

upna

Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

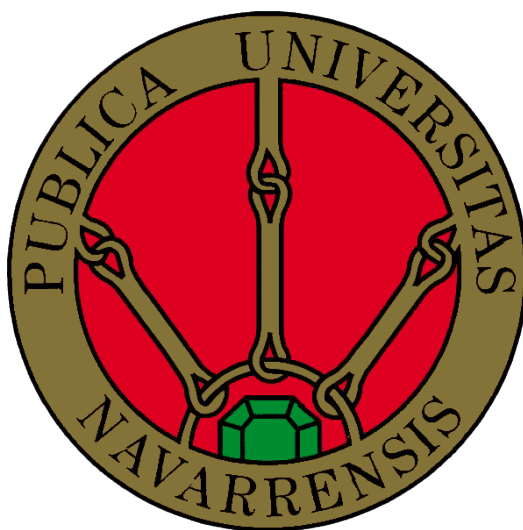
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

OSASUN ZIENTZIEN FAKULTATEA

# PROPUESTA DE MEJORA PARA UN CUIDADO HUMANIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDADES CORONARIAS

---

Trabajo Fin de Grado- Enfermería



**AUTORA DE TRABAJO: MAITE BRIEBA IBARROLA**

**DIRECTORA ACADÉMICA: IDOIA GARDE SESMA**

**CURSO ACADÉMICO: 2017/2018**

---

**CONVOCATORIA: MAYO 2018**

## RESUMEN

**Introducción:** El ingreso en la UCI es una experiencia estresante para el paciente y su familia. Como paciente se tiene derecho de recibir una atención digna, individualizada, de calidad, humana y ética. Es fundamental considerar a la persona como un todo, teniendo en cuenta tanto los problemas físicos, emocionales y sociales para proporcionar un cuidado lo más humanizado posible, siendo coherente con los valores que el hombre siente.

**Objetivo:** Identificar y analizar los aspectos éticos de la humanización en el cuidado del paciente crítico.

**Metodología:** Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, Dialnet, Pubmed, Elsevier. Asimismo, se utilizó google académico y páginas web oficiales.

**Resultados:** Se seleccionaron 29 artículos que respondían al objetivo de búsqueda. Se identificaron 3 temas de análisis: organización, funcionamiento y estructura de la UCI; factores ambientales estresantes para pacientes y familiares; cuidado ético y humanizado. Los principales factores estresantes para el paciente son generados por el ambiente de la UCI. Por el contrario, para la familia son la información y la seguridad. Se deberían centrar los esfuerzos en crear un ambiente más confortable y humano posible.

**Conclusión:** Se releva que las recomendaciones no corresponden con la práctica habitual. Asimismo, una guía de acogida al familiar es una herramienta que produce satisfacción y permite conocer el funcionamiento. Además, la flexibilización del horario de visita reduce el estrés y la ansiedad.

**Palabras clave:** Humanización; Unidad Coronaria; Unidad de Cuidados Intensivos; Necesidad; Visita flexible.

**Número de palabras:** 12096 palabras

IMPROVEMENT FOR CARE HUMANIZED IN INTENSIVE CARE AND IN CORONARY CARE UNIT (CCU)

ABSTRACT

**Introduction:** The hospitalization in the ICU is a stressful experience for the patient and the family. The patient has the right to receive quality, human and ethical care. That it means it should be coherent with their values. That is why the service must be oriented to the patient taking into account their physical, emotional and social problems.

**Aim:** To identify and analyze the ethical aspects of the humanization in the care of critical patient.

**Method:** A review of the literature is conducted in the following databases: Scielo, Dialnet, Pubmed, Elsevier. Furthermore, we used google academic and official web pages.

**Results:** 29 articles are included in this review. Three main themes emerged from the thematic content analysis: organization, operation and structure of the ICU; stressful factor for patients and families; ethical and humanized care. The main stressors for the patient are generated by the ICU environment. For the family the most important needs are information and security. So it should be create an ICU more comfortable and humanized.

**Conclusion:** According to the existing recommendations don't correspond with the usual practice. Also, a host family guide is a tool that produces satisfaction. In addition, the flexibility of the timetable of visit reduces stress and anxiety.

