



**Libro de ponencias  
#4JHUCI**

Vigo. España.  
24-25 de mayo de 2018

El presente documento recoge las comunicaciones presentadas en las cuartas Jornadas de Humanización de los Cuidados Intensivos, celebradas en el Hospital Alvaro Cunqueiro, en Vigo entre el 24 y 25 de mayo de 2018.

ISBN: 978-84-09-02227-4.

Edita: Proyecto HUCI

Vigo, 25 de mayo de 2018

**HUCI** Humanizando  
los Cuidados  
Intensivos

[www.proyectohuci.com](http://www.proyectohuci.com)

*Este libro recoge íntegra y fielmente los trabajos enviados por los autores. La organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido, formato, ortografía o gramática.*

*This book contains entirely and exactly the texts sent by authors. The organisation is not responsible for the opinions expressed, nor the content or grammar.*



# Comunicaciones orales



**1 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE SOBRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE PROFESIONALES PROCEDENTES DE UNA UCI MÉDICA: RESULTADOS PRELIMINARES.**

**7 HOSPILANDIA, ATRAPANDO SONRISAS"**

**10 APP FAMILIARESHUCI FUENLABRADA: HUMANIZANDO LA TECNOLOGÍA PARA LAS FAMILIAS**

**16 PERCEPCIÓN DE UNA MUERTE DIGNA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS Y UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**36 COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO – "O SILENCIO NÃO É DE OURO"**



## EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE SOBRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE PROFESIONALES PROCEDENTES DE UNA UCI MÉDICA: RESULTADOS PRELIMINARES.

Luis Manuel Blanco Donoso. Carlos García Rubio. Eva Garrosa. María Luisa Rodríguez de la Pinta. Universidad Autónoma de Madrid y Dpto. Prevención Riesgos Laborales. Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

luismanuel.blanco@uam.es

4

### Introducción

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) tiene como objetivo ayudar a las personas a aceptar sus experiencias internas negativas, entrar en contacto con el presente y activar acciones congruentes con sus valores personales. El desarrollo de estas habilidades en entornos de trabajo de elevadas demandas podría ser útil para reducir los niveles de malestar.

### Objetivo

El objetivo del estudio fue comprobar si una intervención psicológica breve basada en ACT era capaz de mejorar los niveles de depresión, ansiedad y estrés de un grupo de profesionales sanitarios de una UCI médica.

### Método

En el estudio participaron voluntariamente 21 profesionales, la mayoría mujeres enfermeras (13 en grupo experimental y 8 en grupo control) de un hospital español terciario. Se administraron cuestionarios antes y después de la intervención de depresión, ansiedad y estrés. La intervención se llevó a cabo en tres sesiones, utilizando un formato estandarizado.

### Resultados:

El análisis de covarianza reflejó que el grupo experimental disminuyó niveles de depresión ( $F = 6.98$ ;  $p = .017$ ) y de estrés ( $F = 5.95$ ,  $p = .025$ ) de forma significativa en comparación con grupo lista de espera, no siendo así en ansiedad ( $F = 1.33$ ,  $p = .262$ ). Por otro lado, la comparación de medias dentro de cada grupo al término de la intervención reflejó un cambio significativo en los niveles de estrés dentro del grupo experimental ( $t = 2.82$ ,  $p = .015$ ). La satisfacción con la intervención por parte de los profesionales fue elevada, encontrándola útil.

### Discusión

La Terapia de Aceptación y Compromiso ofrece un marco posible para la promoción de la salud mental dentro de las organizaciones sanitarias y en este estudio se ha reflejado su potencial para disminuir los niveles de depresión y estrés de los profesionales.

### Bibliografía

Blanco Donoso, L. M., García Rubio, C., Moreno Jiménez, B., de la Pinta M. L. R., Moraleta Aldea, S., & Garrosa, E. (2017). Intervención breve basada en ACT y mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias. *International Journal of Psychology and Psychotherapy*, 57-63.

Bond, F. W., y Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 156-163. doi: 10.1037//1076-8998.5.1.156

Bond, F. W., y Hayes, S. C. (2002). ACT at work. In Bond, F. and Dryden, W. (Eds.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (pp. 117-140). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470713020



Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., y Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19(1), 26-35. doi: 10.1097/00004650-200501000-00008

Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour research and therapy*, 48(8), 816-820.

Finnes, A., Ghaderi, A., Dahl, J., Nager, A., & Enebrink, P. (2017). Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and a Workplace Intervention for Sickness Absence Due to Mental Disorders. *Journal of Occupational Health Psychology*. Advance online publication.

<http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000097>

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1).

Waters, C. S., Frude, N., Flaxman, P. E., & Boyd, J. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for clinically distressed health care workers: Waitlist-controlled evaluation of an ACT workshop in a routine practice setting. *British Journal of Clinical Psychology*.



**HOSPILANDIA, ATRAPANDO SONRISAS"**

Manuela Figueira. Alba Taboada, Elena Corral. Cristina Sanmartín. Marisol Gándara. María Jesús Iglesias.

Hospital Materno Infantil de A Coruña, Hospital Universitario del Álvaro Cunqueiro, Servicio Madrileño de Salud

hospilandia@hotmail.com

6

**Introducción**

Hospilandia es una apuesta de un grupo de profesionales sanitarios de enfermería del Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña por querer hacer un hospital diferente en el que los niños y familiares se sientan más cómodos y refleja a su vez nuestra inquietud como profesionales sanitarios para crear actividades específicas y de calidad para transformar la cara amarga del entorno hospitalario en una cara más amable. Trabajamos por la humanización en todas las unidades de pediatría del hospital: unidad de Lactantes, unidad de escolares, hospital de día pediátrico, UCI de Pediatría y UCI neonatal.

**Objetivos**

Objetivo general: desdramatizar el ambiente hospitalario y colaborar en la humanización y normalización del mismo.

Objetivos específicos:

- Crear un lenguaje comprensible, abierto, activo y adecuado para los niños, hermanos y familiares.
- Contagiar del espíritu de hospilandia a todos los trabajadores del hospital.

**Metodología**

Proyectos desarrollados:

- Cambio de los uniformes de los profesionales sanitarios de las áreas de Pediatría, decoración de los espacios, etc.

Cambio de uniformes en las Áreas de Pediatría

Proyectos Audiovisuales:

- Proyectos de Educación para la Salud. [https://www.youtube.com/watch?v=R9J3zpsFs\\_A](https://www.youtube.com/watch?v=R9J3zpsFs_A)

Proyectos en Las Fiestas del Hospital:

Obra de teatro "Paquita va al espacio" junio 2015

Obra de teatro "Mientras Papá Noel no estaba" dic.2016

Obra de teatro "Cocollina, una gallina especial" junio 2016-2017

Animación por las plantas y por las unidades de UCI Neonatal y Pediátrica:

- Coincidiendo con las fiestas anuales y con fechas señaladas para los niños (Halloween y Carnavales)

UCI Neonatos /Fiesta de Halloween nov.2014

Fiesta de Halloween nov.2016

UCI Pediatría / Actividades de Lectura.

**Resultados**

La asistencia a las fiestas ronda entre las 50 y las 60 personas.

El resultado de las encuestas de satisfacción es muy positivo mostrando un gran impacto en el bienestar de los niños y sus familias durante su estancia hospitalaria.

A través de nuestro twitter se pueden ver alguna de las actividades que realizamos.

<https://twitter.com/Hospilandia>

### Discusión

Gracias a Hospilandia nos hemos dado cuenta que un proceso serio de humanización exige la necesidad de intervenir en el interior de los profesionales que cuidan. No se trata de humanizar a los otros, sino que yo he de ser y vivir humanamente para transmitir humanidad.

Gracias a nuestro pequeño granito de arena hemos sido capaces de contagiar del espíritu de Hospilandia a muchos compañeros y cada vez somos más los que creemos en un cuidado personalizado y más humano en donde se combina la armonización entre valores procedentes del conocimiento científico- técnico especializado con valores del conocimiento global y humanístico. Queremos dar las gracias a todos los niños y familiares de las Unidades de Pediatría del Hospital Teresa Herrera-Materno Infantil porque gracias a sus sonrisas agradecidas y a su gran ilusión en las actividades nuestro trabajo tiene UN GRAN SENTIDO.

### Bibliografía

Para la elaboración de la memoria se consultaron libros y páginas web que se enumeran a continuación:

- Martín E.P. Seligman [experto en felicidad en las organizaciones]. "La auténtica Felicidad" ISBN 84-666-114
  - Carmelo Vázquez "Optimismo inteligente" ISBN 978-84-206-5288-7
  - SantiagoVázquez "La felicidad en el trabajo y en la vida" ISBN 978-84-9056-338
  - Hildegard E. Peplau,1992 "Relaciones Interpersonales en Enfermería" ISBN: 9788445801486
  - Rafael Santandreu, Grijalbo, 2014 "Las Gafas de la Felicidad" ISBN 978-84-2535-212-6
  - David McCandless, Integral, 2010 "La Información es Bella" ISBN 978-84-9298-124-3
- Páginas Web:
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Martin\\_Seligman](http://es.wikipedia.org/wiki/Martin_Seligman)
  - <http://www.rafaelsantandreu.es/libros>
  - <http://www.francovoli.com/enfermera-contenta-paciente-que-mejora>



**APP FAMILIARSHUCI FUENLABRADA: HUMANIZANDO LA TECNOLOGÍA PARA LAS FAMILIAS**

Enrique García García, M<sup>a</sup> Ángeles de la Torre Ramos, Marcos Rubio Pérez, Noelia González Sedeño, M Jesús Luengo Alarcia, Adela María Caballero Perea.

Hospital Universitario de Fuenlabrada

enrique.garcia.garcia@salud.madrid.org

8

**Introducción:**

Involucrados en el proyecto InnovaHUCI, cuyo fin es la prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome post-cuidados intensivos (PICS), se desarrolla una aplicación (APP) móvil para los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Fuenlabrada (UCI-HUFL).

**Objetivos:**

Dentro del entorno de la humanización de los cuidados intensivos de la UCI-HFL se buscó con esta APP:

- 1 Informar, dar apoyo y cuidar a los familiares de los pacientes de la UCI-HUFL.
- 2 Crear, desarrollar e implementar una APP con capacidad de ser actualizada y mejorar su calidad.
- 3 Promover y favorecer el uso de diarios para el paciente de UCI que disminuyen el trastorno de estrés postraumático del paciente al alta.

**Metodología:**

Durante enero-febrero de 2018 Enrique García se formó como desarrollador de APPs. Desde InnovaHUCI se propone la creación de una página web para familiares de la UCI-HUFL. Tras un análisis inicial se decide crear una APP: FamiliaresHUCI Fuenlabrada.

Esta app consta de cuatro puntos:

- “Acogida al familiar”: información en los primeros momentos.
- “El familiar experto”: temario más específico.
- “Información de interés”: localización, teléfonos.
- “Diario del paciente”: Donde podrán tomar notas diariamente del paciente, para ayudarles en su recuperación posterior.

Este temario se repartió entre los miembros de UCI-HUFL. Una vez escrito se lanzó la APP en Google Play, pendiente de Apple. Se incluyeron dos correos como medio de feedback.

**Resultados:**

Ha transcurrido poco tiempo desde el lanzamiento y el retraso en Apple, dificulta la valoración de los resultados. La muestra de usuarios de momento es baja. La repercusión mediática obtenida ha sido importante. Respecto al objetivo principal, nuestros familiares, ya estamos recibiendo el feedback.

**Discusión:**

Se ha objetivado que la participación de los familiares en la UCI es beneficioso para el paciente, disminuye el PICS y el PICS-Familiar. Para que el familiar se sienta seguro en este medio se ha diseñado la APP FamiliaresHUCI Fuenlabrada. Con esta herramienta se pretende establecer un enlace mayor entre la

UCI-HFL y el familiar con el fin de conseguir incorporar a estos a nuestro equipo diario de trabajo.

Hasta el momento es la primera APP realizada en una UCI que incorpora el diario del paciente y cuyo objetivo es dar apoyo y cuidar al familiar.



**Bibliografía:**

-Velasco J.M, Alonso A., Heras G., Zaforteza C, Equipo de investigación del Proyecto HUCI (Humanizando los Cuidados Intensivos). Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2017 nov 3. doi: 10.1016/j.medin.2017.09.007. [Epub ahead of print].

-Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enfermería Intensiva. 2012; 23:51-67.



**PERCEPCIÓN DE UNA MUERTE DIGNA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS Y UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Mario Parreño Jareño, Miguel Ángel García García, M<sup>a</sup> Dolores Pardo Ibáñez, Julio Saiz Jiménez, Julián Pérez García, Inmaculada Carcelén Rodenas

Complejo Hospitalario Universitario Albacete

marioparreojareo@yahoo.es

10

La muerte es un suceso natural que suscita un gran impacto emocional, lleno de temor, miedo y fragilidad. El proceso de morir con dignidad es un punto clave en la humanización y estandarización de los cuidados entre los profesionales de enfermería.

**Objetivos**

- Determinar la percepción sobre una muerte digna desde la perspectiva del personal de enfermería de UCI-REA y paliativos del Complejo Hospitalario de Albacete.
- Identificar qué aspectos son los más significativos, necesarios y menos esenciales durante este proceso.
- Definir otras variables (edad, creencias, hijos...) influyentes en la percepción de la muerte digna.

**Metodología**

- Estudio descriptivo y transversal, la información ha sido recogida mediante "La escala de percepción de muerte digna", validada y utilizada en otros estudios<sup>14</sup>.
- Aprobado por el CEI área salud de Albacete.
- Encuesta anónima y autoadministrada.

**Resultados**

Tasa de respuesta del 60%, 117 encuestas válidas. Los ítems con un índice significativo están relacionados con el disfrute de la familia en los últimos días (98,8%), despedirse de las personas queridas (96%), vivir en circunstancias tranquilas (93%), contar con personas que puedan escucharles (93%), estar calmado y relajado (92%) y la toma de decisiones, concepto fundamental del principio de autonomía (87%). Siendo menos significativa mostrar debilidad física a la familia (35%). Existen discrepancias, entre otras, no ser una carga para la familia según la presencia (el 74% considera Totalmente/necesario) o ausencia de hijos (el 45% lo considera innecesario).

**Discusión**

La perspectiva profesional pone en manifiesto la importancia en puntos significativos que forman un pilar fundamental de la Humanización en el proceso de la muerte, donde los profesionales reflejamos nuestra necesidad de acciones de humanización en un momento donde el ser humano además de ser frágil necesita sentirse más cerca que nunca de su entorno, siendo este el más idóneo para un camino tan difícil como es el final de nuestra vida.

**Bibliografía**

- 1.- Limonero JT. Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1994 [consultado 1 Noviembre 2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/5458>
- 2.- Ogando B, García C. Morir con propiedad en el siglo XXI. RevCalidAsist [Internet]. 2007 [consultado 1 Noviembre 2017]; 22(3):147-53. Disponible en: <https://goo.gl/bjySKw>
- 3.- Gómez Arca M. Enfermería en el proceso de humanización de la muerte en los sistemas sanitarios. EnfermClin. 2014; 24(5): 296-301



- 4.- Sepúlveda S. Muerte digna y realidad asistencial en el entorno hospitalario [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 2014 [consultado 1 Noviembre 2017]. Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/8495>
- 5.- Espinar V. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. CuadBioet [Internet]. 2012 [consultado 8 Octubre 2017]; 23 (1): 169-76. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2012/23/77/169.pdf>
- 6.- Ibáñez M. El significado de morir dignamente desde la perspectiva de las personas cuidadoras: estudio fenomenológico [Internet]. 2016 [consultado 20 Octubre 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862116300912>
- 7.- Cornejo Sánchez C, Fernández Prieto P, Gómez Fernández P, García García M, Losada García A, Del Castillo Arévalo F. Las enfermeras comunitarias ante el derecho a morir dignamente. RqR Enfermería Comunitaria [Revista SEAPA]. 2014 Nov; 2 (4): 6-20
- 8.-Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. [Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. [Consultado 10 Octubre 2017]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_428\\_Paliativos\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf)
- 9.- Villamizar E. El morir y la muerte en la Sociedad Contemporánea. Revista Gerencia y políticas de Salud [Internet]. 2002 [consultado 10 Octubre 2017]; 1(2): 265-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54510207>
- 10.- García MP. Pensar en paliativo. Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y provincia [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2008 [consultado 20 Octubre 2017]. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1951/1/17573312.pdf>
- 11.-Paredes Escobar María Cristina. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. Acta bioeth. [Internet]. 2012 Nov [citado 2017 Nov 19] ; 18(2): 163-171. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000200004>.
- 12.-Velasco Sánchez, M<sup>a</sup> Ángeles; Domínguez Carranza, M<sup>a</sup> Dolores; Reina Jiménez, Manuel; Estepa Osuna, M<sup>a</sup> José; Peinado Barraso, M<sup>a</sup> Carmen; Luque Ramírez, Juan Manuel. Protocolo de investigación cualitativa: Explorar la cultura de los profesionales sanitarios del ámbito hospitalario sobre morir dignamente y su regulación legal. Rev Paraninfo Digital, 2011; 14. [Consultado el 19 de Noviembre del 2017] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/152d.php>
- 13.- Caetano JA, Soares E, Andrade LM, Ponte RM. Cuidado humanizado en terapia intensiva: un estudio reflexivo. Esc Anna Nery RevEnferm. 2007;11(2):325-30
- 14.-Morais Inês Motta de, Nunes Rui, Cavalcanti Thiago, Soares Ana Karla Silva, Gouveia Valdiney V. Percepciones de estudiantes y médicos sobre la "muerte digna". Rev. Bioét. [Internet]. 2016 Apr [Consultado el 19 de Noviembre del 2017]; 24(1): 108-117. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198380422016000100108&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422016000100108&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241112>.
- 15.- Sepúlveda J, Morales J, Morales I, Canea J, Crespillo E, Timonet E. El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: un estudio cualitativo. EnfermClin. 2014; 24(4): 211-218.

**COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO – “O SILENCIO NÃO É DE OURO”****COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO CRÍTICO - "EL SILENCIO NO ES ORO"**

Joana Mendes, Diana Terra, Ana Cristina Guerra, Ana Peixoto, Filipa Seabra, Irene Aragão.  
UCIP – Hospital de Santo Antonio. Centro Hospitalar do Porto. Porto – Portugal

acris.guerra@gmail.com

12

**Introducción**

El enfermo crítico presenta dificultades graves de comunicación provocadas por la gravedad de la enfermedad aguda, por las alteraciones en el estado neurológico y por las barreras mecánicas que vienen del nivel de soporte y cuidados médicos que necesita.

Existen estudios que demuestran la relación existente entre la incapacidad de hablar y sentimientos de pánico, de rabia, de inseguridad, alteraciones del sueño y nivel de estrés, vivencia de preocupación y miedo.

Aunque se reconozca la importancia de la comunicación en la UCI, existen pocos estudios donde intervengan los terapeutas del habla o de técnicas de Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA) que testen la compensación de las dificultades de la comunicación en este contexto.

**Objetivos**

Mejora de la comunicación con el enfermo crítico y su familia, a través del proyecto de intervención en el área de la CAA con formación a los profesionales de la UCI.

**Metodología**

Estudio prospectivo y longitudinal en 3 fases: conocer y analizar las prácticas de comunicación en la UCI y recoger la opinión de los enfermos y/o familia; ofrecer formación en CAA al equipo; analizando el impacto de las competencias de comunicación del profesional en la interacción con el enfermo crítico y familia dos meses después. Fue necesario desarrollar herramientas de evaluación específicas para el ambiente de medicina intensiva y validarlos:

- Tablas de observación con grabaciones de video de interacciones por equipo externo de terapeutas del habla [Del Pico L, Saltini A, Zimmermann C, Dunn G. The Verona Medical Interview Classification System: VR-MICS. 2005]
- Cuestionario dirigido a los enfermos e/o familia para evaluar su satisfacción en lo que concierne a la comunicación verbal y no verbal [Victoria Magnus, Leisa Turkington. Communication Interaction in ICU – Patient and staff experiences and perceptions. 2006].

**Resultados**

Presentamos la aplicación de la primera fase del proyecto (T0), con descripción de la tabla de observaciones y resultados de los cuestionarios "piloto" aplicados para el ajuste de la formulación final. La mayoría de los enfermos consideró la comunicación de los profesionales frecuente, de media dificultad, aunque la mayoría no comprendió la razón por la cual no conseguía hablar y/o comunicar. Por otro lado, cerca de la mitad refería no haber recibido orientaciones para la comunicación, y las herramientas de ayuda mas indicadas fueron la escrita en papel, cuando existían. Un de los aspectos más importante fue la información privilegiadas de la familia sobre la evolución clínica en detrimento del enfermo.

**Discusión**

Es prioritario enterarnos del ejercicio de la comunicación en nuestra UCI y de la vivencia de esa comunicación por nuestros enfermos, y analizamos su forma y eficacia para que podamos realizar programas de mudanzas y mejoría. No hay todavía metodología específica en ambiente de enfermedad



crítica. La colaboración de los profesionales dedicados a la área de comunicación será importante en la implementación de estrategias de comunicación alternativa.

**Bibliografía**

Elliot, R., & Wright, L. (June de 1999). Verbal communication: what do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients? *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6), 1412-1420.

Happ, M. B. (2000). Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Social Science & Medicine*, 1247-55.

Menzel, L. K. (Jul-Aug de 1998). Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak. *Heart Lung*, 4, 245-52.

Stein-Parbury, J., & McKinley, S. (Jan de 2000). Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *American Journal of Critical care*, 9 (1), 20-7.



## Comunicaciones tipo Póster



2	USO Y PROTOCOLIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN TERAPÉUTICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
3	“CUANDO LA MÚSICA TE ALCANZA, NO SIENTES DOLOR” (BOB MARLEY)
5	LA ENFERMERA REFERENTE: ¿UN CUIDADO MÁS HUMANO?
6	IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE DELIRIO EN PACIENTES DE CIRUGÍA CARDIACA.
8	SUEÑO Y DESCANSO DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS EN REANIMACIÓN.
9	“CUIDANDO Y HUMANIZANDO A TRAVÉS DE LA MÚSICA”
11	ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS PARA HUMANIZAR LA ASISTENCIA ¿PERCIBEN LO MISMO LAS FAMILIAS Y LOS PACIENTES?
12	LA ESTIGMATIZACIÓN DEL USO DE LAS CONTENCIÓNES EN LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS INGRESADOS EN H-UCI.
13	¿HA INFLUIDO LA HUMANIZACIÓN EN EL RUIDO GENERADO EN NUESTRA UCI? POSIBLES CONSECUENCIAS EN LA ESTRATEGIA DE SEDACIÓN
14	LA VOZ DEL SILENCIO. HUMANIZANDO UCI CON APPS
15	“USO DEL DIARIO DE UCI PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DEL POST INTENSIVE CARE SYNDROME EN PACIENTES SOMETIDOS A SEDACIÓN Y VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO CARDIOVASCULAR ADULTO DE CLÍNICA SANTA MARÍA”.
17	PROYECTO INNOVAHUCI: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTCUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA (HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS).
18	CLIMA LABORAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA COMO PUNTO DE PARTIDA PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN PRESTADA
19	¿ES EL CONFLICTO INTERGENERACIONAL UN AGUJERO NEGRO EN LA HUMANIZACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS?: LAS EMOCIONES Y LA AUTOEFICACIA COMO FACTORES CLAVE DEL PROCESO.
20	EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA COMISIÓN DE HUMANIZACIÓN DE LA UCI: EXPERIENCIA MULTIPROFESIONAL
21	FACTORES RELACIONADOS CON EL RÉGIMEN DE VISITAS PERMISIVO
22	HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE MORIR EN UCI
23	AFRONTAMIENTO EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE LA HUCI
24	INTERVENCIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA IMPLANTAR VISITAS FLEXIBLES EN UCI
25	“SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL PACIENTE SÉPTICO INGRESADO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA DURANTE EL AÑO 2016”
26	PROYECTO UCICONH. CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS Y SU VALORACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO ASISTENCIAL
27	EVALUACIÓN DE LAS “IV JORNADAS AL OTRO LADO DEL PIJAMA” COMO ACTIVIDAD PARA PROMOCIONAR LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
28	¡VOLVEMOS A CASA!
29	SHHH... SE DUERME!!!
30	PROYECTO GYM-UCI
32	“LA LIMITACIÓN DEL SOPORTE VITAL COMO PRIMER PASO HACIA LA HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA INTENSIVA”
33	¡EL APOYO AL FINAL DE LA VIDA TAMBIÉN HUMANIZA!
34	CONTRIBUCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL MANEJO DEL PACIENTE EN UCI
35	ESTRATEGIAS MENSUALES DE UN PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA
37	MEJORA DEL BIENESTAR Y PUESTA EN VALOR DE LA DIGNIDAD DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS DE UN HOSPITAL GENERAL
38	ELABORACIÓN DE UNA INFOGRAFÍA PARA COMUNICAR Y DIFUNDIR UN PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS BASADO EN LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS (INNOVAHUCI)
39	HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS: COMENCEMOS POR EL DESCANSO
40	HUMANIZACIÓN DE LAS FAMILIAS MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS (CCFNI)
42	ESCUELA DE RCP PARA FAMILIARES DE UCI. IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
43	¿QUEDA ALGUIEN POR INFORMAR?



## USO Y PROTOCOLIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN TERAPÉUTICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Concepción Faura Santos. Evelin Bernal López. Evelin Bernal López. Ariana Ponce González. María Cruz Martín Delgado.

Hospital Universitario de Torrejón.

cfaura@torrejonsalud.com

16

### **Introducción:**

El uso de Contenciones Físicas (CF) es aquella intervención terapéutica extrema en la cual se utilizan dispositivos inmovilizadores que limitan la libertad de movimientos del paciente con el fin de garantizar la seguridad del mismo o de los demás.

Se trata de una acción con connotaciones ético legales y no exenta de riesgos que debe utilizarse como medida extrema, y plantearse como la última indicación terapéutica una vez agotados todos los abordajes alternativos.

### **Objetivos:**

Proporcionar a los profesionales sanitarios y no sanitarios que colaboren en el manejo de los pacientes que precisan Inmovilización terapéutica (IT) conocimientos, herramientas y las pautas necesarias para realizar un manejo efectivo, seguro, ético y respetuoso del paciente crítico con IT.

### **Metodología:**

Tras realizar una búsqueda en bases de datos (PubMed, Cochrane Library Plus, Web of Knowledge, Medline Plus, Up to Date, Índice de enfermería, Dialnet, Google académico) se normalizan las actuaciones respecto al uso de IT usando registros de su aplicación, seguimiento... que permitan posteriormente su evaluación.

### **Resultados:**

Es llamativo que solo conociendo las implicaciones legales que pueden derivar del uso fraudulento de las CF se reduce su uso y se concientiza a los profesionales de la importancia de formación específica sobre abordajes alternativos y necesidad de contar con un protocolo multidisciplinar que regule su uso, especialmente en pacientes críticos vulnerables por su situación de gravedad y dependencia.

### **Discusión:**

La Inmovilización con CF es una terapia aplicada en muchas ocasiones por falta de conocimientos, criterios y sin regulación ni protocolos asistenciales unificados. Modular su uso de manera interdisciplinar será beneficioso para los pacientes y para los profesionales garantizando la seguridad y confort del paciente crítico respetando los principios generales de proporcionalidad, mínima restricción, medida temporal, valoración individualizada de la necesidad de su uso y utilización de la IT como último escalón del abordaje terapéutico.

**“CUANDO LA MÚSICA TE ALCANZA, NO SIENTES DOLOR” (BOB MARLEY)**

Evelin Bernal López. Concepción Faura Santos. Ariadna Ponce González. María Cruz Martín Delgado.

Hospital Universitario de Torrejón.

ebernal@torrejonsalud.com

17

**Introducción:**

La musicoterapia es uso de la música y/o sus elementos en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el movimiento, la expresión y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia en UCI puede favorecer el bienestar físico y emocional de los pacientes críticos y sus familias a través de la estimulación cognitiva y motora y/o favoreciendo la reducción del estrés y ansiedad en situaciones emocionalmente críticas.

**Objetivos:**

Describir la puesta en marcha de un programa de musicoterapia, la satisfacción de los profesionales y la percepción del impacto en el funcionamiento de la unidad.

**Metodología:**

Se inicia un programa sesiones de musicoterapia, promovidas por “Fundación Diversión Solidaria,” en la UCI polivalente del Hospital Universitario de Torrejón. El programa consta de sesiones de 20 minutos por paciente / 90 minutos, 1 día por semana desarrolladas por dos musicoterapeutas profesionales. La selección de paciente se consensua de forma multidisciplinar, siendo candidatos preferentes pacientes con media o larga estancia en los que la terapia puede tener un mayor impacto y efecto sumativo. Se solicita el consentimiento al paciente y o familia. Se recogen como variables la duración de la sesión, los gustos musicales del paciente, si está acompañado, los instrumentos utilizados y se describe cómo transcurre la sesión, así como si el paciente y la familia declinan la sesión y el motivo.

**Resultados:**

En 9 semanas se han realizado 59 sesiones, en 29 pacientes (entre 1 y 6 sesiones por paciente). Un porcentaje elevado de pacientes/familias aceptan participar. La satisfacción de los profesionales fue elevada, sin interferir en el funcionamiento de la unidad.

Discusión: Los primeros resultados de la puesta en marcha de un programa de musicoterapia son positivos tanto para pacientes, familias y profesionales.

\*Proyecto financiado por “Fundación Diversión Solidaria,”

**LA ENFERMERA REFERENTE: ¿UN CUIDADO MÁS HUMANO?**M<sup>a</sup> Jesús Mármol Cubillo; Mercè Solà Ferrer

Althaia Xarxa Assistencial de Manresa

mmarmol@althaia.cat

18

**Introducción**

La Enfermera Referente es la persona de referencia del paciente, su función es velar por su bienestar y cuidados desde su ingreso hasta el alta.

La creación de esta figura se realiza a partir de la idea de crear un sistema de atención efectivo-personalizado para paciente-familia.

La alta especialización tiende a fragmentar la asistencia: Macroexpertos en microtemas: sistema asistencial centrado en la enfermedad y no en la persona.

Por tanto, diremos que sus funciones son:

- Ofrecer al paciente una cura integral, atender la familia y estar a su lado en todo momento
- Proporcionar instrumentos para que gestionen el estrés que provoca el ingreso.

**Objetivo General:**

Crear un clima de confianza, individualizando los cuidados.

**Objetivos Específicos:**

- Ser el punto de referencia para los pacientes y su familia.
- Garantizar la continuidad de cuidados durante el proceso y minimizar la variabilidad.
- Crear una estructura de trabajo que permita al paciente reconocer a una enfermera como responsable de sus cuidados.
- Mejorar la motivación y la satisfacción de la enfermera.

**Material Y Métodos:**

Recogida de opiniones mediante encuestas de satisfacción.

Soporte informático Excel.

Encuestas a enfermería.

**Resultados:**

Recogidas 288 encuestas durante 2017, de las cuales el 76'2% de los pacientes dicen reconocer a su Enfermera Referente, (el 78'2% de los cuales saben el nombre de su enfermera); y el 9'1% de los pacientes no la reconocen, el 12'7% no saben/no contestan.

El 90% de las enfermeras reconocen que ser profesional de referencia le proporciona mayor satisfacción a nivel personal y profesional.

**Conclusiones:**

Esta figura juega un papel crucial en todo el proceso de planificación de curas y cuidados para el enfermo.

Ofrece un papel imprescindible de soporte emocional para el paciente y familia.

Los pacientes reconocen a su Enfermera Referente en su gran mayoría, pero entendemos que es insuficiente: tendría que ser del 100%.

**Bibliografía:**

1.Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

2. Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A.Davis Company; 2005.
3. Balanza N. El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado. *CiencEnferm.* 1997; 3(1):59-68.
4. Gutiérrez González MP, Núñez Carrasco ER, Rivera CL. Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario. *Enfermería.* 2002; 37(120): 29-33.
5. Rivas Riveros E. Posicionamiento de la enfermería: sustentabilidad y proyección. *Enfermería.* 2003; 38(124):22-7.
6. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI; 1991.
7. Merhy EE. Saída: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
8. Parsons T. El sistema social. Madrid: Alianza; 1999.
9. Parsons T, Bales RF, Shils EA. Apuntes sobre la teoría de la acción. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
10. Bulteman I, compiladora. Pensando las instituciones, sobre teorías y prácticas en educación. Buenos Aires: Paidós; 1996. p. 140-61.
11. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes; 1999. p. 29-56.



## IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE DELIRIO EN PACIENTES DE CIRUGÍA CARDIACA.

Ana Belén Martín-Santos. M<sup>a</sup> Elena Fernández- González. M<sup>a</sup> José Escudero- Estefanía. Esther Andrea Bernal- Bernal.

Hospital Clínico Universitario De Valladolid.

malenifg@ono.com

20

### Introducción:

En Cirugía cardiaca existe un incremento de la incidencia de delirio respecto a otras cirugías debido a la suma de factores predisponentes, intraoperatorios y postoperatorios.

El delirio se asocia a peores resultados clínicos, aumentando los días de estancia hospitalaria y la morbimortalidad a los seis meses del alta.

Los profesionales de enfermería son clave para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento.

### Objetivos:

Implementar un protocolo de medidas de tratamiento no farmacológicas para manejo de delirio.

Implantar un protocolo de medidas de tratamiento no farmacológicas para manejo de delirio.

### Metodología:

El estudio tuvo lugar en la Unidad de Reanimación Cardiaca de un Hospital de la red de Sacyl.

La implementación se llevó a cabo mediante las siguientes acciones:

1-Búsqueda bibliográfica en Pubmed, Chrochane, Scielo y Cuiden.

2-Formación del equipo multidisciplinar en el manejo de escalas sobre analgesia, sedación y delirio.

3-Identificación de factores predisponentes y precipitantes del delirio.

5-Elaboración de protocolo de medidas no farmacológicas para la prevención del delirio consensuado con expertos.

La implantación se realizó siguiendo estos pasos:

1-Modificación de la gráfica para su registro.

2-Instauración de registros de la EVN (Escala visual numérica), ESCID (Escala conductas indicadoras de dolor), RASS [ Richmon Agitation-Sedation Scale] y la herramienta CAM-ICU [ Confusion Assessment method for the intensive Care Unit].

3-Difusión de medidas no farmacológicas para el tratamiento del delirio, mediante sesiones clínicas al equipo.

### Resultados:

- Implementación del protocolo de medidas no farmacológicas para la prevención del delirio.
- Pilotaje durante un mes, a 55 pacientes del Servicio de Reanimación Cardiaca del Hospital, durante el cual no se detectaron dificultades en su aplicación.
- Implantación definitiva del protocolo.

### Discusión

La implantación de un protocolo de medidas no farmacológicas podría ser una herramienta útil para el manejo y control del delirio.

## Bibliografía

1. Alcoba Pérez Á, Ciria Poza S, Carracedo Catalán C, García Fernández A, Marcos Vidal JM. Valoración de la concordancia entre la escala CAM-ICU y la nursing delirium screening scale en el postoperatorio de cirugía cardíaca en una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2014 Jul [cited 2018 Jan 18];25(3):100–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239914000297>
2. Cachón-Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 Jan 18];25(2):38–45. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239913000916>
3. Rivosecchi RM, Smithburger PL, Svec S, Campbell S, Kane-Gill SL. Nonpharmacological interventions to prevent delirium: an evidence-based systematic review. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2018 Feb 8];35(1):39–50; quiz 51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25639576>
4. Palencia Herrejón E. Diagnóstico del delirio en el enfermo crítico. *Med Intensiva* [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2018 Jan 17];34(1):1–3. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021056910900134X>
5. Burry LD, Hutton B, Guenette M, Williamson D, Mehta S, Egerod I, et al. Comparison of pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a protocol for a systematic review incorporating network meta-analyses. [cited 2018 Feb 8]; Available from: [https://pubmed.publicaciones.saludcastillayleon.es/pmc/articles/PMC5016934/pdf/13643\\_2016\\_Article\\_327.pdf](https://pubmed.publicaciones.saludcastillayleon.es/pmc/articles/PMC5016934/pdf/13643_2016_Article_327.pdf)



**SUEÑO Y DESCANSO DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS EN REANIMACIÓN.**

M<sup>a</sup> Pilar Aragón Albillos. M<sup>a</sup> Carmen Rodríguez Morán. Jesús del Río Moro.

