientos ya que, suele existir un largo intervalo entre la acción educativa y los cambios estables en los hábitos. Además, los cambios de conducta por parte del personal sanitario no siempre dependen exclusivamente de las actividades educativas.

5.2. Evaluación de resultados

Para la evaluación y posible consecución de los objetivos educativos determinados en el cronograma se evaluará:

En la primera sesión, los conocimientos previos sobre de bioética y deontología clínica. Para esclarecer la falta, o no, de conocimientos previos sobre el tema, y asegurarse de la

efectividad del taller, se realizará la misma encuesta una vez finalizada la primera sesión.

Los conocimientos adquiridos en la segunda sesión se manifestarán de una forma más dinámica; mediante rol- play, pues es necesario una demostración de habilidades (lenguaje verbal y no verbal).

En esta segunda sesión la técnica foto-palabra, no será únicamente un método de docencia sino un análisis cualitativo de auto - observación.

Además, ya que la siguiente sesión consistirá mayoritariamente en el manejo del estrés, al final de la segunda sesión se pasará un test de medición del desgaste profesional, cuyos resultados se darán al principio de la tercera sesión, sirviendo como introducción a la misma.

Los conocimientos de la tercera sesión adquiridos en cuanto a técnicas de comunicación, percepción del trabajo en equipo y valoración del de-briefing será cualitativa, se presentarán videos cortos de situaciones complejas en las que los asistentes tendrán que demostrar sus habilidades comunicativas, se les enseñarán las técnicas y volverán a verse en la misma situación para resolverla con las técnicas aprendidas.

Al final del taller se les pasará una encuesta para evaluar el grado de satisfacción de los asistentes, contando con una pregunta abierta sobre su opinión acerca de la posibilidad de hacer un de-briefing (médicos y enfermeras) al principio del turno en sus unidades, tras haber escuchado sus ventajas, serán los asistentes los que expresen si es factible y las incompatibilidades que pueda presentar desde sus puntos de vista.

A los 3, 6 y 12 meses del seminario educativo, se procederá a la recogida de datos con el objetivo de realizar un estudio observacional que determinará la eficacia y eficiencia del proyecto educativo en los hospitales donde haya sido impartido.

Bibliografía

- (1) Yagüe Sánchez JM. Las enfermeras ante las voluntades anticipadas: un reto jurídico, ético y práctico. ENE. 2012; 6(1): 43-50.
- (2) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Programa de humanización de los cuidados intensivos. 2015:129-232.
- (3) Valentin A. The importance of risk reduction in critically ill patients. Wolters Luwe Health. 2010;16:482-86.
- (4) Verhaeghe S, Dedloor T, Van Zuuren F, Duijnstee M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: a review of the literature. JCN. 2005;14:501-09.
- (5) Blanca Gutiérrez JJ, Blanco Alvaríño AM, Luque Pérez M, Ramírez Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. EG. 2008;(12):1-9.
- (6) Fernandes da Cruz Silva L, Machado Regimar C, Fernandes da Cruz Silva VM, Salazar Posso MB. Estrés del paciente en UCI; visión de los pacientes y del equipo de enfermería. EG. 2013;(32):88-103.
- (7) Ley 41/2002 del 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE N.274 (Nov.15, 2002).
- (8) Yagüe Sánchez, JM. Las enfermeras ante las voluntades anticipadas: un reto jurídico, ético y práctico. ENE. 2012;6(1):43-50.
- (9) Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. JAN. 2007;60(4):384-388.
- (10) Alonso-Ovies A, Heras La calel G. ICU: a branch or hell?. Intensive Care Med. 2016;42:591-2.
- (11) Chamorro C, Romera MA. Pain and fear in the ICU. Med Intensive Care. 2015;39:442-2.
- (12) Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Resolución del viceconsejero de sanidad y director general del servicio madrileño de salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del servicio madrileño de salud. 2017: 1-8.
- (13) Ten Have EC, Nap RE, Tulleken JE. Quality improvement of interdisciplinary rounds by leadership training based on essential quality indicators of the Interdisciplinary Rounds Assessment Scale. Intensive Care Med. 2013;39:1800-7.

- (14) Garry J, Casey K, Cole TK, Regensburg A, McElroy C, Shneider E. A pilot study of eye-tracking devices in intensive care. *Surgery*. 2016;159:938-44.
- (16) Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2007;31:318-25.
- (17) Stiller K. Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review. *Chest*. 2013;144:825-47.
- (18) Long AC, Kross EK, Davydow DS, Curtis JR. Posttraumatic Stress Disorder among Survivors of Critical Illness: Creation of a Conceptual Model Addressing Identification, Prevention, and Management. *Intensive Care Med*. 2014;40(6):820-829.
- (19) Schelling G, Kapfhammer HP. Surviving the ICU does not mean that the war is over. *Chest*. 2013;144:1-3.
- (20) Santiago C, Lazar L, Jiang D, Burns KE. A survey of the attitudes and perceptions of multidisciplinary team members towards family presence at bedside rounds in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30:13-21.
- (21) Zaforteza C. Improving the care of critical patient family members: Agreed on strategies. *Enferm Intensiva*. 2010;21(1):11-19.
- (22) Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *The Joanna Briggs Institute*. 2016;(10):179-232.
- (23) Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014;38(6):371-75.
- (24) Gianini A. The "open" ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiologica*. 2010;76:89-90.
- (25) Westley ME, Ching JM, Sherman SA, Smith IA. Opening the ICU doors. *Healthc*. 2014;2:258-62.
- (26) Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Dominguez Artiga MJ, García Miguélez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A. Measuring the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit and their families. *Med Intensiva*. 2015;39:4-12.
- (27) Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez AI, Fernández Herranz M, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004;28(5):237-49.
- (28) Machado Facioli A, Ferreira Amorim F, Quadros de Almeida KJ. A Model for Humanization in Critical Care. *Narrative Medicine*. 2012;16(4):75-77.