**Keywords:** Humanization of care; Critical care unit; Needs of the patients and the family; Flexible visitation.

**Number of words:** 12096 words.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
Patología cardiaca .....	3
La unidad coronaria: algunas consideraciones desde la ética.....	6
El cuidado ético y humanizado .....	9
Buenas practicas una oportunidad de mejora desde un marco ético. ....	10
2. OBJETIVOS .....	13
Objetivo principal .....	13
Objetivo secundarios .....	13
3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	15
4. RESULTADOS .....	21
UCI: Características, organización y funcionamiento.....	25
Factores estresantes y necesidades del paciente y la familia .....	31
Cuidado ético y humanizado.....	38
5. DISCUSIÓN .....	41
6. CONCLUSIÓN.....	45
7. PROPUESTA DE MEJORA .....	47
Elaboración de una guía de acogida y flexibilización del horario de visita. ....	47
7.1 Introducción.....	47
7.2 Objetivos.....	49
7.3 Material y métodos .....	49
7.4 Propuesta.....	51
7.5 Discusión.....	56
8. AGRADECIMIENTOS .....	59
9. BIBLIOGRAFÍA.....	61
10. ANEXO .....	65
Anexo 1: Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI).....	65
Anexo 2: Accesibilidad .....	66
Anexo 3: Díptico informativos. ....	66

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la medicina hasta nuestros días ha existido la necesidad de un cuidado ético y humanizado. Estas necesidades no siempre han sido las mismas sino que han ido cambiando a lo largo de la historia. Hoy en día, se siente de una manera más intensa gracias a la sensibilidad cultural y mayor oferta de recursos sanitarios (1).

Un cuidado humanizado hace referencia a que la atención sea coherente con los valores que el hombre siente. Las personas se caracterizan porque son únicos y trascendentes. Además, están inmersos en un contexto social y familiar con creencias y valores condicionados por una cultura. Por esto, es importante la visión subjetiva de las personas en la toma de decisiones (2).

A diferencia de otros trabajos, en el área de la salud se trabaja con seres humanos que frecuentemente se encuentran con un estado de salud alterado (1). Es fundamental, el papel de la humanización en la práctica profesional de enfermería. Además, el enfoque del cuidado adquiere una gran dimensión por su componente ético (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad cardiovascular (ECV), es la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en 2015 murieron 17.5 millones de personas, lo cual representa un 31 % de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7.4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria. Estos datos nos dan la importancia de la incidencia de esta patología (4).

Así pues, el ingreso en la Unidad Coronaria supone una experiencia estresante tanto para el paciente como para los familiares. El enfermo está conectado a monitores, cables, respiradores y ruidos irreconocibles que originan una situación de miedo e incertidumbre (5). Asimismo, la duda del diagnóstico y la falta de información precipita sentimientos de ansiedad, frustración, desánimo, soledad, tristeza y miedo (6).

El objetivo del Complejo Hospitalario de Navarra es proporcionar un cuidado de calidad para satisfacer las necesidades y conseguir mayor nivel de bienestar. Cabe resaltar los aspectos éticos y los valores del centro son (7):

- Orientación al paciente y resultados
- Flexibilidad e innovación
- Calidad asistencial
- Profesionalidad y competencia
- Inquietud docente e investigadora
- Transparencia, participación y confianza
- Relaciones y comportamientos éticos

En este sentido, todo paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria digna, humana, adecuada a su situación y útil para facilitar la mejora del proceso. Las actuaciones sanitarias deben respetar la dignidad humana y ser coherentes con las creencias de cada persona, adaptándose a las necesidades y características de cada paciente. De esta forma, se impulsa la humanización en la asistencia sanitaria creando un espacio de confianza, respeto y comprensión (2).

Por lo tanto, el cuidado debe estar enfocado en un sentido holístico, global e integral con el fin de identificar las necesidades particulares de cada persona, comprender el significado de la situación que está viviendo y conocer la cultura, creencias, valores y las experiencias previas (8).

La comunicación es esencial y debe ser permanente con el paciente ya que él es el protagonista del proceso. Para ello, se requieren actitudes y habilidades del equipo (9).

Por otro lado, la ciencia, la eficiencia y la tecnificación de los servicios de salud han hecho que el personal de salud anteponga los aspectos financieros y administrativos a la prestación de un servicio orientado al ser humano. En consecuencia, adquirir una visión y un cuidado holístico se ve dificultado (10).

En particular, mi interés por este tema se debe a la importancia que tiene para mí un buen cuidado y trato ético y humanizado al paciente, ya que el cuidado es la esencia de enfermería. Además, la atención debe ser personal, humana y

respetando la dignidad y los valores de las personas. Concretamente, este trabajo está centrado en la Unidad Coronaria. Durante mi estancia en prácticas en esta unidad he podido visualizar que es un espacio donde la tecnología es esencial para una monitorización y el control del paciente. Además, permite la detección y puesta en marcha de medidas con el fin de solucionar el problema y aumentar la supervivencia.