H.C.U. de Valladolid

pilar.aragon@movistar.es

22

**Introducción:**

El descanso nocturno de los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación puede sufrir interrupciones debido a múltiples factores presentes en nuestra unidad, además de las ligadas al propio proceso de la enfermedad.

Una de las necesidades diarias del ser humano es el sueño. El sueño permite el descanso de cuerpo y mente; sin embargo, durante una hospitalización esta necesidad se puede ver perturbada. Esta situación conlleva un aumento del estrés que sufre el paciente, y además, la falta de sueño provoca diversos problemas psicológicos y físicos que alteran la recuperación del paciente y que pueden llevar a complicarla más aún. Para prevenir esta situación, el personal de enfermería debe establecer medidas que favorezcan un entorno de descanso para el paciente.

**Objetivos:**

- Potenciar el descanso nocturno de los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación.
- Planificar, implementar y evaluar las intervenciones no farmacológicas, con el objetivo de promover el patrón del sueño.

**Metodología:**

Elaborar un protocolo de actuación durante las horas del descanso nocturno que permita desarrollar estrategias terapéuticas eficientes que engloben, desde el manejo de síntomas, como dolor, hasta el control ambiental; así como también, la reducción del ruido y la luminosidad.

**Resultados:**

Llevando a cabo las acciones de disminución de luz, ruido y organización de los cuidados de enfermería durante “las horas mágicas”; los pacientes ingresados consiguen un adecuado descanso nocturno y un sueño reparador.

**Discusión:**

El personal de enfermería debe reflexionar sobre la necesidad de producir conocimiento científico con más rigor metodológico en el área de la promoción del sueño, durante la hospitalización de pacientes quirúrgicos.

**Bibliografía:**

1. Torres Pérez, L. La pesadilla de no poder dormir: ¿Una realidad para el paciente de cuidados críticos? Tempus Vitalis –Esp- 2002; Enero-abril
2. Gómez Sanz C. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2013;24 (1):3-11.
3. Ehlers VJ, Watson H, Moleki MM. Factors contributing to sleep deprivation in a multidisciplinary intensive care unit in South Africa. Curationis. 2013;36(1):E1-8.
4. Daniel Bárcenas Villegas. Papel de enfermería en la mejora del sueño en una unidad cuidados intensivos: revisión bibliográfica. Revista Científica Hygia. Colegio de Enfermería de Sevilla. 2013.
5. Gellerstedt, L., Medin, J., Rydell Karlsson, M. [2014] Patient's experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study. Journal of Research in Nursing, 19(3): 176-188



6. Camargo-Sanchez A, Niño CL, Sánchez L, Echeverri S, Gutiérrez DP, Duque AF, et al. Theory of Inpatient Circadian Care (TICC): A Proposal for a Middle-Range Theory. Open Nurs J. 2015 Feb 27; 9:1-9.



## “CUIDANDO Y HUMANIZANDO A TRAVÉS DE LA MÚSICA”

Alicia Río Álvarez, Helena Herráiz Soria

H.U Ramón y Cajal, Universidad Rey Juan Carlos

alicia.rio.alvarez@hotmail.com

24

### Introducción:

Las UCI están destinadas al tratamiento de pacientes graves o críticos, lo que hace imprescindible prestar cuidados humanizados y valorar al paciente holísticamente. En esta línea, se incluye la musicoterapia como medida de humanización, ya que produce múltiples beneficios conocidos ya desde la antigüedad.

### Objetivo:

Describir la percepción de los trabajadores de la UCI respecto a la utilización de Música en directo como medida de Humanización (identificación de beneficios, género musical adecuado).

### Metodología:

Estudio descriptivo transversal prospectivo llevado a cabo en dos UCI de la Comunidad de Madrid (H.U. Fuenlabrada y H.U. Ramón y Cajal), durante octubre'16 y abril'17. La recopilación de datos se realizó mediante una encuesta de 14 preguntas entregada a los profesionales.

### Resultados:

Participaron 32 profesionales. Los resultados se muestran en la tabla.

Pregunta	Si(%)	No(%)	NS/NC (%)
¿Escucha de música clásica habitualmente?	19	81	-
¿Escucha de música clásica esporádicamente?	59	41	-
¿Estaría dispuesto a escuchar una sesión de musicoterapia?	91	9	-
¿La música disminuye el nivel de estrés del profesional?	76	12	12
¿A los pacientes les gustan las sesiones de musicoterapia?	82	6	12
¿El nivel de ansiedad de los pacientes disminuye después de la sesión de musicoterapia?	78	10	12
¿El confort de los pacientes mejora con musicoterapia?	75	15	10
¿El confort de los familiares mejora con musicoterapia?	72	22	6
¿La musicoterapia supone un beneficio para los pacientes?	82	12	6
¿La música ofrece beneficios a los familiares?	78	12	10
¿Las sesiones de musicoterapia son beneficiosas para los trabajadores?	75	15	10
¿Reportaría beneficios implantar sesiones de musicoterapia en la UCI?	78	12	10
¿Le gustaría que la sesión fuese de música clásica?	80	10	10
¿Qué otros géneros les gustaría?	Variada, Jazz, Bossanova, boleros, a demanda del paciente		

### Discusión:

Según la percepción de los trabajadores, la música podría ser una medida que ayude a disminuir su nivel de estrés, la ansiedad de los pacientes, aumentando el confort de pacientes y familiares. La bibliografía consultada corrobora los resultados de este estudio en cuanto a los beneficios de la musicoterapia.



**Conclusión:**

La música en directo es percibida por los profesionales de la UCI, como una intervención a tener en cuenta en el proceso de Humanización de dichas unidades.

**Bibliografía:**

1. Albini RMN, Soares VMN, Wolf AE, Gonçalves CGdO. Conhecimento da enfermagem sobre cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva. Revista CEFAC [Internet]. 2013 [citado 10 noviembre 2016];15(6):1512-1524. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000600014&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000600014&lang=pt)
2. Sanches RdCN, Gerhardt PC, Rêgo AdS, Carreira L, Pupulim JSL, Radovanovic CAT. Perceptions of health professionals about humanization in intensive care unit adult. Escola Anna Nery -Revista de Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 12 febrero 2017];20(1). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en\\_1414-8145-ean-20-01-0048.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0048.pdf)
3. Ruiz C, Díaz M, Zapata J, Bravo S, Panay S, Escobar C et al. Características y evolución de los pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público. Revista médica de Chile [Internet]. 2016 [citado 8 febrero 2017];144(10):1297-1304. Disponible en: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/4598/2487>
4. PublicaMadrid - Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Madrid.org. 2017 [citado 13 febrero 2017]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1354603888389&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354603888389&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid)
5. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva [Internet]. 2014 [citado 18 marzo 2017];38(6):371-375. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
6. Taets GGDC, Borba-Pinheiro CJ, Figueiredo NMA, Dantas EHM. Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 17 marzo 2017];66(3):385-390. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
7. Chuang C, Tseng P, Lin C, Lin K, Chen Y. Burnout in the intensive care unit professionals. Medicine [Internet]. 2016 [citado 25 febrero 2017];95(50):e5629. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5268051/>
8. Humanizar [Internet]. Dle.rae.es. 2017 [citado 23 enero 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KnbmlsL>
9. Carneiro TA, Santana LS. Music: a care strategy for patients in intensive care unit. Journal of Nursing [Internet]. 2013 [citado 19 febrero 2017];7(5). Disponible en: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3167>
10. Cardoso A, Souza A, Silva P, Carvalho H, Alves E, Aguiar Filho W. Cuidando Com Arte: a promoção da saúde por meio da música. Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde [Internet]. 2016 [citado 28 marzo 2017];14(1):714-735. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5511275>
11. Berrio Grandas N. La Música y sus efectos. Unaciencia [Internet]. 2010 [citado 27 enero 2017];(4). Disponible en: <http://revistas.unac.edu.co/index.php/Unaciencia/article/view/78>
12. Platón [Internet]. Aki Frases. 2017 [citado 29 enero 2017]. Disponible en: <http://akifrases.com/frase/151883>
13. Rojas J. Efecto ansiolítico de la musicoterapia: aspectos neurobiológicos y cognoscitivos del procesamiento musical. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2011 [citado 14 enero 2017];40(4):748-759. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana->

psiquiatria-379-avance-resumen-efecto-ansiolitico-musicoterapia-aspectos-neurobiologicos-S0034745014601621?referer=buscador

14. Jasemi M, Aazami S, Zabihi RE. The effects of music therapy on anxiety and depression of cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care* [Internet]. 2016 [citado 19 marzo 2017];22(4):455-458. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5072238/>
15. BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2002-22188 [Internet]. Boe.es. 2017 [citado 21 abril 2017]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188&p=20150922&tn=2>
16. BOE.es - Documento BOE-A-2007-12945 [Internet]. Boe.es. 2017 [citado 23 abril 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-12945>
17. Nogueira CV, Nóbrega LA, Galúcio AO, Araújo SM, Soares FM, Medeiros RG. Music therapy in nursing care in intensive care. *Revista de Pesquisa* [Internet]. 2013 [citado 17 marzo 2017];5(5). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091064>
18. Millanao LM. Musicoterapia para la prevención de la salud laboral. Experiencia musicoterapéutica con funcionarias de un hospital público. [Internet]. 2015 [citado 26 marzo 2017];. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135311/millanao-laura-%20tesis.pdf?sequence=1>
19. Supnet C, Crow A, Stutzman S, Olson D. Music as Medicine: The Therapeutic Potential of Music for Acute Stroke Patients. *Critical Care Nurse* [Internet]. 2016 [citado 20 marzo 2017];36(2):e1-e7. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/36/2/e1.full?sid=20f5a0e4-a413-4fba-98b9-1c023d51daaf>
20. Rohr RV, Titonelli Alvim NA. Nursing interventions with music: an integrative literature review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2016 [citado 21 marzo 2017];8(1):3832. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5299079>
21. Heiderscheit A. Music preferences of mechanically ventilated patients participating in a randomized controlled trial. [Internet]. 2014 [citado 24 marzo 2017];6(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25574992>
22. De Cunto GT, Mendes LB. Music in daily care: A therapeutic resource for nursing. *Revista de Pesquisa* [Internet]. 2010 [citado 13 abril 2017];2(3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091492>
23. Tracy MF, Chlan L, Staugaitis A. Perceptions of Patients and Families who Received a Music Intervention During Mechanical Ventilation. [Internet]. 2015 [citado 17 abril 2017];7(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4543301/>
24. Bragazzi NL, Ratto G, Luche ND, Canfori T, Proietti C, Del Puente G. Understanding the Missing Link Between Musical Attitudes, Preferences and Psychological Profiles: Music as Auto-Medication and Self-Administered Therapy? Implications for Music Therapy. *Health Psychology Research* [Internet]. 2015 [citado 25 abril 2017]; 3(3):1545. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768526/>

## ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS PARA HUMANIZAR LA ASISTENCIA ¿PERCIBEN LO MISMO LAS FAMILIAS Y LOS PACIENTES?

Olveira Lorenzo, Clara. López Ramos, Paloma. Rodríguez Viñas, Elsa.

Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña.

clara.olveira.lorenzo@sergas.es

27

### Introducción

Humanizar la atención a los usuarios de las UCIs y orientar nuestra práctica hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias es una línea estratégica que deben seguir las organizaciones sanitarias

### Objetivos

General: Conocer la opinión de pacientes y familias de la atención recibida en su estancia en críticos

Específicos: Evaluar las diferencias entre ambos; Establecer y priorizar acciones de mejora en la humanización en las unidades de críticos.

### Metodología

Se realizaron encuestas pareadas a pacientes y familiares de pacientes ingresados en unidades de críticos del C.H.U. de A Coruña según un tamaño muestral definido para un IC 95% y  $p < 0.005$ . Se aplicó el cuestionario Family Satisfaction Intensive Care Unit (FS-ICU 34) para familiares y la adaptación para el paciente de MS Holanda. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

### Resultados Y Discusion

Se evaluaron aspectos estructurales, de información, trato, comunicación con el personal, cuidados, control sintomático y aspectos emocionales

El nivel de satisfacción global fue positivo en un 95% tanto en pacientes como en familiares

Obtienen puntuaciones altas el trato y el apoyo recibido por el personal.

Por unidades no hay diferencias, a pesar de que estructuralmente hay unidades de rquitectura antigua y otras de reciente inauguración

La concordancia entre las valoraciones de los pacientes y de sus familiares es alta en aspectos asistenciales como la percepción del manejo del dolor y más baja en el confort proporcionado por el personal.

A pesar de que las unidades no son abiertas, los encuestados aprueban el horario de visitas resaltando la flexibilización por el personal según el estado de salud de los pacientes.

### Conclusiones

Mejorar el control del ruido y la luz y la intimidad son aspectos resaltados por los pacientes; la comunicación, trato y comprensión de la información y la percepción del control de los síntomas son aspectos resaltados por las familias. Ambos destacan la importancia de adaptar los horarios de acompañamiento al estado del paciente.

Para desarrollar acciones dentro del grupo de humanización, además del consenso con los profesionales, se ha incorporado la opinión de los usuarios y sus familias.

### Bibliografía

Quintana J, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. BMC Health Services Research [Internet]. 2006;6(1).

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1579213/#B12>

Martos-Casado G, Aragón-López A, Gutiérrez-Ramos N. Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. Enfermería Intensiva [Internet]. 2014;25(4):164-172. Available from:

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-satisfaccion-los-familiares-los-pacientes-S1130239914000741>

Lam S, So H, Fok S, Li S, Ng C, Lui W et al. Intensive care unit family satisfaction survey. Hong Kong Medical Journal [Internet]. 2015;. Available from: <http://www.hkmj.org/abstracts/v21n5/435.htm>

Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2002;17(1):22-29.

Holanda Peña, María Soledad. "Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos y sus familiares" Universidad de Cantabria, Facultad de Medicina 2015 [Tesis]



## LA ESTIGMATIZACIÓN DEL USO DE LAS CONTENCIONES EN LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS INGRESADOS EN H-UCI.

Teresa Liria Mellado, Mar Galisteo García, Francisco Javier Prieto Domínguez, Alejandra Fernández Trujillo, David Nogué Juristo.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat.

teresa.liria@pssjd.org

29

### Introducción

Los pacientes con antecedentes psiquiátricos ingresados en nuestra unidad forman parte de la realidad cotidiana. La estigmatización de la enfermedad mental es un proceso de etiquetado social o estereotipo que en muchas ocasiones conlleva prejuicios en el propio personal sanitario, utilizando las contenciones de una manera sistemática. "La contención mecánica" es un método utilizado para restringir la movilidad para evitar daño al propio enfermo, a terceras personas o al entorno cuando hayan fracasado otras medidas. Debido a sus implicaciones éticas y legales, debe estar plenamente justificada y ser considerada como el último recurso.

### Objetivos

Conocer la prevalencia y comparar el uso de las contenciones mecánicas en pacientes con antecedentes psiquiátricos que han sido contenidos por intubación o por agitación.

### Metodología

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el año 2017. La población será todos los pacientes ingresados en la H-UCI del PSSJD. La muestra fue el conjunto de pacientes con antecedentes psiquiátricos que se les aplicó medidas de contención mecánica.

### Resultados

El 21,3% fueron contenidos del total de la población. Por un lado, obtenemos un 5,55% con antecedentes psiquiátricos, de los cuáles un 1,55% por agitación y un 4% por ventilación mecánica. Por otro lado, en los pacientes sin antecedentes psiquiátricos adquirimos un 15,77%, de los cuáles un 5,55% fueron por agitación y un 10,22% por intubación.

### Discusión

Como se cita en el apartado 3.4 del Manual de las Buenas prácticas de humanización en UCI, la existencia de un protocolo de contención en un centro es fundamental para garantizar el bienestar físico del paciente. Por ello, en nuestro centro se ha revisado y actualizado valorando su implementación y adaptándose a las necesidades del paciente. De esta manera, se obtendrá una atención integral, cuidando de forma holística, reduciendo al máximo el uso de las contenciones a pesar de la estigmatización en la salud mental.

### Bibliografía

Burry L, Rose L, Ricou B. Physical restraint: time to let go. *Intensive Care Med.*2017 Nov 23.  
Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Rev Calid Asist.*2017;32(3):172-177.  
López Camps V, García García MA, Martín Delgado MC, Añón Elizalde JM, Masnou Burrello N, Rubio Sanchiz O et al; Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. *Med Intensiva.*2017;41(9):523-531



Marcel Balach, et al. El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña 2016. [Libro en Internet]. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Madrid: Apunts, empresa d'economía social, dedicada a donar oportunitats laborals a persones amb trastorns de salut mental; 2016 [acceso 05 de abril de 2018]. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estigma-salud-mental-2016-36671/>



## ¿HA INFLUIDO LA HUMANIZACIÓN EN EL RUIDO GENERADO EN NUESTRA UCI? POSIBLES CONSECUENCIAS EN LA ESTRATEGIA DE SEDACIÓN

Alberto Touceda Bravo, Marta Segura Pensado, Beatriz Porral Sánchez, Amaia García Sagastume,  
María José Rodríguez Fernández, Eva María Menor Fernández  
Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo)

tourianxo@hotmail.com

31

### Introducción

La contaminación por ruido en una Unidad de Cuidados Intensivos representa un problema importante con consecuencias negativas tanto para el personal como los pacientes.

**OBJETIVOS** (general y específicos)

Estudiar si ha existido una reducción en el nivel de ruido de nuestra UCI tras iniciar el plan de humanización, y si esto se puede correlacionar con un mayor confort para el paciente, disminuyendo las necesidades de sedación.

### Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, analizado los datos de un sonómetro colocado en una unidad dotada de 15 camas, durante los meses de enero y febrero de 2017-18. Además, se ha estudiado la edad, estancia media, tipo de ingreso, y consumo global de sedantes proporcionado por el Servicio de Farmacia.

### Resultados

Hemos observado una disminución global del ruido generado en la Unidad (60,4+-17,5 dB en 2017 vs 59,5+-15,6 dB en 2018), aunque no significativa, siendo ambas muestras de pacientes comparables por sus características:

89 pacientes en 2017 frente a 93 en 2018, sin diferencias significativas respecto a la edad (Media 58,2 y 60,9 años respectivamente) ni tampoco en su estancia media (8,8 vs 7,6 días) o el perfil de ingreso. Respecto al consumo global de fármacos sedantes fue evidente un cambio de estrategia entre los dos periodos, con una reducción franca en el uso de hipnóticos (propofol y midazolam), aumentando fármacos que permiten una sedación consciente (dexmetomidina).

### Discusión

Los altos niveles de ruido en UCI repercuten directamente en la evolución de los pacientes, modificando su ritmo circadiano y el ciclo sueño-vigilia, relacionándose además con una mayor incidencia de delirio.

Si bien no hemos podido demostrar una reducción significativa del ruido, sí que hemos encontrado una tendencia hacia su disminución, acompañándose también de un cambio en la estrategia de sedación, que pudiese estar en relación con el plan de humanización de nuestra UCI.

### Bibliografía:

1. A.P. Garrido Galindo, Y. Camargo Caicedo y A.M. Vélez-Pereira. Nivel de ruido en unidades de cuidado intensivo de un hospital público universitario en Santa Marta (Colombia). Med Intensiva. 2016; 40 (7):403-10.
2. Koen S Simons, Munhum Park, Armin Kohlrausch, Mark van den Boogaard, Peter Pickkers, Werner de Bruijn, and Cornelis PC de Jager. Noise pollution in the ICU: time to look into the mirror. Crit Care.2014; 18(4): 493.



3. Carrillo Esper R., Carrillo Córdoba DM., Carrillo Córdoba LD., Carrillo Córdoba JR. Ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos: el silencio en la Unidad de Cuidados Intensivos es la mejor terapia. Med Crit. 2017;31 (6): 339-44.
4. 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.



**LA VOZ DEL SILENCIO. HUMANIZANDO UCI CON APPS**

Lidia Cuenca Sanchez, Gemma Guillaumet Justribó

Fundació Althaia Manresa.

lcuencas@althaia.cat

33

**Introducción:**

Los sistemas de comunicación son un instrumento que se utiliza en personas que tienen alterado el lenguaje, la comunicación o el habla.

Cuando los pacientes no pueden comunicar sus necesidades, experimentan angustia y estrés, por eso es importante que se les facilite un medio de comunicación que les ayude al lenguaje oral cuando éste no esté presente.

**Objetivos:**

El objetivo principal es mejorar la comunicación de toda persona ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Se pretende:

- Disminuir el estrés y la angustia del paciente, la familia y el personal asistencial.
- Humanizar con nuevas tecnologías la UCI.
- Minimizar factores que produzcan aislamiento, dependencia, soledad, miedo, delirio.
- Facilitar la comunicación entre profesionales y pacientes.
- Potenciar la autonomía del paciente.

**Metodología:**

Se utilizará aplicaciones (APPS) en tablets.

Las APPS utilizadas son:

1. Hipot CNV: pictogramas visuales y fáciles.
2. GP- Greed player: aplicación recomendada para personas con cierta movilidad motora que incluye un teclado rápido de escritura, pictograma con la escala de dolor EVA...
3. CHAT – ABLE: aplicación fácil que solo utiliza pictogramas y que se puede personalizar según el paciente.
4. Universal Doctor: traductor.
5. Proloquo4text: aplicación con teclado rápido y frases hechas.

**Resultados:**

Este proyecto lleva en marcha 3 meses y en este corto período de tiempo se han podido beneficiar 16 pacientes y se han obtenido resultados muy favorables valorados a través de la encuesta de satisfacción.

**Discusión:**

Un estudio realizado previamente a este proyecto mostró que en ningún hospital de Cataluña se utiliza un sistema de comunicación alternativo a través de tablets. Nos pusimos en contacto con la "Unitat de Tècniques Augmentatius de Comunicació [UTAC]" para saber qué tipo de APPS serían las más recomendables para nuestros pacientes y así escogimos las que actualmente se utilizan en nuestra unidad.

**Bibliografía:**

- Granados, Chaparros R. Procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa- alternativa para pacientes intubados en UCI; 2012.



- Ayllón, Garrido N.; Álvarez, González M.; González, García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos; Enfermería Intensiva 2007.
- Colaboración de la Unitat de Tècniques Augmentatius de Comunicació (UTAC) [Marc Coronas]



**“USO DEL DIARIO DE UCI PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DEL POST INTENSIVE CARE SYNDROME EN PACIENTES SOMETIDOS A SEDACIÓN Y VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO CARDIOVASCULAR ADULTO DE CLÍNICA SANTA MARÍA”.**

María Loreto Varela Morales, Aníbal Zamorano Ahumada.

Clínica Santa María, Santiago, Chile.

marialoretovarela@gmail.com

35

**Introducción:**

Estudios de pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) reportan el desarrollo de Post Intensive Care Syndrome (PICS) y Post Intensive Care Syndrome – Family (PICS---F) en familiares, afectando la salud física, cognitiva y/o psicológica, con impacto en morbimortalidad y calidad de vida<sup>1--7</sup>. El Diario de UCI es una herramienta narrativa que ayuda en la detección y disminución de síntomas de PICS facilitando una rehabilitación temprana e incluyendo seguimiento posterior al egreso<sup>8--22</sup>. Objetivo General: Evaluar si el uso de Diario de UCI disminuye la incidencia de PICS en pacientes de Unidad de Paciente Crítico Cardiovascular Adulto (UPCCA) bajo sedación y en VMI por 24 o más horas, o durante hospitalización prolongada mayor o igual a 7 días.

**Objetivos Específicos:**

Diseño, implementación y evaluación de Diario de UCI en idioma español; Evaluar la incidencia y disminución de PICS en población objetivo; Diseño e implementación de Clínica de Seguimiento Post UCI.

**Metodología:**

Estudio prospectivo observacional. Se reclutarán pacientes sedados y en VMI por 24 horas o más, o con hospitalización UCI. Se elaborarán dos consentimientos informados para ser firmados por el representante del paciente durante entrevista y educación inicial en sala reuniones: uno para iniciar el Diario y otro, para autorizar fotografías instantáneas. Se hará seguimiento a los 15 días y 30 días post alta: solicitando llevar el Diario, en conversación guiada junto a paciente y cuidador principal, se entregarán fotografías si el paciente lo desea. Se aplicarán PTSS<sup>14</sup> y Cuestionario SF<sup>36</sup>. Resultados: Estudio en proceso.

**Discusión:**

Actualmente el Intensive Care Aftercare constituye una visión integral de pacientes, familiares y equipos de salud<sup>23--34</sup>. Este estudio proveerá nueva información acerca del uso de Diarios de UCI en una población hispanoparlante de Latinoamérica.

**Bibliografía:**

1. Griffith, J. et al. Filling the intensive care memory gap? Intensive Care Med. 27, 344 –346 (2001).
2. American Association of Critical-Care Nurses. Delirium Assessment and Management. Crit.Care Nurse. 32, 79 – 82 (2012).
3. Darbyshire, J. et al. “I Can Remember Sort of Vivid People. but to Me They Were Plasticine.” Delusions on the Intensive Care Unit: ¿What Do Patients Think Is Going On? PLoS One 4, 1 – 17 (2016).
4. Parker, A. et al. Early Rehabilitation in the Intensive Care Unit: Preventing Physical and Mental Health Impairments. Curr. Phys. Med. Rehabil. Reports. 1, 307–314 (2013).
5. Davidson, J. et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Critical Care Medicine. 45, 103 – 128 (2017).



6. Ely, E. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Critical Care Medicine*. 45, 321 – 330 (2017).
7. Nadkarni, N. After the Fall: The Tapestry of Disturbance and Recovery. *Critical Care Medicine*. 45, 348 – 355 (2017).
8. Bäckman, C., Orwelius, L., et al. Long-term effect of the ICU-diary concept on quality of life after critical illness. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 54, 736 – 743 (2010).
9. Jones, C., Bäckman, C. et al. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*. 14, R 168 (2010).
10. Jones, C., Bäckman, C. et al. Intensive care diaries reduce new onset posttraumatic stress disorder after critical illness: a pilot study. *American Journal of Critical Care*. 21, 172 – 176 (2012).
11. Walker, R. Narrativa y formación docente: la experiencia de 5 años de un taller de escritura. *Rev. Med. Chile*. 140, 659 – 666 (2012).
12. Nydahl, P., Bäckman, C. et al. How much time do nurses need to write an ICU diary? *Nursing in Critical Care*. 19, 222 – 227 (2014).
13. Nielsen, A. et al. How diaries written for critically ill influence the relatives: a systematic review of the literature. *Nurs. Crit. Care*. 21, 88 – 96 (2015).
14. DAS-Taskforce 2015. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) – short version. *German Medical Science*. 13, 1 – 42 (2015).
15. Stayt, L. et al. Making sense of it: intensive care patients' phenomenological accounts of story construction. *Nurs. Crit. Care*. 21, 225 – 232 (2015).
16. Heindl, P. et al. Extent and application of patient diaries in Austria: process of continuing adaptation. *Nurs. Crit. Care*. 21, 1 – 6 (2016).
17. Fine, C. Implementing an ICU Diary Program Throughout All the ICU's. Abstract Presentation. New York – Presbyterian/ Columbia University Medical Center, during 5th Annual Johns Hopkins Critical Care Rehabilitation Conference (2016).
18. Garrouste-Orgeas, M. et al. The ICU-Diary study: prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*. 18(1), 542 (2017).
19. Blair, KTA., Eccleston, SD., et al. Improving the Patient Experience by Implementing an ICU Diary for Those at Risk of Post-intensive Care Syndrome. *Journal of Patient Experience*. 4(1), 4–9 (2017).
20. Huynh, TG. et al. Measuring Outcomes of an Intensive Care Unit Family Diary Program. *AACN Adv. Crit. Care*. 28(2), 179–190 (2017).
21. Ednell, AK., Siljegren, S., Engström, Å. The ICU patient diary – A nursing intervention that is complicated in its simplicity: A qualitative study. *Intensive Crit. Care Nurs*. 40, 70 – 76 (2017).
22. Ednell, AK., Siljegren, S., Engström, Å. The ICU patient diary – A nursing intervention that is complicated in its simplicity: A qualitative study. *Intensive Crit. Care Nurs*. 45, 31– 36 (2018).
23. Orwelius, L., Bäckman, C. et al. Can ICU admission be predicted? *Critical Care*. 14 (1), 414 (2010).
24. Merlani, P., Conti, M., Ricou, B. After ICU. *ICU Management*. 11 (3), 6 – 8 (2011).
25. Orwelius, L., Bäckman, C. et al. Social integration: an important factor for health-related quality of life after critical illness. *Intensive Care Medicine*. 5, 831 – 838 (2011).
26. Ahlberg, M., Bäckman, C. et al. Moving on in life after intensive care-partners' experience of group communication. *Nursing in Critical Care*. 20, 256 – 263 (2015).
27. Jones, C., Bäckman, C. et al. Report on Third International Intensive Aftercare Conference in Norrköping, Sweden. *Nursing in Critical Care*. 20, 271 – 273 (2015).
28. Berwick, D. Era 3 for Medicine and Health Care. *JAMA*. 315, 1329 – 1330 (2016).
29. Denehy, L., Hough, CL. Critical illness, disability, and the road home. *Intensive Care Medicine*. 43 (12), 1181 – 1183 (2017).

30. Kjer, CKW., Estrup, S., et al. Follow---up after intensive care treatment: a questionnaire survey of intensive care aftercare in Denmark. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 61 (8),925 – 934 (2017).
31. Marschall, J. Global Collaboration in Acute Care Clinical Research: Opportunities, Challenges, and Needs. *Critical Care Medicine*. 45, 311 – 320 (2017).
32. Bäckman, C., Ahlberg, M., Jones, C. et al. Group meetings after critical illness—Giving and receiving strength. *Intensive Crit. Care Nurs*. Article In Press. Available Online. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.11.003> (2018).
33. Davidson, JE., Strathdee, SA. The future of family---centred care in intensive care. *Intensive Crit. Care Nurs*. Article In Press. Available Online. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.003> (2018).
34. Hillman, KM., Takala, J. Intensive care medicine in 2050: expanding care beyond the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. 44 (2), 218 – 219 (2018).



**PROYECTO INNOVAHUCI: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTCUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA (HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS).**

Raquel del Olmo, Beatriz Nieto, Walter Andrés Ramírez, María Ángeles de la Torre, Ángela Alonso, Carlos Velayos

Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

delolmomonge@gmail.com

38

**Introducción:**

El Síndrome post-Cuidados Intensivos (PICS) se define como una alteración nueva o un empeoramiento en el estado físico, cognitivo o mental que surge y persiste después una hospitalización por una enfermedad crítica. Los estudios publicados demuestran la importancia de esta entidad para la calidad de vida de los pacientes que sobreviven a un ingreso en UCI.

**Objetivos:**

Desarrollar un proyecto para la prevención, diagnóstico y tratamiento del PICS en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**Metodología:**

Tras una revisión bibliográfica se ha diseñado un proyecto para implantar en nuestro hospital aquellas medidas con mayor peso de evidencia para lograr los objetivos planteados. Son medidas multidisciplinares que se desarrollarán en un proceso de tres fases de seis meses cada una.

**Resultados:**

Las medidas que se han elegido para ser implantadas son:

1. Estudio de nuestra incidencia de PICS. Detección precoz de los pacientes con alto riesgo de PICS.
2. Prevención del Delirio: Bundle ABCDE, Medidas ambientales para lograr una unidad amigable, Diarios de UCI, Unidad de Puertas abiertas.
3. Programa de movilización precoz en colaboración con Rehabilitación y Fisioterapia.
4. "Escuela de cuidadores" para favorecer el acompañamiento y la participación familiar en los cuidados.
5. App para dispositivos móviles con información para los familiares y la posibilidad de realizar un Diario de UCI.
6. Programa de seguimiento tras el alta hospitalaria en consultas por parte de Medicina Intensiva para evaluar aspectos físicos (fuerza muscular, función respiratoria), cognitivos, psicológicos y nutricionales. Con participación de un equipo multidisciplinar en los casos que sea necesario.
7. Reuniones de pacientes y familiares para apoyo y psicoterapia (metodología peer support)

**Discusión:**

Se trata de un proyecto que se está desarrollando en el momento actual, que precisa la implicación y participación de todo el personal de la Unidad, de otros servicios y de la Dirección del Hospital para que se pueda llevar a cabo. Lo presentamos en una fase inicial por lo que no todas las medidas están puestas en marcha, pero consideramos que su conocimiento y difusión puede

resultar útil para mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sobrevivido a una enfermedad grave tras haber necesitado un ingreso en la UCI.

**Bibliografía:**

1. Harvey M, Davidson J. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now... and Later. *Crit Care Med.* 2016 feb;44(2):381-5.
2. Huang C, Daniels R, Lembo A, et al. Sepsis survivors' satisfaction with support services during and after their hospitalization [abstract]. *Crit Care Med.* 2016;44(12):425.
3. Prescott HC, Angus DC. Enhancing Recovery From Sepsis: A Review. *JAMA.* 2018 Jan 2;319(1):62-75.
4. Beesley SJ et al. Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients. *Crit Care Med.* 2018 feb;46(2):229-235.
5. Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? *Med Intensiva.* 2017 [Epub ahead of print] DOI: 10.1016/j.medin.2017.07.010.



## CLIMA LABORAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA COMO PUNTO DE PARTIDA PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN PRESTADA

Fuentsanta Núñez Fuentes, Tania Herrera Romero, Juan José Rodríguez Mondéjar, Juana M<sup>a</sup> Serrano Navarro, M<sup>a</sup> José Rico Lledó, Julian Triviño Hidalgo.

HGU Reina Sofía. Gerencia Área VII-Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Servicio Murciano de Salud, y Universidad de Murcia. Campus Mare Nostrum. IMIB-Arrixaca.

40

juanj.rodri@gmail.com

### Introducción

En el contexto laboral el clima de trabajo se estudia desde distintos aspectos, algunos de ellos son el liderazgo, el estudio de las emociones, la satisfacción laboral, la comunicación, etc., todos son de interés para entender las dinámicas interrelacionales que se establecen en nuestras unidades. Este es un buen punto de partida para caminar hacia una atención más humanizada.

### Objetivos (general y específicos)

Analizar el clima laboral de los profesionales en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Específicos: Definir el perfil sociodemográfico del equipo.

Cuantificar el clima emocional

### Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

Lugar: UCI universitaria polivalente de nivel II.

Temporalidad: octubre-diciembre 2017

Sujetos a estudio: profesionales que estén en activo y estables.

Desarrollo: Cuestionario validado con 10 preguntas de clima emocional y 5 de valoración de los responsables del servicio. Variables sociodemográficas y aportaciones de mejora. La valoración fue desde -50 hasta +50.

Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v23, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Estudios de correlación y comparación de medias, aceptando significación estadística si  $p < 0,05$ .

Normas éticas: protección de datos y de respeto a la intimidad de los participantes.

### Resultados

Muestra obtenida de 46 trabajadores (índice de respuesta 76%), edad media 40 años DE9,2(rango 22), experiencia profesional media 10,5 años DE7,1, mujeres 30(65,2%). 16 enfermeras (34,8%), 13 médicos (28,3%), 15 auxiliares (32,6%), 2 celadores (4,3%). Campos estudiados: clima emocional 14 puntos DE16,9, relaciones 4,2 DE1,1, reconocimiento 4,2 DE 5,4, proyecto 5,6 DE8,8, comunicación 10,1 DE13,2.

Si se compara con otros profesionales en la enfermería se observa mejor valoración en el apartado de clima emocional con diferencia significativa  $p=0,04$ , reconocimiento  $P=0,044$ , proyecto  $p=0,014$ , y en comunicación  $P= 0,043$ .