- (29) Calvetti de Medeiros A, Heckler de Siqueira HC, Zamberlan C, Cecagno D, Dos Santos Nunes S, Bergman Thurow MR. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev. esc. enferm. USP*. 2016;50(5): 816-22.
- (30) Warlan H, Howland L, Connelly C. Detection of posttraumatic stress symptoms in patients after discharge from intensive care. *AJCC*.2016;25 (6):509-15.
- (31) Lopes de Almeida TM, Pontes de Azevedo LC, Garcia Nosé PM, Resende de Freitas FG, Machado FR. Risk factors for agitation in critically ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(4):413-19
- (32) Paul RG, Finney SJ. Family satisfaction with care on the ICU: essential lessons for all doctors. *Br J Hosp Med*. 2015;74:504
- (33) Farrel ME, Hunt Joseph D, Shwartz- Barcott D. Visiting hours in the ICU; Finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nursing Forum*. 2005;40(1):18-28
- (34) McAdam JL, Fontaine DK, White DB, Dracup KA, Puntillo KA. Psychological Symptoms of family members of high-risk Intensive Care Unit Patients. *AJCC*. 2012;21(6):386-95.
- (35) Whitton S, Pittiglio LI. Critical Care Open Visiting Hours. *Crit Care Nurs Q*. 2011;34(4):361-66.
- (36) Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, Legriel S, Cariou A, Jaber S et al. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *Eur Respir J*. 2015;45:1341–52.
- (37) Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Porchard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13:482-88.
- (38) Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *JAN*. 2007;60(4):384-88
- (39) Unidad de Cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sn/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- (40) Valentin A, Ferdinand P. Recommendations on basic requirements for intensive care units; structural and organizational aspects. *Intensive Care Med*. 2011;37:1575-87.
- (41) Zheng Ong Y. The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Staff and the Common Coping Strategies Used. *Annals Academy of Medicine*. 2016;45(5):215-18.
- (42) Mealer M, Jones J, Moss M. A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Med*. 2012;38:1445-51.
- (43) Zheng Ong Y, Siddiqui S, Surej John, Chen Z, Chang S. The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Staff and Common Coping Strategies Used. 2016;45(5):215-18.

- (44) Chien-Huai C, Pei-Chi T, Chun-Yu L, Kuan-Huan L, Yen-Yuan C. Burnout in the intensive care unit professionals. *Medicine*. 2016;95-50
- (45) Mohammadi M, Mazloumi A, Kazemi Z, Zeraati H. Evaluation of Mental Workload among ICU Ward's Nurses. *HPP*. 2015;5(4):280-87.
- (46) Cañadas- De la Fuente GA, Albendín- García L, De la Fuente EI, San Luis C, Gómez- Urquiza JL, Cañadas GR. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Rev Esp Salud Pública*. 2016.90:1-9.
- (47) Abraham J, Kannampallil TG, Almoosa KF, Patel B, Patel VL. Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. *J Crit Care*. 2014;29:311.
- (48) Canhizares Evangelista V, Da Silva Domingos T, Cerântola Siqueira FP, Bragal EM. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *REBEn*. 2016;69(6):1037-44
- (49) Freire Baliza M, Szylit Bousso R, Poles K, Rodrigues dos Santos M, Silva L, Paganini MC. Factors influencing Intensive Care Units nurses in end-of-life decisions. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015; 49(4):571-78.
- (50) West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A. Intervention to promote Physician Well- being, Job, Satisfaction, and Professionalism; A randomized clinical trial. *JAMA int Med*. 2014;174:527-33.
- (51) Maslach C, Michael L. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*. 2016;at:07:07.
- (52) Miravalles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.
- (53) Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Encuesta de satisfacción de la actividad formativa.

Anexos

Anexo I: Encuesta de satisfacción de los familiares en UCI

I. Relación con el personal de enfermería

¿Conocía el nombre del personal de enfermería que atendió a su familiar durante la estancia en UCI?

☐ Sí ☐ No

¿Conocía a la supervisora de la UCI?

☐ Sí ☐ No

La relación con el personal de enfermería fue:

☐ Fluída ☐ Poco fluida ☐ Inexistente

Durante el ingreso, ¿recibió por parte del personal de enfermería la información suficiente respecto a horarios, normas de la unidad, etc.?