Con la elaboración de este trabajo lo que se pretende es identificar y analizar los aspectos éticos de la humanización en el cuidado de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos y Unidades Coronarias. Además, se ha elaborado una guía de acogida a los familiares en la Unidad Coronaria (UCC) con el fin de atender al familiar y explicar el funcionamiento de la Unidad.

### **Patología cardíaca**

Según la fundación española de cardiología, la patología cardiovascular (EVC) *“son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos.”* (11).

Cabe resaltar, que las ECV son la principal causa de muerte a nivel mundial. En 2015, murieron 17.5 millones de personas (4).

En España, las enfermedades cardiovasculares arterioescleróticas son la principal causa de hospitalización y de muerte. Además, es una patología frecuente en la población de edad avanzada (12).

Dado el progresivo envejecimiento de la población es previsible que en los próximos años la ECV continúe siendo uno de los mayores problemas sanitarios.

Así pues, la OMS ha elaborado unas estrategias mundiales para reducir la incidencia, la morbilidad y la mortalidad de estas enfermedades mediante (13):

- La reducción de los factores de riesgo.
- Desarrollo de innovaciones de atención de la salud costo eficaz y equitativo en la esfera del tratamiento.
- El seguimiento de las tendencias de las enfermedades cardiovasculares.

En Navarra estos pacientes son tratados generalmente en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). El CHN está dotado de un área del corazón que se ubica en el



pabellón D. Este servicio se estructura en tres áreas: D bajo, D primero (D1) y D tercero (D3).

El D bajo es donde se localizan la mayor parte de las exploraciones de cardiología: consultas de ecocardiografía, pruebas de esfuerzo, arritmias con sección Holter y la sala de hemodinámica donde tienen lugar los cateterismos.

El D primero cuenta con:

- Unidad Coronaria (UCC)
- Planta de cardiología
- Sala de electrofisiología (EF)

En la UCC permanecen los pacientes críticos y agudos. Está dotada de 8 box individuales preparados con el material necesario para atender a este tipo de pacientes. Una vez estables, son atendidos en la planta de cardiología, que es una unidad donde pertenecen hasta el alta.

Además, el D1 cuenta con una sala de electrofisiología que es donde se realizan las ablaciones y las cardioversiones.

Por otro lado, en el D-tercero (D3) se ubica la planta de hospitalización de cirugía cardíaca.

Las principales patologías tratadas son (11):

- Infarto agudo de miocardio: Es la necrosis de un órgano o parte de él por la falta de riego sanguíneo debido a una obstrucción o estenosis de la arteria coronaria correspondiente. Las causas más comunes son un coágulo de sangre y la aterosclerosis que se va produciendo progresivamente por los factores de riesgo. Los principales factores de riesgo son: hipertensión, colesterol, tabaco, obesidad, sedentarismo y edad avanzada.
- Angina: es una enfermedad producida por un desequilibrio de oxígeno en relación a las necesidades. Existe una oclusión parcial de la arteria originada por la arteriosclerosis, es decir, proceso de formación de colágeno y acumulación de lípidos y células inflamatorias. No es una oclusión total de la arteria por lo que no se produce la necrosis de las células.

- Arritmia: es la alteración del ritmo cardiaco. Los latidos del corazón ocurren como consecuencia de unos impulsos eléctricos que hacen que las aurículas y los ventrículos se contraigan de forma adecuada, sincrónica y rítmica. Existen tres causas que generan las arritmias: el impulso no se genera adecuadamente, el impulso se genera en un sitio erróneo y por último, la conducción está alterada. Los ritmos cardiacos anormales más comunes son:
  - Fibrilación auricular (FA): Es la arritmia más frecuente. Se produce por una activación desordenada del tejido auricular por múltiples focos. Esta activación desencadena impulsos eléctricos rápidos a una frecuencia de 400-700 latidos por minuto. Por lo que la aurícula se encuentra en una vibración constante, de este modo, la contracción y el vaciado son ineficaces.
  - Flutter: Arritmia supraventricular muy frecuente originada por un circuito ectópico, rápido, regular y único. Aparecen las ondas F o ondas Flutter (dientes de sierra). Se producen estímulos en la aurícula a frecuencias que varían entre 240 y 340 veces por minuto. Es rítmico a diferencia de la fibrilación auricular.
  - Taquicardia Ventricular (TV): Es una arritmia grave. Es debida a la activación de un foco ventricular ectópico que actúa independientemente originando una despolarización del ventrículo lentamente. Como consecuencia aparece una sucesión de complejos QRS anchos y de diferente morfología al QRS normal.
  - Fibrilación ventricular (FV): Es una arritmia ventricular originada por una contracción descoordinada e irregular de los ventrículos. La conducción del estímulo es rápida y totalmente asincrónica de los ventrículos. Esto origina una contracción ineficaz y por lo tanto la disminución del aporte sanguíneo. Electrocardiográficamente consiste en una serie de ondas de frecuencia y amplitud variable, no distinguiéndose ninguna imagen estable. Es una emergencia vital que debe tratarse precozmente para que no derive en asistolia ventricular.