### Discusión

El conjunto del equipo tiene un clima laboral y emocional que se puede considerar positivo.

Se detecta un margen de mejora como meta para implementar en el futuro.

**Bibliografía:**

Danet A, March JC, García Romera I. Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital universitario de Andalucía, España. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014; 30(3):546-558.

Espinoza de la Sota IB, Contreras Castro FL.

Relación entre la percepción del clima laboral que tiene el personal de enfermería y el cuidado humano que brinda a la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno del "Instituto Nacional Materno Perinatal", Lima, 2014. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* 2015, 8(1):51-55. [http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc\\_salud/article/view/351/359](http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/351/359)

Guirardello, EB. Impacto del ambiente de cuidados críticos en el burnout, calidad percibida del cuidado y actitud de seguridad del equipo de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2017;25e2884:2-7.

Disponibile en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2884.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2884.pdf)

Navarro Arnedo, JM. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Abr [citado 2018 Abr 13]; 11(26): 267-289. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200018>.

Rubio Rico L, Cosí Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borrás A, Sans Riba L, Toda Savall D et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* 2006;17(4):141-53.

Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer TP, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C, Nieto González, A. Sánchez Martín A, Val Pérez JV. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva* 2010; 21:11-9



## ¿ES EL CONFLICTO INTERGENERACIONAL UN AGUJERO NEGRO EN LA HUMANIZACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS?: LAS EMOCIONES Y LA AUTOEFICACIA COMO FACTORES CLAVE DEL PROCESO.

Miriam Benítez, Alejandro Orgambidez-Ramos

Universidad de Málaga

miriambenitez@uma.es

42

### Introducción

La incorporación masiva de las nuevas generaciones en las organizaciones sanitarias implica trabajar en equipos caracterizados por una diversidad intergeneracional. Es decir, equipos de trabajo heterogéneos en valores corporativos, maneras de llevar a cabo una tarea, estilos de gestión de problemas, habilidades interpersonales etc. Se ha demostrado que trabajar en equipo, de forma colaborativa, ayuda a ahorrar costes a la sanidad, a disminuir errores clínicos y a promover la atención integral (biopsicosocial) y humanitaria hacia el paciente (Barr y Beunza, 2014; OMS, 2010). Sin embargo, también supone la aparición inevitable de conflictos interpersonales en las organizaciones (Munduate y Martínez, 2004).

Si bien es cierto que muchas de las investigaciones existentes revelan que los conflictos crean tensión y, por lo tanto, disminuyen la satisfacción laboral, es necesario mencionar que, en ocasiones, el conflicto es fuente de energía de los equipos de trabajo, lo que les lleva a ser más productivos y a percibir también beneficios personales, como pueden ser mayor autoestima, apoyo de los compañeros y bienestar laboral (Jehn et al, 2008; León-Pérez et al., 2016). La clave está en saber distinguir entre discrepancias laborales (conflicto de tareas) y personales (conflicto de relacionales) y tener las habilidades y los recursos adecuados para hacer una correcta gestión de los mismos (Benítez et al., 2011; De Wit et al., 2012).

### Objetivos (general y específicos)

En base a ello, el objetivo principal de este estudio ha sido demostrar la existencia de diferencias intergeneracionales en las relaciones existentes entre el conflicto de tareas, el conflicto de relacionales y la satisfacción laboral. Además de diferencias sobre la percepción de emociones (positivas vs. negativas) tras la aparición del conflicto y la autoeficacia.

### Metodología

Se ha realizado un estudio exploratorio de campo de diseño transversal. Los participantes han sido 100 empleados/as de organizaciones sanitarias a los que se le han administrados los respectivos cuestionarios. Los análisis de correlaciones y regresiones se han realizado dividiendo a la muestra en rango de edades, para clasificarlos en las distintas generaciones.

### Resultados

Los principales resultados demuestran que el conflicto de tareas sólo se relaciona de manera, directa y negativa con la satisfacción laboral en los empleados/as pertenecientes a la generación "Y" ( $\beta = -.60, p = .05$ ) y, de manera positiva con el conflicto relacional ( $\beta = .51, p = .05$ ). Ello podría ser explicado por dos motivos: (a) la percepción de emociones negativas, ante la aparición de discrepancias laborales ( $\beta = .71, p = .05$ ), en los sujetos de dicha generación, lo que les impide la distinción respecto a discrepancias personales; (b) el papel modulador de la autoeficacia en la relación entre el conflicto de tareas y el conflicto relacional ( $\beta = -.32, p = .05$ ).

### Discusión



Los resultados de este estudio demuestran cómo los empleados pertenecientes a distintas generaciones tienen unas percepciones diferentes sobre las discrepancias laborales, lo que les impide beneficiarse de sus efectos positivos. Por lo que se sugiere el entrenamiento en gestión del conflicto en el personal de organizaciones sanitarias, destacando el papel fundamental de la autoeficacia para prevenir sus consecuencias negativas y fomentar las positivas.

### **Bibliografía Básica**

Benítez, M., Medina, F. J. y Munduate, L. (2011). El estudio del conflicto en los equipos de trabajo. Una visión de las contribuciones científicas realizadas en España. *Papeles de Psicólogo*, 32 (1), 69-81

Beunza, J. J. (2012). Conflict resolution techniques applied to interprofessional collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, Early Online: 1-3 DOI: 10.3109/13561820.2012.725280

de Wit, F. R. C., Greer, L. L., & Jehn, K. A. (2012). The paradox of intragroup conflict: A metaanalysis. *Journal of Applied Psychology*, 97, 360-390. doi:10.1037/a002484

Jehn, K. A., Greer, L. L., Levine, S., and Szulanski, G. (2008), "The effects of conflict types, dimensions, and emergent states on group outcomes", *Group Decision and Negotiation*, Vol. 17, pp. 465-495.

León-Pérez, J. M<sup>a</sup>, Mirko, A. y León-Rubio, J. M<sup>a</sup> (2016). Adaptation of the short version of the Psychological Capital Questionnaire (PCQ-12) into Spanish / Adaptación al español de la versión reducida del Cuestionario de Capital Psicológico (PCQ-12). *Revista de Psicología Social*, DOI: 10.1080/02134748.2016.1248024

OMS (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. World Health Organization, Ginebra.



**EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA COMISIÓN DE HUMANIZACIÓN DE LA UCI: EXPERIENCIA  
MULTIPROFESIONAL**

Verónica Clamagirand Saiz, Ana Ríos Pérez, María Dolores Gómez Valero, Manuel Jesús Delgado  
Amaya, Miguel Angel Salobreña Burgos, Guillermo Quesada García.

Hospital Regional Universitario de Málaga

blackaggar@icloud.com

44

**Introducción:**

En la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos del Hospital Regional Universitario de Málaga se está desarrollando un "Proyecto de Humanización de la UCI" con un cronograma de 12 meses (inicio octubre 2017) con actividades dirigidas a concienciar y sensibilizar a los a los profesionales sobre este aspecto de la atención sanitaria. Para ello se ha constituido una "Comisión de Humanización de la UCI" compuesta por profesionales multidisciplinares, entre ellos un FEA Psicología Clínica, perteneciente al programa de Interconsulta y Enlace de la UGC Salud Mental.

**Objetivos:**

Se pretende fomentar la comprensión del impacto emocional y el estrés generado por la estancia en UCI en los pacientes y sus familiares y dotar de herramientas a los profesionales para su abordaje (conocimientos, habilidades y actitudes).

**Metodología:**

- Participación activa como consultor y asesor sobre el impacto de la situación de crisis en el paciente y su familia y el cuidado de las emociones en estos y en el personal sanitario.
- Detección y respuesta de necesidades formativas en habilidades humanas o "humantools".
- Participación en grupo de trabajo "cuidados al final de la vida".

**Resultados:**

Se han concretado las siguientes actividades específicas a desarrollar por el Psicólogo Clínico:

- Realización de actividades de formación al personal de la UCI: "comunicación y relación de ayuda", "El duelo y su abordaje"  
"intervención al final de la vida".
- Desarrollo de una guía para la preparación a los menores para visitar la UCI.
- Participación como miembro del equipo multidisciplinar en la toma de decisión y desarrollo de medidas de Limitación de  
Tratamientos de Soporte Vital (LTSV).

**Discusión:**

Tras esta experiencia multidisciplinar se pone de manifiesto la necesidad la inclusión del Psicólogo Clínico como parte integrante del equipo de la UCI realizando actividades con el paciente, la familia y con el equipo sanitario.

**Bibliografía:**

- Grupo de Trabajo de Certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas en humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI 2017 (acceso a 5 de noviembre de 2017). Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
- Contreras Moreno AM, Palacios-Espinosa X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en  
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). rev.univ.ind. santander. salud 2014; 46 (1): 47-60



**FACTORES RELACIONADOS CON EL RÉGIMEN DE VISITAS PERMISIVO**

Amaia Saralegui Gainza, Nuria Andión Espinal

Complejo Hospitalario de Navarra.

Amaia.saralegui@gmail.com

45

**Introducción:**

El régimen de visitas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha sufrido un profundo cambio desde la década de los 90, en la cual se inició una corriente a favor de la flexibilización de las normas restrictivas de visita que pretende favorecer la inclusión de la familia en la esfera del cuidado integral del paciente crítico, centrando los cuidados no solo de manera exclusiva en el paciente sino también en su familia, convirtiéndose ambos en una Unidad única de cuidado. Desde 2015, en la UCI en la que se desarrolló el estudio, a pesar de un régimen de visitas regulado en horario de mañana y tarde, se ha establecido un régimen de visitas flexible, adaptado a cada paciente.

Aunque la mayoría de estudios respaldan los beneficios que supone el establecimiento de un régimen de visitas abierto, la realidad sigue siendo que en la mayoría de estas Unidades se presenta un horario restringido de apertura de puertas a los familiares.

**Objetivos** (general y específicos):

El objetivo general fue evaluar el grado de cumplimiento de la flexibilización del horario de visitas. Los objetivos específicos fueron identificar los factores del paciente y /o familia que condicionan las visitas y objetivar la correlación entre dichos factores y el grado de cumplimiento de la flexibilidad en el horario de visita y acompañamiento.

**Metodología:**

Se llevó a cabo un estudio correlacional predictivo en una UCI de 24 camas. La recogida de datos se realizó durante una semana. Se utilizó el programa SPSS versión 24 para el análisis de los datos.

**Resultados Y Discusión:**

El régimen de visitas flexible se cumplió en el 85% de los pacientes, sin embargo, sólo un 10% de los familiares se quedó en la UCI durante la noche. Los pacientes con limitación de técnicas del soporte vital recibieron mayor cantidad de visitantes que el resto de los pacientes ( $R=0,7$ ) Los familiares de los pacientes conscientes fueron los que mayor flexibilización tuvieron en su horario.

**Bibliografía:**

Ayllón Garrido N, Montero Rus P., Acebes Fernández M.I., Sánchez Zugazua J., Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014; 142: 2

Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R, Family Needs and involvement in the intensive care unit: A literature review. *J Clin Nurs*. 2013; 22: 1805-10 in

Sims M. J., Miracle A. V., A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation. *Crit Care Nurs*. 2006 July/August, 25 (4): 179

Burns, N. & Grove, SK. (2001). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*, Michigan University, (4) Saunders.

**HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE MORIR EN UCI**

Inés Rodríguez Hidalgo, Gema M<sup>a</sup> Díaz Doctor, Carmen Rocío Pajares Gutiérrez, Francisco Javier Romero Moro.

Hospital San Juan de Dios de Córdoba.

ines\_rohi89@hotmail.com

46

**Introducción**

Nos encontramos ante la necesidad de adaptar el entorno y trabajo propio de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), a la intimidad, el respeto y exquisito cuidado paciente crítico y su familia cuando va a fallecer. Es prioritario asegurar un “buen morir” mediante un protocolo que humanice este proceso.

**Objetivos**

-Diseñar un protocolo para humanizar el proceso de morir en UCI y conseguir el consenso del equipo para su implantación.

**Metodología**

-Diseño del protocolo “HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE MORIR EN UCI” y entrega a todo el personal de la UCI.

-Posterior entrega de encuesta anónima al equipo que evalúa su opinión para la implantación del mismo y los posibles efectos para la familia y paciente.

-Análisis descriptivo e implantación del protocolo en la unidad.

**Resultados:**

-100%: La implantación del protocolo es factible y facilitaría el trabajo en la unidad.

-83,3%: El protocolo ayudaría a la familia a asimilar el proceso de morir de su allegado. [16,7%: No].

-94.4%: Cree que el paciente sufriría menos hasta su muerte. [5.6%: No].

-100%: Sería beneficioso estudiar el grado de satisfacción de la familia respecto al protocolo.

**Conclusiones:**

La implantación de un protocolo para humanizar el proceso de morir en la UCI es factible y facilitaría el trabajo en la unidad. No todos creen que aliviaría al paciente en su proceso de morir ni ayudaría a las familias a asimilarlo, lo que nos lleva a pensar que es necesaria una formación más exhaustiva en cuidados paliativos en UCI.

La discrepancia en cuanto a que el protocolo ayudaría a las familias a asimilar el proceso de morir puede deberse a que dicho protocolo solo fue entregado, pero no explicado en sesión clínica por el equipo que lo diseñó.

El proceso de morir implica un crecimiento vicario en el que tanto el paciente como la familia y el personal de UCI que lo acompaña, adquieren nuevas experiencias.

“La muerte no es un fracaso, forma parte de la vida y es un acontecimiento que es preciso vivir”. (De Hennezel M, Leloup JY. L’art de mourir).

**Bibliografía:**

Gómez S, Avances en cuidados paliativos. Vol1. Las Palmas de Gran Canaria: Gafos; 2003.

Sánchez R, Cuidados paliativos: avances sin final. 3ª ed. Jaén: Formación Alcalá SL; 2004.

Sánchez R, Cuidados paliativos: avances sin final. 5ª ed. Argentina: Panamericana;

2015

Humanizando los cuidados intensivos. [Internet]. España: Disponible en:

<http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/author/gabi-heras/>

Protocolo de actuación ante el proceso de muerte: Comisión de Humanización de los Cuidados. [Internet]. Andalucía, España: Junta de Andalucía. Disponible desde:

[https://www.google.es/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-092-10.pdf&ved=0ahUKEwiKvOy1qfbSAhXB1xQKHT0SCS8QFggaMAA&usg=AFQjCNH0tzm7NH9R5f9hF9Q\\_PMqbb0QJRQ](https://www.google.es/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-092-10.pdf&ved=0ahUKEwiKvOy1qfbSAhXB1xQKHT0SCS8QFggaMAA&usg=AFQjCNH0tzm7NH9R5f9hF9Q_PMqbb0QJRQ)



**AFRONTAMIENTO EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE LA HUCI**

María Misericordia Adell Artola, Inmaculada Bel Querol, Eva Ávila Jurado, Mónica Esperanza  
Martínez Altava, Ana María Cerdán Alcaraz, Rocío Peña Cortegano

Hospital Comarcal de Vinaròs

mariaadellartola@gmail.com

48

Ante la experiencia asistencial con una paciente que ya por su gravedad requiere un complicado proceso de atención integral con varios intentos de autolisis, siendo el último el que le ha llevado a estar en un box de la UCI, el equipo se pregunta si estamos realmente preparados anímica y psicológicamente para responder a las necesidades de estos pacientes.

Esta situación se complica cuando no existe un equipo de salud mental en el centro hospitalario que cuide a sus profesionales.

**Objetivos:****General:**

Valorar el grado de impacto emocional de los profesionales de enfermería ante pacientes de larga estancia con afectación psiquiátrica grave.

**Específicos:**

Detectar necesidades emocionales de los profesionales implicados en el cuidado de un paciente con intentos de autolisis.

Aplicación de técnicas de gestión emocional para el personal asistencial.

**Metodología**

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

La población diana del estudio ha sido el personal de enfermería de la UCI del Hospital Comarcal de Vinaròs (Castellón).

Al ser una descripción de una experiencia de cuatro meses no se valoran variables.

Tras la descripción de vivencias de estrés emocional relatadas por el personal se solicitó a la dirección de enfermería la necesidad de ayuda del servicio de salud mental. El cual respondió con sesiones grupales de gestión emocional a demanda.

**Resultados**

Se identificaron tres aspectos a mejorar: formación, dificultades psicoemocionales y comunicación entre profesionales.

El mismo día de la solicitud se presentó en la unidad un psicólogo para analizar la situación y acordar la primera sesión. Las sesiones tuvieron una buena acogida por parte del personal implicado.

**Discusión/Conclusiones**

El personal de enfermería necesita formación sobre gestión emocional, protocolos para el desarrollo de estrategias de afrontamiento y resiliencia con la colaboración del equipo de salud mental y una comunicación eficaz.

**Bibliografía:**

[1] Ríos Risquez MI, Peñalver Hernández F, Godoy Fernández C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* 2008;19(4):169-178.

- [2] Arrogante O, Pérez-García AM, Aparicio-Zaldívar EG. Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería. *Enfermería Intensiva* 2016;27(1):22-30.
- [3] Nespereira-Campuzano T, Vázquez-Campo M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enfermería Clínica* 2017;27(3):172-178.
- [4] Ramírez P, Muggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria* 2015;12(3):134-143.
- [5] Hayward RM, Tuckey MR. Emotions in uniform: How nurses regulate emotion at work via emotional boundaries. *Human Relations* 2011;64(11):1501-1523.
- [6] Henderson A. Emotional labor and nursing: An under-appreciated aspect of caring work. *Nurs Inq* 2001;8(2):130-138.
- [7] Arrogante O, Perez-Garcia AM, Aparicio-Zaldivar EG. Personal resources relevant to psychological well-being in nursing. *Enferm Intensiva* 2016;27(1):22-30.
- [8] Nespereira-Campuzano T, Vazquez-Campo M. Emotional intelligence and stress management in Nursing professionals in a hospital emergency department. *Enferm Clin* 2017;27(3):172-178.



**INTERVENCIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA IMPLANTAR VISITAS FLEXIBLES EN UCI**

López Sola Sonia, Moreno Torres Sonia, Ramírez Zafra Lydia.