☐ Sí ☐ No

Diariamente, ¿Cómo definiría usted la relación existente con el personal de enfermería?

¿Estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar diariamente?

☐ Sí ☐ No

Diariamente, ¿estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar con respecto a?:

Higiene del paciente	✓	x
Cuidados de la piel	✓	x
Nivel de comunicación del paciente	✓	x
Nutrición recibida	✓	x
Estado de ánimo del paciente	✓	x
Ayuda espiritual	✓	x

II. Relación con el personal médico

¿Conocían el nombre de los médicos que atendieron a su familiar durante la estancia en UCI?

☐ Sí ☐ No

A su ingreso, ¿fueron informados de la situación clínica de su familiar?

☐ Sí ☐ No

¿Comprendió la información que recibió en el momento del ingreso?

☐ Sí ☐ No

La información que diariamente usted ha recibido de su familiar ha sido:

☐ Clara ☐ Poco clara ☐ Nada clara

Cuando a su familiar le han realizado alguna exploración fuera de la UCI, ¿ha sido informado previamente por el médico?

☐ Sí ☐ No

¿Le parece adecuada la hora de información?

☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido puntualmente, a la hora establecida, la información de su familiar?

☐ Sí ☐ No

¿Qué hubiera cambiado de la información?

III. Condiciones ambientales

¿Le fue fácil localizar la UCI el primer día?

☐ Sí ☐ No

¿Le parece que existe sala de espera en UCI?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo ¿Le parece adecuada la sala de espera?

☐ Muy adecuada ☐ Poco adecuada
☐ Adecuada ☐ Nada adecuada

La sala de información en UCI le ha resultado:

☐ Muy acogedora ☐ Poco acogedora ☐ Nada acogedora

¿En qué aspectos se podría mejorar la sala de información?

.....
.....
.....

¿Cómo le pareció la limpieza, en general de la UCI?

☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Normal
☐ Mala ☐ Muy mala

¿Qué se podría modificar?

.....
.....
.....

¿Qué impresión ha tenido del Box donde se ubicó su familiar respecto a la limpieza?

☐ Aceptable ☐ Poco aceptable ☐ Insuficiente

¿Le parecen suficientes los medios (sábanas, mantas, almohadas...) de que disponemos?

☐ Sí ☐ No

¿Le parece que el mobiliario está?

☐ Actualizado ☐ Poco actualizado ☐ Nada actualizado (viejo, deteriorado...)

¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a?: (Señale en la escala del 0-5 el valor más adecuado) ⁽²⁷⁾

Ruidos:	0	1	2	3	4	5
Iluminación:	0	1	2	3	4	5
Comodidad (cama):	0	1	2	3	4	5
Intimidad	0	1	2	3	4	5

Anexo II: Test de Maslach para el Síndrome de Burnout

Se calificará de 0 – 6 dependiendo de la frecuencia con la que sucedan las siguientes situaciones planteadas:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA.
5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
- Siento que mi trabajo me está desgastando.
- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
- Siento que me he hecho más duro con la gente.
- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- Me siento con mucha energía en mi trabajo.
- Me siento frustrado en mi trabajo.
- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas. ⁽⁵²⁾

Anexo III: Encuesta de satisfacción formativa

Encuesta de satisfacción de la actividad formativa

(no rellenar)

PROYECTO EDUCATIVO

CUESTIONARIO N°: 3

CÓDIGO DEL CURSO:

NOMBRE DEL CURSO: *"Humanización de los Cuidados Intensivos en UCI"*

LUGAR:

FECHAS:

Señale, por favor, en el recuadro correspondiente su valoración del curso en una escala de 1 a 4, donde 1 indica la puntuación más baja y 4 la más alta, en los siguientes aspectos:

ORGANIZACIÓN:

1.- Organización del curso	1	2	3	4
2.- Condiciones del aula para el aprendizaje	1	2	3	4
3.- Duración del curso	1	2	3	4
4.- Horario del curso	1	2	3	4
5.- Atención al alumno	1	2	3	4

ACTIVIDAD FORMATIVA:

1.- Conocimientos adquiridos	1	2	3	4
2.- Duración del curso	1	2	3	4
3.- Horario del curso	1	2	3	4
4.- Atención al alumno	1	2	3	4
5.- Conocimientos adquiridos	1	2	3	4
6.- Metodología	1	2	3	4
7.- Medios pedagógicos	1	2	3	4

EVALUACIÓN GLOBAL:

1.- Cumplimiento de los objetivos del curso	1	2	3	4
2.- Aplicación del contenido a su profesión	1	2	3	4
3.- Opinión global del curso	1	2	3	4

Indique cualquier sugerencia o comentario que desee, sobre los aspectos valorados anteriormente con el objeto de mejorar la actuación formativa: ⁽⁵³⁾

ORGANIZACIÓN:

.....
.....
.....
.....

ACTIVIDAD FORMATIVA:

.....
.....
.....
.....

Anexo IV: Cartel Seminario de Formación