- Asistolia: Se caracteriza por ausencia de actividad ventricular por lo que el corazón no late y por ello no hay frecuencia cardiaca. La asistolia es una urgencia médica y sin tratamiento conduce a la muerte.
- Insuficiencia cardiaca: Síndrome caracterizado por la presencia de signos y síntomas atribuibles a una disfunción mecánica del corazón. Se produce cuando hay un desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo. Las posibles causas que pueden originar son: cardiopatía isquémica, valvulopatías y arritmias. Es una patología muy frecuente, en Europa, 14 millones de personas la padecen.

Estos pacientes se encuentran en una situación crítica que puede acarrear graves consecuencias en caso de complicación. Es por ello, el enfermo debe estar monitorizado y controlado para una detección casi inmediata de la alteración y para la puesta en marcha de medidas con el fin de solucionar el problema y aumentar la supervivencia del paciente (2).

En este sentido, es necesario analizar el cuidado con un enfoque ético por lo que el profesional necesita una preparación como responsables del cuidado ético y humanizado. Para esto, es necesario que el personal sanitario tenga habilidades de relación y de comunicación, es decir, escucha activa, empatía, respeto y comprensión (2).

#### **La unidad coronaria: algunas consideraciones desde la ética.**

Por ética se entiende que es *“conjunto de costumbres y normas que dirigen nuestro comportamiento y conducta a seguir ante los hechos que se presentan”* (3).

En enfermería, el código deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) estipula y compromete a guiar las intervenciones del cuidado bajo responsabilidad de nuestras funciones: proteger, mantener y restaurar la salud de las personas, su autonomía, sus funciones vitales físicas y psíquicas siempre teniendo en cuenta su individualidad, el grado de independencia y la capacidad para auto cuidarse (6).

El concepto de humanización ha ocupado un lugar destacado en las actuales prácticas de reconstrucción de la salud. Esta idea, hace referencia a todas las acciones que hacen más humano al hombre. Además, depende de las actitudes y las

habilidades de los profesionales, ya que la humanización conlleva a que el paciente se sienta respetado en su propia intimidad, se sienta escuchado y comprendido por sus problemas y dolencias (2).

Para tratar el tema de la humanización es primordial entender el concepto de la deshumanización. La deshumanización es una cuestión compleja en la que la atención del cuidado está centrada en el proceso biológico y fisiológico que el paciente padece. Por lo tanto, existe una falta de autonomía y afecto hacia la persona enferma. Las posibles causas de la deshumanización son: la instrumentalización, la explotación del personal, la burocratización y la falta de comunicación. Esto provoca homogenización del cuidado, mientras que el cuidado debe ser personal e integral y con calidez que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual (1).

Las necesidades y expectativas de las personas han evolucionado de un modelo paternalista, que estaba basado en la beneficencia, a un modelo que se centra en la autonomía del paciente. Es por esto que todo está condicionado por la voluntad del enfermo que es el protagonista del proceso asistencial (14).

En el ámbito internacional, nacional y regional existen unos derechos que obligan a garantizar un nivel adecuado de salud y una asistencia de calidad (15) (16). En la tabla se encuentran los artículos de los pacientes en relación al cuidado humanizado.

Tabla 1. Relación de los derechos del paciente con el cuidado humanizado. Elaboración propia. Fuente: (15) (16).

	<b>PUBLICACIÓN</b>	<b>ARTÍCULO</b>	<b>DERECHO</b>
<b>MUNDIAL</b>	Declaración Universal de derechos humanos (1948)	de Artículo 25	Todo ciudadano tiene derecho a un nivel de vida adecuado que incluya salud y bienestar.
<b>ESPAÑA</b>	Constitución Española	Artículo 43	Protección de salud todo ciudadano español o extranjero que resida en España.
		Ley 16/2003	Garantizar equidad, calidad y participación ciudadana respetando la autonomía en el sistema nacional de salud.
<b>NAVARRA</b>	Ley Foral de Navarra 17/2010	Artículo 18	Derecho a la asistencia sanitaria de calidad humana y científica.