Hospital General Mateu Orfila (Menorca).

moreno.sonia9@gmail.com

50

**Introducción**

Diferentes estudios manifiestan un cambio de tendencia en algunos profesionales de enfermería hacia la atención de los familiares de pacientes críticos.

El paciente crítico reclama pasar más tiempo con su familia. Múltiples trabajos, recomiendan una política de puertas abiertas y la incorporación de la familia en sus cuidados.

Rediseñar la práctica clínica del personal de enfermería permitirá cuidados más confortables y humanos.

**Objetivos**

General:

Identificar recursos que aumenten la aceptación del personal de enfermería para un horario flexible de visitas en UCI.

Específicos:

- Saber qué opinión tiene el personal de enfermería sobre un horario flexible.
- Conocer la repercusión del horario flexible en pacientes y familiares.

**Metodología**

- Revisión bibliográfica en inglés y español.
- Bases de datos científicas consultadas: PubMed, Medline, Cuiden.
- Descriptores: Visitas UCI, Horario flexible en UCI, relación enfermera paciente.
- Boleanos AND y OR.
- Excluyendo anteriores al 2007, exceptuando trabajos de interés.

**Resultados**

Existe la creencia de que la familia es un elemento externo y dificulta el trabajo, no obstante, hay estudios que demuestran que no aumentan la carga ni interrumpen el tratamiento o cuidados básicos.

El apoyo a un horario flexible está más relacionado con la motivación que con la experiencia profesional.

La presencia de la familia tiene un efecto beneficioso en la recuperación del paciente. A su vez, les ayuda a sentirse útiles.

Actividades propuestas para mejorar la implantación:

- Difusión de la evidencia entre profesionales
- Información conjunta médico-enfermera
- Mejorar la información que proporciona la enfermera
- Plan de formación

**Discusión**

Un horario flexible aporta gran beneficio a paciente y familia.

Es necesario instar a las instituciones para formar a profesionales en la relación de ayuda, comunicación y manejo de situaciones críticas.

Se deberían crear estándares de calidad en UCI en relación a los cuidados hacia la familia.



**Bibliografía:**

- Blanca Gutiérrez J.J, Blanco Alvariño A.M, Luque Pérez M, Ramírez Pérez M.A. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*. 2008;(12):1-14.
- Martos Casado G, Aragón López A, Gutiérrez Ramos N. Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014;25(4): 164-172.
- Delgado Hito P, Sola Prado A, Mirabete Rodríguez I, Torrents Ros R, Blasco Alfonso M, Barrero Pedraza R, Catalá Gil N, Mateos Dávila A, Quinteiro Canedo M. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva*. 2001;12(3):110-126.
- Zaforteza Lallemand C, de Pedro Gómez J.E, Gastaldo D, Lastra Cubel P, Sánchez-Cuenca López P, ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?. *Enferm Intensiva*. 2003;14(3):109-119.
- Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez-Cuenca P, de Pedro J.E, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*. Marzo 2004. (3)
- Díaz de Durana Santa Coloma S, Vila Gómez M, Aparicio Cilla L, Rodríguez Borrajo M.J. Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas. *Enferm Intensiva* 2004;15 (2):63-75.
- Zarforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer T.P, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C, Nieto González A, Sánchez Martín A, Val Pérez J.V. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva*. 2010;21(1):11-19.
- 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):371-375.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina M.J, Forcelledo L, López-Amor L, García-Arias B, del Busto C, de Cima S, Fernández-Rey E. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist*. 2015;30(5):243-250.
- Heras de la Calle G, Martín M.C, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):9-13.
- Aliberch Raurell A.M, Miquel Aymar I.M. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2015;26(3):101-111.
- Cartas al Director. *Med Intensiva*. 2016;40(3):197-200.
- Luiz F.F, Caregnato R.C.A, Costa M.R.D. Humanitation in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm*. 2017 Sept- Oct;70(5):1040-1047.
- Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time to change. *Med Intensiva*. 2014 Aug-Sept;38(6): 371-5.
- Bitencourt A.G, Neves F.B, Dantas M.P, Albuquerque L.C, Melo R.M, Almeida Ade M, Agareno S, Teles J.M, Farias A.M, Messeder O.H. Analysis of stressors for the patient in Intensive Care Unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007 Mar;19(1):53-9.

**“SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL PACIENTE SÉPTICO INGRESADO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA DURANTE EL AÑO 2016”**

Beatriz Nieto, Raquel del Olmo, Walter Andrés Ramírez, Almudena Escribá, Enrique Torres, María Ángeles de la Torre.

Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

mangdelatorre@hotmail.com

52

**Introducción:**

Como punto de partida en el estudio del Síndrome postUCI (PICS) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Fuenlabrada (UCI-HUFL) el equipo de InnovaHUCI realizó un estudio de seguimiento a un año del paciente séptico ingresado durante el 2016.

**Objetivos:**

- 1 Estudio descriptivo del paciente séptico ingresado en la UCI-HUFL y dado de alta hospitalaria en 2016 y porcentaje visitas hospitalarias durante el año siguiente.
- 2 Búsqueda de factores de riesgo que predispongan a una mayor tasa de visitas hospitalarias. METODOLOGÍA: Estudio descriptivo. Recuento y porcentajes para variables cualitativas, media +/-DE para cuantitativas, mediana + rango intercuartílico para cuantitativas no normal. Análisis bivariante prueba chi-cuadrado para cualitativas, prueba T para cuantitativas normal. Significación estadística:  $p < 0,05$ .

**Resultados:**

Durante el 2016 fueron dados de alta hospitalaria tras sepsis y habiendo ingresado en UCI 82 pacientes. Varones 63%; edad media:  $61 \pm 12$ . Apache III  $17 \pm 7$  y SAPS III y  $64 \pm 14$  al ingreso. Motivo de ingreso médico en 52%. Procedencia: Urgencias 30,5%, Planta de Hospitalización 69,5%. Estancia en UCI 5,5d (3-11), días de VM 0,5d (0-6), días de vasoactivos 1,5d (0,2-3,8). Un 18% presentó delirio. Estancia hospitalaria postUCI 11d (7-23), alta hospitalaria 91% a domicilio y 9% a centro de larga estancia.

El 60% reingresó al menos una vez en el hospital durante el primer año después del alta hospitalaria; de estos, 69% reingresó dos o más veces. El motivo más frecuente de consulta fue Infección (30%) seguido de síntomas inespecíficos (13%). SAPS y APACHE, no mostraron diferencias entre los reingresos. Un 7% fallecieron en el seguimiento.

El 37% de los pacientes reingresaron al menos una vez en los primeros 90d tras el alta hospitalaria. Existió una relación significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre reingreso precoz ( $\leq 90d$ ) y estancia en UCI  $\geq 7d$ , necesidad de VM, estancia postUCI  $\geq 8d$ , y edad  $\geq 80$  años.

**Discusión:**

El PICS predispone a una mayor tasa de reingresos, aumenta la morbimortalidad del paciente y empeora su calidad de vida y la de sus familiares. El 37% de los reingresos en los pacientes sépticos sucede en los primeros 90d. InnovaHUCI, englobado dentro del Proyecto HU-CI, pretende disminuir el PICS, hacer seguimiento de estos pacientes y con ello reducir las visitas hospitalarias tras un ingreso en UCI, mejorando así la calidad de vida del paciente.

**Bibliografía:**

- Prescott HC, Angus DC. Enhancing Recovery from Sepsis: A Review. JAMA. 2018 Jan 2;319(1):62-75.

- Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? Med Intensiva. 2018 Mar;42(2):110-113.



**PROYECTO UCICONH. CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS Y SU VALORACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO ASISTENCIAL**

Verónica Guerrero Canto, Jessica Cornellana Pérez, Consuelo Guía Rambla, Monserrat Buscarons Alcázar, Ana María López Ávila, Ana María Rodríguez Valverde

Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí

vguerrerovento@gmail.com

54

**Introducción**

El Proyecto HU-CI desarrolla acciones que consideran la humanización como una dimensión transversal de la calidad y es motivó la creación del Grupo de Humanización (GH) en nuestra UCI.

**Objetivos****Generales**

- Dar a conocer la creación GH
- Conocer opinión del equipo asistencial sobre GH

**Específicos**

- Describir acciones desarrolladas por GH
- Analizar percepción del equipo asistencial sobre GH

**Metodología**

- Estudio descriptivo. UCI polivalente adultos

- Periodo estudio: diciembre 2016- marzo 2018.

- Etapas creación GH:

1. Creación, organización y metodología de trabajo

• GH: 15 enfermeras/3 Auxiliares/2 médicos.

• Presentación, aprobación y soporte del GH por la Dirección del Hospital.

• Utilización "Manual buenas prácticas proyecto HU-CI" 2

• Recogida ideas: equipo asistencial, expacientes y familias. Técnica "Brainstorming", priorización o consenso.

2. Desarrollo

• El GH se distribuyó en 4 subgrupos con líneas estratégicas específicas: Horarios. Estructura.

Bienestar. Final de vida.

• Reuniones periódicas.

3. Difusión

• Intrahospitalaria: sesiones informativas, prensa interna, correo electrónico.

• Ciudadanía: radio local y prensa autonómica.

4. Implementación acciones

- Encuesta opinión ad hoc sobre creación GH.

• Población estudiada: médicos, enfermeras y auxiliares.

• Análisis estadístico: SPSS V18

**Resultados**

- Acciones desarrolladas GH:

1. Horarios:

• Modificación hoja informativa familias. En curso [EC]

• Puertas abiertas 24h y entrada menores. EC

**2.Estructura:**

- Baño asistido pacientes. Realizado
- Reformas estructurales. EC

**3.Bienestar:**

- Sesiones musicales mensuales. Realizado
- Elaboración protocolo "Paseos que Curan". Realizado
- Comunicación/estimulación paciente. Proyecto becado Instituto Carlos III. EC

**4.Final de vida:**

- Elaboración "Guía cuidados final de la vida". EC
- Encuestas. De 106 profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares) respondieron la encuesta 84 (79%): 22 médicos, 17 TCAE y 45 enfermeras 98.80% conoce proyecto humanización; 97.61% cree importante la creación GH; 52.38% conoce mejoras propuestas por GH.

**Discusión**

La creación GH ha permitido detectar áreas de mejora implementando acciones a corto y medio plazo.

Los profesionales valoran positivamente el GH.

**Bibliografía**

- 1.- Heras G. Tenemos un plan [Internet]. Proyecto HU-CI. 2018 [acceso 3 marzo 2018]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/tenemos-un-plan/>
- 2.- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [acceso 9 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>

## EVALUACIÓN DE LAS "IV JORNADAS AL OTRO LADO DEL PIJAMA" COMO ACTIVIDAD PARA PROMOCIONAR LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Violeta Fernández Velasco, Irina Peláez Ortega

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología UCM

pervincavelasco@gmail.com

56

### Introducción

Las "Jornadas Al Otro Lado del Pijama" surgieron hace 4 años organizadas por estudiantes de 4º Grado de enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, con la intención de aproximar a todos los estudiantes del ámbito sanitario la importancia de la humanización de la asistencia sanitaria. Para poder reflexionar sobre ello, se tuvo en cuenta las perspectivas tanto de pacientes como de familiares y profesionales sanitarios, a través de experiencias personales.

### Objetivos

Objetivo general: Evaluar las "IV Jornadas Al Otro lado del Pijama" como actividad que favorece la promoción de la humanización de la asistencia sanitaria.

Objetivos específicos: Identificar el grado de satisfacción de los asistentes, y valorar si puede favorecer el desarrollo personal de los futuros profesionales.

### Metodología

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de todos los asistentes de las "IV Jornadas de Valores: Humanización de la Asistencia Sanitaria. Al Otro Lado del Pijama", desarrollada en marzo de 2018 en la Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología UCM.

El instrumento de medida ha sido un cuestionario de satisfacción elaborados *ad hoc*, con escala tipo Likert y preguntas abiertas.

### Resultados

Del total de asistentes se obtuvieron 226 evaluaciones (tasa de respuesta del 52,5%). Con respecto a los medios técnicos, el 47,78% de los asistentes señalaron que fueron poco adecuados. El 94,25% de los asistentes se mostraron entre satisfechos y muy satisfechos, con el grado de satisfacción general, al igual que el 91,95% señaló que las Jornadas habían cumplido sus expectativas. El 94,25% de los encuestados refirieron que las jornadas le habían aportado para su desarrollo personal.

### Discusión

En esta Jornada como en anteriores, destaca el alto grado de satisfacción general, como el cumplimiento de expectativas, viéndose como un foro esencial de reflexión para promocionar la humanización de la asistencia sanitaria, tanto para estudiantes como profesionales sanitarios.

### Bibliografía

<http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/al-otro-lado-del-pijama-humanizando-la/>  
<https://alotroladodelpijama.wordpress.com/2016/04/01/ii-jornada-al-otro-lado-del-pijama/>  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Actualidad\\_FA&cid=1354599513706&destacado=si&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439326931&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266100996](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actualidad_FA&cid=1354599513706&destacado=si&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439326931&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266100996)  
<http://enfermeria.ucm.es/iv-jornadas-de-valores-al-otro-lado-de-la-pijama>  
<https://www.diariodicen.es/201705/grupo-paradigma-participa-en-las-iii-jornadas-de-valores-de-la-ucm/>

[http://www.newmedicaleconomics.es/newsletter\\_sumario/nme35/arts/14-ijornadasdevalores.pdf](http://www.newmedicaleconomics.es/newsletter_sumario/nme35/arts/14-ijornadasdevalores.pdf)

Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado.

[Internet] Ciencia y Enferm. 2010 [citado 13 abril 2018] XVI (1): 31-5. Disponible

en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0717-95532010000100004&Ing=es&nrm=iso&tIng=es)

[95532010000100004&Ing=es&nrm=iso&tIng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0717-95532010000100004&Ing=es&nrm=iso&tIng=es)

Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en

los servicios hospitalarios. [Internet] Acta Paul Enferm 2007 [Citado 13 abril 2018]; 20(4):499-503.

Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>



**¡VOLVEMOS A CASA!**

Ana Gómez Rodríguez, María Isabel Jiménez Núñez, María Isabel Morales Rodríguez, Florencia  
Fernández Escobar

Hospital Infanta Elena de Huelva

gomezrodriguezana@hotmail.com

58

**Introducción**

Cuando el paciente está sentenciado por un pronóstico fatal, depende de un respirador para seguir respirando, está consciente e informado y no ve salida de la unidad ¿solo queda resignarse? Si el paciente manifiesta que quiere volver a casa con lo que su situación implica en cuidados y atenciones, que quiere morir en su cama rodeado de su familia ¿estamos hablando de humanización?

**Objetivos:**

General: proporcionar los cuidados necesarios a una paciente dependiente y conectada a ventilación mecánica en domicilio.

Específico:

1. Adiestrar a la cuidadora informal en los cuidados que esta paciente necesitara en domicilio
2. Asesorar en la toma de decisiones y resolución de problemas
3. Ayudar a la familia a afrontar la situación y asumir los cuidados

**Metodología**

Se decidió un programa formativo con todas las intervenciones que la cuidadora debía conocer para prestar los cuidados necesarios. Los encargados en la formación serían dos enfermeras referentes y dos facultativos. Se hizo de forma progresiva y graduando la implicación de la cuidadora. La evaluación se hizo de forma continua mediante la observación sistemática.

**Resultados**

La cuidadora adquirió los conocimientos y las habilidades para proporcionar los cuidados necesarios a la paciente. Así mismo fue capaz de afrontar la situación y asumir las posibles complicaciones demostrando capacidad para la toma de decisiones en momentos decisivos.

**Discusión**

La participación e implicación de la familia en los cuidados del paciente es fundamental, pero la decisión de involucrarse debe ser voluntaria.

Debemos asegurarnos que la familia acepta la situación y el esfuerzo para proporcionar los cuidados con el fin de evitar, en la medida de lo posible, un afrontamiento familiar incapacitante y, por contra, conseguir efectos beneficiosos. Es importante constatar que la familia posee recursos y capacidades de adaptación a la situación estresante.

**Bibliografía**

- Torres L, Morales JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomend de la sociedad Andaluza de enfermería de cuidados críticos. Tempus Vitalis. 2004; 4 [1]:18-25.
- Heras G, et al. Humanizando los cuidados intensivos. 2017; 103-128.
- Rodríguez MC, Rodríguez F, et al. Family involvement in the critically ill patient basic care. Enfermería Intensiva 2003; 14:96-108.
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería [NIC] 2013; 6e



**SHHH... SE DUERME!!!**

Gemma Guillaumet Justribo, Lidia Cuenca Sanchez, Esther Giralt Sellarés, Esther Rubio Diaz, M.ª  
Jesús Rodríguez Claraco

Fundació Althaia Manresa.

gguillaumet@althaia.cat

59

**Introducción:**

El sueño se ve muy alterado en pacientes críticos por causas individuales (edad, insomnio previo, alteraciones cognitivas), causas patológicas (disnea, sepsis, intoxicaciones) y causas ambientales (luz, ruidos, tratamientos médicos y de enfermería).

Está descrito como la privación de sueño tiene efectos secundarios que pueden llegar a ser graves (delirio, psicosis).

**Objetivos:**

El objetivo principal es poner en marcha un paquete de medidas encaminadas a proteger el sueño de todos los pacientes críticos, intentando blindar el período desde las doce de la noche hasta las seis de la mañana.

**Metodología:**

Estudio descriptivo cualitativo. A partir del registro de datos del programa informático Gacela® se recogen las actuaciones que enfermería lleva a cabo durante el turno de noche. Posteriormente se hace una puesta en común con todo el equipo multidisciplinario.

**Resultados:**

El proyecto lleva en marcha un mes y después del análisis de los datos recogidos se puede verificar que ha habido una mejora por parte de las actuaciones de enfermería que facilitan el sueño reparador del paciente. Los resultados obtenidos hasta ahora demuestran una mejora del descanso del paciente y una mayor concienciación por parte del personal.