En la actualidad, predomina el progreso científico, la eficiencia y la competitividad originado por el gran desarrollo tecnológico debilitando la relación enfermero paciente. Por este motivo, es necesario desarrollar habilidades y actitudes en los profesionales para la comunicación y la ayuda (1).

Un sistema sanitario humanizado según Francesc Raventos, director general de Insalud, es aquel cuya razón de ser es estar al servicio de la persona. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las discriminaciones y que dé participación al ciudadano. En definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos (1).

Por todo ello, humanizar es un asunto ético que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. En una atención humanizada se debe tener en cuenta la valoración ética de la atención, las circunstancias de modo, tiempo y lugar que rodean los hechos y preocupaciones (1).

La enfermería se consolida como disciplina con responsabilidades en el cuidado de la salud de la población, abarcando la promoción de la salud, la prevención, la

investigación y la asistencia desde un punto de vista integral y holístico. Los profesionales son la cara visible del cuidado.

### **El cuidado ético y humanizado**

El concepto de cuidado ha existido desde la prehistoria con los cuidados de supervivencia hasta nuestros días pasando por las distintas culturas. En todas las épocas existe algo en común “cuidar es ayudar a vivir e intentar evitar el sufrimiento y también, ayudar a morir” (2).

El cuidado tiene un poderoso concepto ético. Según Feito, doctora en filosofía y letras, *“La Enfermería es una práctica moral porque incorpora una actitud o comportamiento ético basado en una actitud moral: la solidaridad y la preocupación por el bien de los seres humanos, que se ejerce conforme a unos patrones éticos y por la que se exige responsabilidad”* (17).

Asimismo, la enfermera es autogestora del cuidado por lo que de ella depende el cuidado. El cuidado humanizado es abstracto. El núcleo de la humanización es la dignidad. Debemos ser capaces de crear un contexto que permita que la persona pueda desarrollarse de forma digna. Por ello, es de gran importancia la preparación de los profesionales en salud para la concienciación y sensibilización con respeto a la atención de los usuarios (18).

El primer paso para conseguir un trato humanizado consiste en la interiorización de todos los profesionales sanitarios de que el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad y de riesgo físico, psicológico y emocional de su salud (14).

Los servicios deben estar centrados y orientados hacia el enfermo como núcleo central del sistema, respetando su autonomía por lo que la voluntad del paciente va a ser el protagonista del proceso asistencial. Esto incluye conocer los valores, sentimientos y cultura del paciente y de la familia a través de una escucha activa hacia la persona ingresada y su familia. Además de conocerlos, es necesario respetarlos (8).

La intimidad y la confidencialidad son dos aspectos del cuidado ético y humanizado. Esto se refiere al derecho a la intimidad de los enfermos que obliga a los profesionales a mantener el deber de confidencialidad, es decir, la obligación de no

contar a nadie lo que conoce de sus pacientes salvo a los demás sanitarios implicados en su asistencia.

Humanizar consiste en que el hospital sea un lugar más amable y centrado en el paciente promoviendo una atención excelente a través de medios humanos y tecnológicos. Este tipo de trato humanizado origina niveles de excelencia del sistema sanitario, creando mayor satisfacción tanto al paciente como a la familia y al profesional sanitario (14).

Asimismo, una atención personal, integral, humana, respetando la dignidad y los valores de las personas atendidas, es más satisfactoria para los profesionales. Por ello tiene un valor motivador y de desarrollo profesional (14).

Por lo tanto, la atención integral y de calidad es necesaria para un cuidado humanizado. Para esto, es necesario que el personal sanitario tenga habilidad en la comunicación y de relación, es decir, escucha activa, empatía, respeto y comprensión. Estos recursos son esenciales para promover el cuidado humanizado en el área hospitalaria (2).

Finalmente, cabe indicar que lo que se propone con el término de un cuidado ético y humanizado es un camino de mejora para el cuidado existente. Para conseguir esto son necesarios grandes esfuerzos.

### **Buenas practicas una oportunidad de mejora desde un marco ético.**

La buena práctica es *“aquella intervención o experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario”* (19).

La Unidad Coronaria es una unidad de cuidados intensivos que se caracteriza por un horario de visita restrictivo tanto en duración como en número de familiares a los que permite la entrada. La información se proporciona una vez al día y principalmente por el médico. De la literatura se desprende que el uso de folletos y carteles como información adicional generan mayor satisfacción y comprensión en relación a la información (20). Enfermería tiene un papel relevante en cuanto a la atención de familiares (20).

Para avanzar en este sentido, se va a elaborar una guía de acogida al familiar en la Unidad Coronaria con el fin de humanizar el cuidado del paciente y la relación con la familia, ya que los parientes son parte del cuidado.

Por otro lado, para una buena práctica de un cuidado ético y humanizado se recogen la exigencia la práctica profesional y la atención de cuidados basados, en los principios propuestos en 1979 por Beauchamp (21).

- Principio de Autonomía: El ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Este es uno de los derechos fundamentales del hombre. Para que se respete la decisión del paciente debe estar adecuadamente informado para tener suficiente competencia para tomar decisiones.

El Consentimiento Informado (CI) es el principal reconocimiento del principio de autonomía. Una persona es autónoma cuando es capaz de obrar, comprender, comunicar y responsabilizarse de sus actos. Cuando una persona no es capaz, porque sea menor de edad o sufra una incapacidad por enfermedad de manera transitoria o definitiva, son los tutores legales o los padres los responsables en la toma de decisión.

- Principio de Beneficencia: Obligación moral de actuar proporcionando el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. Esto, implica actuar siempre de manera activa en la creación de beneficios en la salud del afectado, suprimiendo los prejuicios y promoviendo el bien para el enfermo y la sociedad.
- Principio de Maleficencia: Principio que conlleva al deber no hacer daño. Según la ética médica hipocrática, este principio se entiende como no hacer a los demás algo que es razonablemente inadecuado para el hombre.
- Principio de Justicia: Se refiere a la obligación de igualdad en el tratamiento y distribución equitativa de los medios sanitarios necesarios conforme a los medios existentes. Esto no significa que todos los pacientes deben ser tratados de la misma manera si no que todos tengan acceso a los servicios adecuados, dignos y básicos. Además, el trato con el paciente no debe



anteponer juicios de valor ni hacer distinción racial, sociocultural y socioeconómica.

## 2. OBJETIVOS

### **Objetivo principal**

Identificar y analizar los aspectos éticos de la humanización en el cuidado de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y en la Unidad de Cuidados Coronarios (UCC).

### **Objetivo secundarios**

- Analizar el funcionamiento y organización de las Unidades de Cuidados Intensivos y las Unidades Coronarias en relación a las necesidades de los pacientes y familiares.
- Identificar los factores estresantes percibidos por el paciente y la familia durante el ingreso.
- Elaborar una guía de acogida para los familiares en la Unidad Coronaria.



### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología empleada en este Trabajo Fin de Grado es una revisión bibliográfica sobre el cuidado ético y humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos y en la Unidad Coronaria.

Para ello, se utilizaron distintas combinaciones para la búsqueda. Empleando las siguientes palabras clave:

- Humanización
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Unidad Coronaria
- Necesidades y satisfacción del paciente
- Cuidado ético
- Familia
- Enfermería

La unidad coronaria es una unidad de cuidados específicos para pacientes que han sufrido problemas cardiacos graves. En muchos hospitales, la Unidad Coronaria no existe ya que estos pacientes están atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Es por ello, la búsqueda bibliográfica está centrada en la Unidad Coronaria y en la UCI.

Para este trabajo, es necesario conocer las necesidades del paciente por ser el centro de cuidado. Además, hay que conocer las necesidades de la familia ya que forman parte del cuidado del enfermo y es necesario conocer sus necesidades y deseos para lograr un cuidado individualizado, holístico, global e integral. También, se ha incluido la palabra enfermería ya que este proyecto está centrado en el trabajo que desempeña la enfermera.

El periodo de realización de búsquedas fue desde enero de 2018 hasta marzo 2018.

Esta búsqueda se ha realizado en distintas bases de datos, páginas web de sociedades sanitarias, buscadores y documentación en papel.

- Bases de datos:
  - Science direct
  - Scielo
  - Pubmed
  - Dialnet
- Páginas web de sociedades sanitarias:
  - Sociedad española de cardiología (SEC)
  - Proyecto Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos (HUCI)
  - Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)
- Páginas oficiales:
  - OMS
  - NAVARRA: Plan estratégico de humanización en Navarra
  - Instituto Nacional de Estadística (INE)
- Buscadores:
  - Google Academic

En estas bases de datos y páginas oficiales se ha encontrado información útil para el trabajo relacionada con la humanización del paciente en la UCI, cuidado ético, nuevas propuestas de mejora para la UCI y estrategias para la humanización del sistema sanitario de diferentes comunidades.

Se han empleado límites, tales como el año de publicación: 2010 hasta 2018. Y el idioma: español, inglés y francés.