**Discusión:**

Aunque la actuación de enfermería tiende a facilitar el objetivo del proyecto, ciertas variables no son dependientes del personal. La falta de indicadores hace difícil cuantificar los resultados actualmente.

**Bibliografía:**

1. Gómez C. *Calidad del sueño de los pacientes ingresado en una unidad de cuidados intensivos*. SEEIUC. 2013; volumen [24]: 3-11
2. Calvete R. et al. *El sueño de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos y los factores que lo alteran*. Enfermería intensiva. 2000; 11 (1): 10-6
3. Tineo T. et al. *¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos?*; Revista científica de la sociedad española de enfermería neurológica. 2011.volumen [34]: 39-45.
4. López de Castro F. et al. *Abordaje terapéutico del insomnio*: SEMERGEN Medicina de familia.2012; volumen [38]: 233-240.

**PROYECTO GYM-UCI**

Ricardo Rodrigues Gomes, Beatriz Porral Sánchez, Marta Segura Pensado, María José Rodríguez Fernández, Alberto Touceda Bravo.

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

marta.segura.pensado@gmail.com

60

**Introducción**

La Movilización Precoz (MP) consiste en una serie de técnicas que tienen como objetivo disminuir los efectos adversos asociados a la inmovilización de los pacientes ingresados en las unidades de pacientes críticos.

Con este proyecto pretendemos esquematizar la intervención que ya reciben nuestros pacientes, señalar donde involucraremos a las familias en el proceso asistencial de la aplicación de la Movilización Precoz y estudiar sus efectos.

**Objetivos:**

Estudiar el efecto de involucrar a las familias en el proceso asistencial de implementación de la Movilización Precoz.

**Metodología:**

Una vez estabilizada la situación clínica de ingreso en la Unidad y en consenso con el Médico responsable por el paciente, el Fisioterapeuta de la UCI formará a los familiares/cuidadores, que se predispongan a ello, en la aplicación de las técnicas que se consideren seguras y se encuadren dentro de los procedimientos de Movilización Precoz de la Unidad. Se facilitará un documento gráfico con los ejercicios a realizar.

Se formarán dos grupos (control y MP), asumiendo por nuestra experiencia, que hay familiares que no querrán participar en la aplicación de la MP y otros que si, eliminando de esta forma los problemas éticos asociados a una aleatorización para la formación de un grupo control.

**Discusión**

A pesar de que existen complicaciones poco frecuentes derivadas de la movilización precoz existen publicaciones que demuestran la efectividad, seguridad y la necesidad de la aplicación de la movilización precoz en los pacientes críticos. Por ello esperamos que la inclusión de las familias en el proceso de movilización precoz potencie los beneficios más constatados como son la disminución de miopatía del paciente crítico y de la incidencia de delirium, disminución de los días de ventilación mecánica, estancia en UCI y por tanto de la mortalidad.

**“LA LIMITACIÓN DEL SOPORTE VITAL COMO PRIMER PASO HACIA LA HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA INTENSIVA”**

María Lourdes Cordero Lorenzana; Inés Esmorís Arijón; Teresa Tabuyo Bello; Ignacio Suárez Paul;  
Álvaro Nieto García; Natalia Mejuto Montero.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Maria.Lourdes.Cordero.Lorenzana@sergas.es

61

**Introducción:**

La Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV) en situaciones irreversibles ha de cumplir unos requisitos científicos y de consenso. Evita el encarnizamiento terapéutico y es el primer paso hacia la humanización.

**Objetivos:**

- Demostrar que son necesarios registros y encuestas para conocer el efecto y comparar con otros.

**Metodología:**

Describir tres casos clínicos para demostrar su relevancia.

**Resultados:****CASO 1:**

Varón 56 años:

- Diabetes mellitus. Síndrome metadiabético. Enfermedad renal crónica grave.
- Tabaquismo. Enolismo.
- EPOC. VMNI y oxígeno domiciliario. Múltiples ingresos. Historia:

En tres meses 3 ingresos.

1º shock séptico (32 días) disfunción multiorgánica. Traqueotomía.

2º reingreso (12 días) insuficiencia respiratoria, disfunción multiorgánica.

3º reingreso (6 días) neumonía, oclusión intestinal, disfunción multiorgánica.

A pesar de antecedentes graves y limitantes sólo en el tercer reingreso se decide LTSV. No hay registro.

**CASO 2:**

Varón 84 años.

- FA paroxística. MP definitivo. Sintrom.
- Cardiopatía valvular: IAO moderada. Dilatación ventricular izquierda.
- Adenocarcinoma de recto operado. Colostomía.

Historia:

Ingresado 20 días en Grandes quemados-UCI.

Quemaduras 35%, áreas especiales. Escarotomías. Soporte hemodinámico- respiratorio. Al ingreso no subsidiario de hemodiálisis continua.

Disfunción renal que progresa.

A pesar de edad, antecedentes, oligo-anuria y registrar que “no es subsidiario de hemodiálisis” no se plantea

LTSV hasta el 23º día. No hay registro.

**CASO 3:**

Varón 62 años

- Adenocarcinoma de recto T3N1+M. QT y RT.

## Historia

Ingresa por shock (12 días) con isquemia intestinal y necrosis esofágica, disfunción multiorgánica.

El 5º día rotura esofágica, esofaguectomía, shock grave. Se decide LTSV. Exitus a las 23.25

A pesar del pronóstico oncológico y diagnósticos (isquemia intestinal y perforación esófago) no se plantea

LTSV. No hay registro.

## Discusión:

- El registro del proceso de LTSV es una exigencia ética, jurídica y humana. Debe contener los elementos necesarios perfectamente registrados en la historia clínica del paciente.

## Bibliografía:

- Monzon Marin J.L., Saralegui R I., Abizanda i Campos R., Cabre Pericas L., Iribarren Diarasarri S., Martin Delgado M.C. et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med. Intensiva. 2008;32(3):121-133.

- Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C, Alcalá-Zamora J, Cook DJ, Sanchez JM, Abizanda R, Miró G, Fernandez Del Cabo MJ, de Miguel E, Santos JA, Balerdi B. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. Intensive Care Med. 2001 nov;27(11):1744-9.

2001 nov;27(11):1744-9.

- Cabré L, Solsona JF y grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. Med Intensiva. 2002;26: 304-311.

- A. Couceiro Vidal. Bioética y medicina actual. Ética y medicina.

- Indicadores de calidad. SEMICYUC 2011.<http://www.semicyuc.org/temas/calidad/indicadores-de-calidad>.

- Cabré L, Mancebo J, Solsona J, Saura P, Gich I, Blanch L, et al. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. Intensive Care Med. 2005 jul;31(7):927-33. Intensive Care Med. 2005; 31:927-33.

- A. Gonzalez-Castro, O. Azcume, Y. Penasco, J.C. Rodriguez, M.J. Dominguez y R. Rojas. Opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. Revista de calidad asistencial 2016; 31 (5): 262 – 266.

- R. Fernandez Fernandez, F. Baigorri Gonzalez y A. Artigas Raventos. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos ¿Ha cambiado en el siglo XXI? Med Intensiva 2005; 29 (6): 338-41.

- Abizanda R, Almendros L, Balerdi B, Socias L, Lopez J, Valle FX. Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva. Med Intensiva. 1994; 18:100- 5.

- Esteban A, Gordo F, Solsona L, Alia I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: A Spanish prospective multi-centre observational study. Intensive Care Medicine. 2001;27:1744 - 9.

- L. Cabre Pericas, J.F. Solsona Duran y Grupo de trabajo de Bioética de la Semicyuc. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med. Intensiva 2001; 26 (6): 304 – 11.

- LIMITACION del esfuerzo terapeutico en cuidados intensivos. Junta de Andalucía.

Recomendaciones para la elaboración de protocolos / autoría, Simon Lorda – Pablo, Esteban Lopez

- Maria Sagrario y Cruz Piqueras. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.

**¡EL APOYO AL FINAL DE LA VIDA TAMBIÉN HUMANIZA!**

Inés Esmoris Arijón; María Lourdes Cordero Lorenzana; Teresa Tabuyo Bello; Gonzálo Martínez Sande; Ignacio Suárez Paul; Xiana Taboada Fraga.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Ines.Esmoris.Arijon@sergas.es

63

**Introducción:**

En la UCI cuando se comunica la irreversibilidad de la enfermedad sin un diagnóstico definitivo, en la familia se produce un sentimiento de impotencia que impide afrontar la pérdida. Nuestro trabajo es incompleto si no se acompaña del cuidado de los problemas no médicos de los familiares.

**Objetivos**

Ofrecer alternativas a los familiares al final de la vida hacia la humanización en UCI.

Incluso la búsqueda de la enfermedad al final de la vida y/o la participación del psicólogo en el duelo final.

**Metodología:**

Mujer de 54 años ingresada durante 8 días

HTA. Diabetes mellitus. Obesidad. Fumadora > 30 años [38 paquete/años]

Hace 2 meses ingresa, probable EPOC sin pruebas respiratorias. Con VMNI. No TC.

Historia

Disnea progresiva, tos, esputos hemoptóicos.

En UCI por insuficiencia respiratoria severa, infiltrados pulmonares bilaterales. SDRA. Sedo-relajación. Decúbito prono. HDFVVC. Cobertura antibiótica.

Broncoscopia (24 horas): mucosa inflamada, empedrado. Cultivo VSR, Cándida y CVM tratamiento.

Se informa del pronóstico grave sin diagnóstico claro. Familia muy afectada. Se propone apoyo psicológico que rechaza.

Atelectasia. Broncoscopia: múltiples lesiones mamelonadas friables con estenosis. Biopsia. Shock refractario. SDRA. FMO. Exitus.

La familia (esposo e hija) muestran duelo importante, incapacidad para afrontar la pérdida.

Se solicita necropsia que acepta, con apoyo psicológico que aceptan.

Anatomopatológico: CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ALTO GRADO TIPO CELULA PEQUEÑA pulmones. Area peripancreática, estómago y esófago, ambos riñones, hígado y grasa mesentérica intestinal y de ambos diafragmas.

Se informa la necropsia.

En 3 meses la familia ha visitado varias veces al Psicólogo. Progresivamente aceptan la pérdida, superan el sentimiento de frustración.

**Resultados:**

Nuestro trabajo al final de la vida incluye aspectos importantes relacionados con las familias.

Forma parte de la calidad asistencial y humanización de nuestros servicios: derecho a necropsia y apoyo psicológico.

**Discusión:**

El psicólogo puede contribuir de manera activa en la evaluación y apoyo de la familia. El saber y conocer ayuda a soportar el duelo.

**Bibliografía:**

- Ana María Contreras Moreno, Ximena Palacios Espinosa. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud Rev. Univ. Ind. Santander. Salud vol.46 no.1 Bucaramanga Jan. /Apr. 2014.
- M. Gálvez González, F. Ríos Gallego, L. Fernández Vargas, B. del Águila Hidalgo, G. Muñumel Alameda, C. Fernández Luque. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. Enfermería Intensiva 2011; 22:13-21.
- Fernando Álvarez Martínez, M<sup>a</sup> José Molero Pardo. Protocolo de actuación ante el proceso de muerte. Comisión de Humanización de los Cuidados.
- Zaforteza Lallemand, S. Prieto González et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. Enfermería Intensiva 2010; 21:11-9.



**CONTRIBUCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL MANEJO DEL PACIENTE EN UCI**

Teresa Tabuyo Bello; Inés Esmorís Arijón; María Lourdes Cordero Lorenzana; Álvaro Nieto García;  
Gonzalo Martínez Sande; Helena Triguero San Cristobal

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

teresa.tabuyo.bello@sergas.es

65

**Introducción:**

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos es un evento que modifica la vida y se describe como una experiencia aterradorante. El psicólogo, estudioso del comportamiento, contribuye de manera activa en la evaluación y el manejo del paciente crítico, de su familia y de los miembros del equipo de salud.

**Objetivos:**

A través de dos casos clínicos tratamos de reflejar la relevancia de atender los aspectos psicológicos de nuestros pacientes y sus familias.

**Metodología:** Descripción de los casos clínicos.

Caso nº 1:

Mujer de 42 años que Ingresa en UCI por shock cardiogénico por disfunción biventricular aguda. Precisa trasplante cardíaco en urgencia 0. Cursa el postoperatorio sin grandes complicaciones, pero la separación de ventilación mecánica es imposible hasta que solicitamos el apoyo del psicólogo.

La paciente pudo extubarse en las siguientes 48 horas.

Caso nº 2:

Hombre de 34 años que sufre un politraumatismo grave principalmente a nivel torácico y abdominal por lo que está ingresado más de 2 meses en UCI. Por shock profundo sufre isquemia severa de ambos miembros inferiores que precisa amputación supracondílea. Cuando el paciente despierta se solicita apoyo psicológico. Recupera progresivamente y se va de alta a la planta donde continua sus cuidados. Durante su estancia hospitalaria escribe un libro donde queda reflejado experiencia y afán de superación.

**Discusión:**

A propósito de ambos casos ahondar en el apoyo que proporciona el psicólogo en UCI.

**Bibliografía:**

- Contreras Moreno AM, Palacios-Espinosa X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Rev.univ.ind.santander. salud2014; 46 (1):47-60
- Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med. Intensiva [Internet]. 2007 Sep; 31(6): 318-325.
- Novoa Gómez, Mónica María; Ballesteros de Valderrama, Blanca Patricia. El rol del Psicólogo en una Unidad de Cuidados Intensivos. Universitas Psychologica, [S.l.], p. 599-612, jun. 2006. ISSN 2011-2777.
- Luciano Santana Cabrera, Juliana Martín Alonso, Manuel Sánchez-Palacios. R Cuidados psicológicos del paciente crítico. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2009;2(2) 99-101



**ESTRATEGIAS MENSUALES DE UN PROYECTO DE HUMANIZACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA**

Marina Vidal Pulido, Jose Ignacio Antiñolo Bueno, Miguel Ángel Salobreña Burgos, Ana Rosa Ruiz, Ana Ríos Pérez e Isabel de la Torre Gálvez

Hospital Universitario Regional De Málaga

miguelsb80@hotmail.es

66

**Introducción:**

Proyecto que tiene por objeto la Humanización en los cuidados en la atención sanitaria de Andalucía

**Objetivos:**

- General: Desarrollar un Plan de Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Regional de Málaga
- Específicos:
  - Mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes.
  - Mejorar el estado bio-psico-social y espiritual de los pacientes.
  - Aumentar la calidad asistencial mediante la implantación de acciones humanizadoras que abarquen todo el ámbito sanitario

**Metodología**

Constitución de una comisión de Humanización formada por profesionales sanitarios de la UCI de nuestro centro. Tras diferentes reuniones se han descrito líneas estratégicas para desarrollar un Plan de Humanización en un período de doce meses, otorgándole una línea estratégica a cada mes. La materialización de cada línea estratégica implica a diferentes profesionales que han de planificar y desarrollar acciones y actividades encaminadas a mejorar la Humanización de la atención en la Unidad.

**Resultados**

Las líneas estratégicas del Plan de Humanización son:

Mes 01: Mes de la Sensibilización-Concienciación.

Mes 02: Mes de la Comunicación y Relación entre Profesionales.

Mes 03: Mes de la comunicación e información al paciente.

Mes 04: Mes del bienestar físico del paciente.

Mes 05: Mes dedicado a la atención de la espiritualidad y Bienestar psicológico.

Mes 06: Mes de la mejora ambiental de la UCI.

Mes 07: Mes del Cuidado al Profesional.

Mes 08: Mes del cuidado al final de la Vida.

Mes 09: Mes de la Flexibilización de las Visitas y acompañamientos.

Mes 10: Mes dedicado a la implicación de los familiares en el cuidado y toma de decisiones compartidas.

Mes 11: Mes de la Atención al Post-síndrome de la UCI.

Mes 12: Mes de los paseos que curan.

**Discusión**

Actualmente estamos en el cuarto paso y estamos sensibilizando a los profesionales y concienciándolos para enganchar al mayor número de ellos. Tenemos que apostar en la



Humanización para impregnar la atención sanitaria de valores humanos, cuidando a la persona en su globalidad, con el máximo respeto y dignidad, y contemplando sus dimensiones física, intelectual, emotiva, social y espiritual. LaLa acogida por los profesionales ha sido muy positiva y las acciones que se están implantando están teniendo excelentes resultados.

**Bibliografía:**

Ariza-Olarte C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm Univ. 2012; 9(1): 41-51.

Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud colectiva. 2005; 1(1): 9-32.



**MEJORA DEL BIENESTAR Y PUESTA EN VALOR DE LA DIGNIDAD DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN LA  
UNIDAD DE CRÍTICOS DE UN HOSPITAL GENERAL**

Pazos Jardón Carmen, Cabadas Avión Rafael, Rey Martínez Marcial, Groba Peéez Fernando

Povisa

cpazos@povisa.es

68

**Justificación**

Los niveles de calidad asistencial alcanzados, en términos de supervivencia y disminución de las comorbilidades asociadas, impulsaron a realizar una reflexión sobre el impacto tecnológico y las condiciones de instrumentalización y cuidados a los que hemos sometemos pacientes y familiares. Desarrollamos un proyecto que debe facilitar la convivencia de pacientes y familias, coparticipando en el proceso con el equipo asistencial.

**Objetivos**

Implantar soluciones efectivas para reducir el impacto de las intervenciones sobre el paciente crítico y familia.

**Metodología**

Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de 19 camas, referencia para grandes quemados en su área.

Fases:

1. Equipo multidisciplinar recoge la práctica diaria y analiza la situación de partida.
2. Definición de áreas de intervención prioritaria
3. Planificación:  
Estudio económico con presupuestos para las adaptaciones estructurales y tecnológicas del Servicio. Estimación del impacto en la práctica asistencial
4. Diseño de objetivos, plan de intervención, cronograma de implantación, responsables y fechas de implementación.
5. Rediseño de circuitos para información clínica, personalización de horarios de visitas, educación de familias en los procesos de cuidados.
6. Comunicación con grupos de interés: profesionales, pacientes y familiares.
7. Plan de Formación de los profesionales.
8. Metodología de evaluación
9. Encuesta para pacientes y familiares

El valor añadido del proyecto es su vocación integral, su compromiso con la mejora del bienestar de los pacientes y sus familiares, así como la retroalimentación constante que deriva en acciones correctoras.