Una vez obtenido los resultados derivados de la búsqueda se seleccionaron aquellos documentos, que bien por su título o resumen, tuvieran relación con el tema objeto de estudio.

Posterior a esto, se realizó una lectura crítica para seleccionar los artículos. Los criterios de inclusión y exclusión de los artículos quedan reflejados en la tabla 2.

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión Fuente: Elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos que traten de la UCI de adultos y de la Unidad Coronaria.	Artículos que traten de UCI pediátrica o neonatos.
Artículos centrados en las necesidades de la familia y el paciente.	Publicaciones relacionadas con áreas de hospitalización que no sea una unidad de cuidados intensivos.
Artículo cuyo objeto de estudio sea la humanización y el cuidado ético.	Artículos con baja evidencia como folletos y blog.
Publicaciones relacionadas con una UCI de puertas abiertas.	Redactado en otros idiomas que no sean ni inglés, ni francés ni castellano.
Redactado en castellano, inglés y francés.	Publicaciones anteriores al 2008
Publicación entre 2009-2018.	Artículos cerrados de pago.
Publicaciones abiertas al público sin realizar pago.	

Las estrategias de búsqueda utilizadas son:

- Humanización AND cuidados intensivos
- Necesidad AND paciente AND cuidados intensivos
- Humanización AND pacientes
- Unidad coronaria AND satisfacción del paciente
- Cuidado ético

La búsqueda bibliográfica se amplía detalladamente en la tabla 3, donde muestran las búsquedas bibliográficas realizadas en las diferentes bases de datos.

Como gestor bibliográfico se ha empleado Mendeley, utilizado también a la hora de insertar citas en el documento presente.

Para referenciar los documentos se ha empleado el estilo "Vancouver".

Tabla 3: Estrategias de búsqueda. Fuente: elaboración propia





ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA						S	
B A S E	DIALNET	1º	2º	3º	4º	5º	16
	 Dialnet	Humanización AND cuidados intensivos	Necesidad AND paciente AND cuidados intensivos	Humanización AND pacientes	Unidad Coronaria AND satisfacción del paciente	Cuidado ético	
	R: 21 -> S:3	R:217-> S:9	R:78-> S:1	R:6-> S:1	R: 427 -> S: 1		
D E	PUBMED	1º	2º	3º	4º	5º	3
	 PubMed	Humanitation AND cares intensives	Needs AND patients AND ICU	Humanitation AND patients	Humanitation AND hospitals	Ethical care	
	R: 2 -> S: 2	R: 253 -> S: 0	R: 42 -> S: 0	R:11 -> S: 1	R: 483 -> S: 0		
D A T O	SCIELO	1º	2º	3º	4º	5º	4
	 SciELO	Humanitation of care	Necesidad AND paciente AND cuidados intensivos	Humanización AND pacientes	Unidad Coronaria AND satisfacción	Humanización enfermería	
	R: 3 -> S: 1	R: 28-> S: 0	R: 21 -> S: 1	R: 1 -> S: 0	R: 55 -> S: 2		
S	ELSEVIER	1º	2º	3º	4º	5º	6
	 ELSEVIER	Humanización AND cuidados intensivos	Family AND Needs AND ICU	Humanización AND paciente	Unidad Coronaria AND satisfacción	Nurse AND intensive care.	
	R:3 -> S: 1	R: 130 -> S: 2	R: 14 -> S: 1	R: 23 -> S: 0	R:309 -> S: 3		



Tabla 3: Estrategia de búsqueda (continuación.) Fuente: elaboración propia.

P Á G I N A S	OMS	Estrategia para reducir la incidencia, mortalidad y morbilidad de la patología cardiovascular.		
	Gobierno de Navarra	Plan estratégico de Navarra		
	INE	Incidencia de la patología en España		
	SEC	Sociedad Española de Cardiología (SEC): patología cardiaca.		
	SEEIUC	Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)		
	Google académico	Principios básicos de bioética,	Buenas practices	Proyecto HUCI

R: Resultados S: Seleccionado

## 4. RESULTADOS

Durante la búsqueda de información se obtuvieron 2085 artículos de las diferentes bases de datos. Tras la lectura de los títulos y los resúmenes fueron seleccionados 155 por considerar que abordaban el tema de estudio. De los 155 artículos seleccionados inicialmente, 15 se excluyeron por repetición y 111 por no cumplir los criterios de inclusión. En la figura 1, se muestra el diagrama que muestra detalladamente la búsqueda bibliográfica.