**Resultados**

1. Protocolo de integración UCI aplicado al 100 % de los familiares.
2. 100 % de pacientes con problemas de comunicación han accedido al uso de iconos táctiles (pictogramas) en las tablets habilitadas.
3. Contacto con el exterior a través de tablets y teléfonos de llamada inmediata a todo paciente que así lo desee.
4. Antifaces y tapones auditivos disponibles.
5. Disminución de la intensidad lumínica de 23,00 PM a 06,30 AM.



## ELABORACIÓN DE UNA INFOGRAFÍA PARA COMUNICAR Y DIFUNDIR UN PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS BASADO EN LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS (INNOVAHUCI)

Carlos Velayos, María Ángeles de la Torre, Ángela Alonso, Raquel del Olmo, Beatriz Nieto, María Velayos

Servicio de Medicina intensiva del H. Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

carlos.velayos@salud.madrid.org

69

### Introducción:

La difusión de la información relevante para nuestros pacientes y sus familias en relación a la enfermedad crítica y sus consecuencias es una tarea importante y, a menudo, descuidada. En el hospital de Fuenlabrada hemos puesto en marcha un proyecto para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del Síndrome post-Cuidados Intensivos (PICS) y queremos que sea un proyecto que alcance la máxima difusión.

### Objetivos:

Elaborar una infografía que permita que la población sin formación sanitaria pueda comprender en qué consiste el PICS y nuestro proyecto. Pretendemos que estos mensajes puedan llegar a los verdaderos protagonistas: las personas que han sobrevivido a una enfermedad grave y sus familias.

### Metodología:

Tras una revisión de las infografías que se publican en relación a distintas patologías y recomendaciones en el ámbito de la promoción de la salud, fundamentalmente en redes sociales (Facebook y Twitter), se han diseñado una serie de imágenes y textos que resumen la información relevante que queremos difundir en relación al PICS y a nuestro proyecto de una forma sencilla y de alto impacto visual.

### Resultados:

Presentamos la infografía elaborada con los diez puntos clave del proyecto. Esta infografía se expuso en la XII Feria de la Salud de Fuenlabrada y se ha difundido a través de Redes Sociales tanto en castellano como en inglés. Los pasos que resumen nuestro proyecto son:

1. Los pacientes que ingresan en la UCI están muy graves
2. Mientras el paciente está sedado la familia está muy preocupada. Nosotros podemos apoyarla
3. El familiar puede escribir un Diario del Paciente que le ayudará en la recuperación
4. Una vez el paciente pasa a la Planta el equipo de UCI irá a valorarle
5. Después el paciente puede presentar alteraciones físicas cognitivas y psicológicas
6. Cuando reciba el alta a su domicilio deberá continuar su recuperación en casa
7. Le veremos en la consulta PostUCI al mes del alta y valoraremos su situación
8. Seguiremos su evolución hasta que mejore. Es un proceso largo, pero lo logrará
9. Haremos reuniones de pacientes PostUCI y sesiones informativas
10. Lo más importante es que recuerde que NO ESTÁ SOLO. (Se adjunta al final del texto en castellano y en inglés)

### DISCUSIÓN:

Las infografías nos parecen un cauce de comunicación muy útil para que la población pueda conocer un proyecto como el nuestro. Una infografía como esta puede conseguir que las personas que han sobrevivido a una enfermedad grave y sus familias conozcan y comprendan en qué



consiste el PICS y sepan que no es una situación extraña en la que se encuentran abandonados, sino que se puede actuar y mejorar con proyectos como el nuestro. Esta iniciativa ha tenido una excelente acogida y difusión. Y consideramos que está en la misma línea que el desarrollo de una app o que la puesta en marcha de reuniones de pacientes y familiares para apoyo y psicoterapia (metodología peer support).

**Bibliografía:**

1. Harvey M, Davidson J. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now... and Later. Crit Care Med. 2016 Feb;44(2):381-5.
2. Beesley SJ et al. Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients. Crit Care Med. 2018 feb;46(2):229-235.
3. Thoma B, Murray H, Huang SYM, Milne WK, Martin LJ, Bond CM, Mohindra R, Chin A, Yeh CH, Sanderson WB, Chan TM. The impact of social media promotion with infographics and podcasts on research dissemination and readership. CJEM. 2018 Mar;20(2):300-306.
4. McCrorie AD, Donnelly C, McGlade KJ. Infographics: Healthcare Communication for the Digital Age. Ulster Med J. 2016 May;85(2):71-5.



**HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS: COMENCEMOS POR EL DESCANSO**Lucía Arcos Lopez, Marina Vidal Pulido, M<sup>a</sup> Dolores Martín Atencia

Hospital Regional Universitario de Málaga

marinavidalpulido@gmail.com

71

**Introducción:**

El ser humano tiene la necesidad fisiológica de dormir durante toda la vida, pues es imprescindible recuperar la energía perdida en la realización de las actividades diarias, para poder mantener la salud [1]

El sueño cumple una serie de funciones biológicas que resultan necesarias para la salud de las personas.

El ambiente de la uci afecta psicológicamente a los pacientes de manera negativa.

Para los pacientes ingresados en Cuidados intensivos, el sueño supone un componente importante en su proceso de salud- enfermedad, sufriendo desajustes de esta necesidad debido a su propia patología

**Objetivo:**

- Objetivo general: Humanizar los cuidados intensivos, comenzando por el descanso
- Objetivo específico:
  - Promover el respeto al sueño de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos
  - Adoptar recomendaciones que reduzcan los efectos de los factores que intervienen en la discontinuidad del sueño (luz, ruido y organización de los cuidados)
  - Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería, para garantizar el descanso

**Metodología:**

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica para conocer las principales recomendaciones y cuidados de enfermería necesarios para garantizar el descanso en una unidad de cuidados intensivos, basándonos en el Proyecto Sueño. El análisis incluye como base de datos Cochrane, Scielo, PubMed y el buscador Google académico. Se utilizaron como criterios de inclusión que los artículos estuvieran escritos en español y que hubieran sido publicados hace diez años o menos, se utilizaron como descriptores "cuidados de enfermería", "humanización", "uci.

**Resultados:**

Se establecen dos grupos o fenómenos que alteran el sueño en una uci:

- Factores ambientales: ruido, luces, hablar en voz alta, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Factores psicofisiológicos: dolor, ansiedad, estrés

Pautas que nos ayudan a corregir estas interferencias en el descanso:

- Modificar nuestras rutinas de trabajo, adaptándolas para favorecer el descanso del paciente.
- Es importante planificar las interrupciones del sueño de los pacientes
- Es importante la prescripción de medicación que ayuden a conciliar el sueño, ya sean inductores del sueño, opiáceos o ansiolíticos

**Resultados:**

- El sueño del paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos, debe ser considerado una necesidad de reposo, ligada a su bienestar



- Resulta necesario que los profesionales que trabajan en uci (médicos, enfermeras y auxiliares) conozcan que impacto tiene la falta de sueño en la salud del paciente y cómo influye en su recuperación
- Por esto es fundamental que, en las UCI, en sus procesos de educación continuada, se sensibilice al grupo de trabajo, promoviendo la importancia que tiene el sueño en el paciente crítico y sus repercusiones,
- Incluir de manera sistemática, valoración del sueño en los registros de enfermería
- Desarrollar protocolos basados en la evidencia en el manejo del sueño.
- Humanicemos la uci, comencemos por el descanso.

**Bibliografía:**

1. Fernández Ferrin C, Garrido Abejar M, Santo Tomas Pérez M, Serrano Parra M D. (2003) Enfermería Fundamental. Barcelona, Masson,
2. Houssay. (2000). Fisiología Humana. 7a. Ed. El Ateneo
3. Guyton A C, Hall G. (2001). Tratado de Fisiología Médica. 10a Ed. McGraw-Hill - Interamericana, Madrid
4. Medina Cordero, A., Fera Lorenzo, D.J., & Oscoz Muñoa, G. (2009). Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enfermería Global, (17)
5. Basco Prado L, Fariñas Rodríguez S, & Hidalgo Blanco MI. (2010). Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Revista Cubana de Enfermería, 26(2).



## HUMANIZACIÓN DE LAS FAMILIAS MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS (CCFNI)

Martin Atencia, M<sup>a</sup> Dolores, Arcos Lopez Lucia, Vidal Pulido Marina

Hospital Regional Universitario de Málaga

marinaavidalpulido@gmail.com

73

### **Introducción:**

Los familiares son una parte muy importante en el proceso de la enfermedad y el cuidado de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Por ello es fundamental conocer sus necesidades, para tratar de mejorar la adaptación a una situación tan difícil como es el ingreso en UCI

No fue hasta la década de los 70, cuando apareció el primer trabajo donde se mostraba interés por las necesidades de los familiares de un paciente ingresado en cuidados críticos; y en 1979, cuando una enfermera llamada Nancy Molter, elaboro lo que posteriormente se desarrollaría como el CCFNI.

### **Objetivo:**

Mediante una adaptación del CCFNI original, basada en una versión española que consta de 11 ítems, valorar las necesidades que tienen las familias con un adulto hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos.

### **Metodología:**

Realizamos una búsqueda bibliográfica, revisando la distinta literatura que tratan el tema de las necesidades de las familias en una uci, utilizando las bases de datos CINAHL, Cochrane, Scielo, Google académico y Pudmed.

Resulta importante tener en cuenta diferentes factores:

- Tipos de familia:
  - Nuclear: progenitores + hijos
  - Homoparental: cónyuges del mismo sexo, con o sin hijos
  - Monoparental: padre o madre solos, con uno o más hijos a su cargo
  - Familia extensa.

Hay que tener en cuenta, que, en la mayoría de familias, cuando alguno de sus miembros está ingresado, determinados factores individuales, acaban afectando al conjunto del grupo.

Se muestra, en Anexo 1, el cuestionario (adaptado por Gómez, Ballester y Gil, 2011) sobre el que nos hemos basado para elaborar uno muy similar, pero con determinadas modificaciones adaptadas a nuestra unidad de cuidados intensivos, basándonos en criterios que van enfocados a nuestro objetivo fundamental que es: HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN UCI.

Los ítems se valoran en una escala Likert que va desde 1 (poco importante) a 4 (muy importante). A mayor puntuación, más necesidades percibidas.

### **Resultados:**

Se trata de un proyecto en vía de desarrollo, por lo que aún no podemos mostrar resultados como UCI del Hospital Regional Universitario de Málaga, pero basándonos en la bibliografía revisada, si podemos establecer que conociendo y satisfaciendo las necesidades que las familias con un familiar ingresado en la unidad de cuidados intensivos, podemos aliviar su angustia y favorecer su bienestar.



**Conclusion:**

Todo el equipo que trabaja en una UCI, se encuentra día a día con muchos retos que cumplir, pero uno de los mayores retos, es hacer frente a las necesidades percibidas por las familias durante la estancia de su ser querido en nuestra unidad.

Se peca, aunque siempre de manera involuntaria, en centrarse principalmente en los cuidados que el paciente necesita, y se presta poca o ninguna atención a la familia.

Sin perder el objetivo fundamental que es la recuperación del paciente, se deben plantear objetivos encaminados a la familia, ya que repercutirán positivamente en la propia familia y en el paciente.

Son necesidades básicas que se cubren sin demasiado esfuerzo, pero con mucha voluntad:

- Hacerles sentir que nos importan, que están ahí y que existen
- Hacerles participe de los cuidados
- Escucharlos
- Explicarles los cuidados prestados
- Hacerles sentir que son importantes en la recuperación de su familiar.

**Bibliografía:**

- 1- Gómez Martínez, S., Ballester Arnal, R., & Gil Juliá, B. (2011). El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 349-361.
- 2- Padilla Fortunatti, Cristóbal Felipe. (2014). Necesidades más importantes de los familiares del paciente crítico a la luz del instrumento Critical Care Family Needs Inventory. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 306-316.
- 3- Olano, M., & Vivar, C. G. (2012). Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(1), 53-67.
- 4- Fernández Sotelo, S. (2015) Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos.



**ESCUELA DE RCP PARA FAMILIARES DE UCI. IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Aida Fernández Ferreira, Jesús Priego Sanz, David Mosquera Rodríguez, Cristina Carbajales Pérez,  
Guillermo Lago Preciado, Isabel Gallego Barbachano.

Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

aida.fernandez.ferreira@sergas.es

75

**Introducción:**

La formación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de legos es deficitaria. Desde la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) podemos contribuir a su divulgación centrándonos en los familiares de nuestros pacientes. Con ello, minimizamos el impacto negativo que supone la estancia en UCI de un ser querido.

**Objetivos:**

General

-Describir la metodología de implantación de una escuela de RCP para familiares de UCI.

Específicos

-Contribuir a la humanización de los cuidados intensivos desde la formación.

-Divulgar de las técnicas de SVB en la nuestra población

**Metodología**

La escuela de RCP para familiares de UCI es un proyecto multicéntrico. La implantación en la UCI del Hospital Alvaro Cunqueiro de Vigo consta de 3 fases:

Fase 0: oferta a familiares de pacientes ingresados en UCI (máx 3 familiares/paciente) 1 taller/2 semanas.

Fase 1: todos los familiares de los pacientes de UCI. 1 taller/semana

Fase 2: familiares de pacientes en áreas de Hospitalización con mayor riesgo de PCR (cardiología, neumología...) 2 talleres/semana.

Los instructores son médicos de UCI. El taller dura 20 minutos. Usamos el método expositivo (material audiovisual) y demostrativo (maniquí RCP básica y DESA entrenamiento) como herramientas docentes.

**Resultados**

Un 57% de las PCR extrahospitalarias son domiciliarias y un 74% son presenciadas. Se estima que 20% serían recuperables si los testigos inician RCP precoz. Tenemos una UCI de 30 camas con una media de ingresos de 806 pacientes/año, podríamos formar a más de 2400 personas/año.

**Discusión:**

Más allá de nuestra labor asistencial, podemos complementar nuestra actividad diaria realizando una labor educacional extendiendo la formación en RCP básica a los familiares de los pacientes de cuidados intensivos (UCI) siendo esta una línea estratégica del proyecto HU-CI.

Basándonos en la bibliografía actual, la RCP precoz es fundamental por lo que se hace especial hincapié en estrategias que formen a la población.

**Bibliografía**

Robert Greif, Adrew S. Lockey, Patricia Conaghan, Anne Lippert, Wiede De Vries, Koenraad G. Monsieurs, on behalf of the Education and implementation of resuscitation section Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 10. Education and implementation of resuscitation. Resuscitation 95 (2015) 288-301

J.B. Lopez-Messa, H Martin-Hernández, J.L. Pérez-Vela, R. Molina Latorre y P. Herrero-Ansola.  
Novedades en métodos formativos en resucitación. *Med Intensiva*. 2011; 35(7): 433-441  
Simonw Savastano, Vincenzo Vanni. Cardiopulmonary Resuscitation in real life: The most frequent  
fears of lay rescuers. *Resuscitation* 82 (2011) 568-571  
Comilla Sassons, MD, MS; Mary A.M. Rogers, MS, PhD; Jason Dahl, MD; Arthur L. Kellermann, MD,  
MPH. Predictors of Survival From Out-of-Hospital Cardiac Arrest. A systemic Review and Meta-  
Analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010; 3:63-81.



## ¿QUEDA ALGUIEN POR INFORMAR?

Lucía Gonzalez-Moro, Marta González Lorenzo, Concepción Zazo Sanchidrián, Inés Montiel, Mariano Esteban García-Fontecha.

Hospital Universitario San Juan. Hospital General Universitario de Alicante.

m.esteban@coma.es

77

### **Introducción:**

en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) observamos que la información de la estancia (P-ICI) que llega a los médicos y enfermería de pediatría atención primaria (MEPAP) es escasa. La mayoría de niñ@s volverá a su domicilio, a cargo de MEPAP.

### **Objetivos:**

medir cuanta P-ICI llega, cómo se transmite, y encontrar modos fáciles para mejorarla en atención primaria.

### **Metodología:**

encuesta de 14 preguntas a MEPAP de dos departamentos del área de salud de la ciudad de alicante (DASCA) enviada a finales de marzo/2018, con el soporte del servicio de admisión de nuestro hospital, y coordinadores de centros de salud de DASCA.

### **Resultados PRELIMINARES** (primeras respuestas, pendiente totalidad):

el 70% de MEPAP antigüedad >10años; el 90% tuvo algún paciente en UCIP; el 80% cree necesario mejorar P-ICI, principalmente (80%) mediante alerta al ingreso; solo el 30% conoce el síndrome post-UCI de pacientes (PICS) y otro tanto el de familiares (PICS-F); el 30% se enteró del ingreso en UCIP por familiares, el 20% lo supieron en todo momento, y la mitad no lo supo nunca; tras el alta hospitalaria, solo un 25% de MEPAP llaman al paciente para citarlo a revisión, visitándolo en el primer mes el 65%; la P-ICI no existe en el 50% de informes del alta hospitalaria, es aceptablemente buena/eficaz en el 80% de los informes de la UCIP, y la transmitida por los familiares es aceptablemente eficaz (60%), y bastante adecuada solo el 10%. Para mejorar la P-ICI se oferta, además, llamada telefónica directa y/o visita a la UCIP, además de permitir el acceso telemático a la historia clínica como visitantes (sin edición).

### **Conclusiones:**

encuesta muy bien acogida, que revela poca e inadecuada P-ICI a MEPAP. Resulta IMPRESCINDIBLE mejorar la intercomunicación con los futuros médicos responsables de nuestros pacientes en atención primaria.

**Comité organizador:**

Ángela Alonso, Álvaro Ortega, José A. Sesmero, Tayra Velasco, Dolores Vila, Gabriel Heras, Francisco Álvarez.

**Comité científico:**

Dolores Vila, Pilar Delgado, Laura de la Cueva, Marta Romero, José Carlos Igeño, José Manuel Velasco, Concha Zaforteza, Macarena Gálvez.

Sociedades Avaladoras:





**Libro de ponencias**

**4JHUCI**

**Vigo, 24, 25 de mayo**

**Proyecto HUCI**