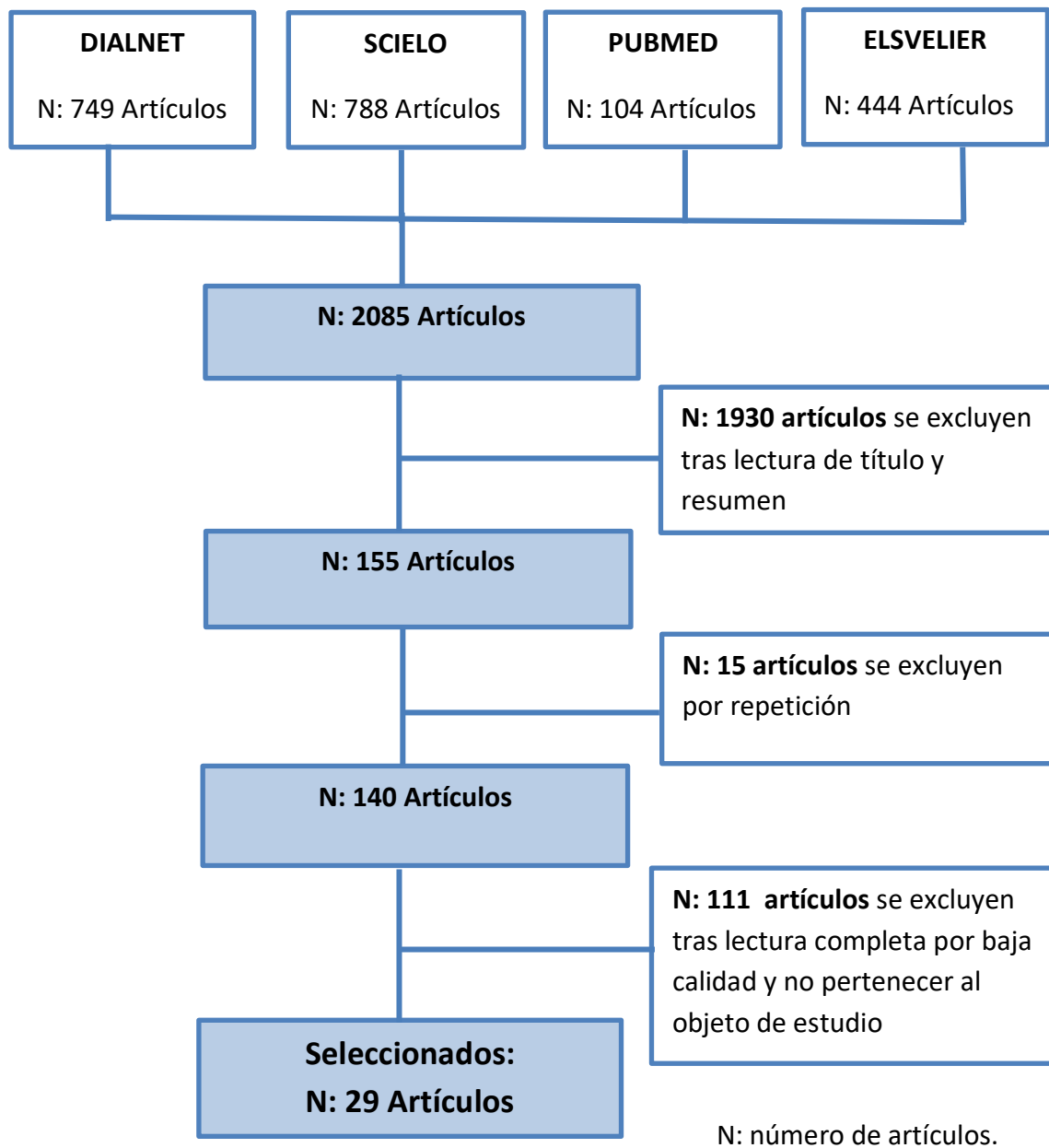


Figura 1: Selección de artículos. Fuente: Elaboración propia.

La búsqueda bibliográfica generó las siguientes categorías de análisis:

- UCI: características, organización y funcionamiento.
- Factores estresantes y necesidades para el paciente y la familia.
- Cuidado ético y humanizado.

En la siguiente tabla se encuentran los artículos seleccionados relacionados con la UCI. Estos tratan las características, la organización y el funcionamiento de las UCI. Se analizan en relación al objetivo, resultados y conclusiones.

Tabla 4: Análisis de los artículos en relación a la UCI. Fuente: elaboración propia.

TÍTULO	AUTOR	AÑO	TIPO	OBJETIVO	RESULTADO	CONCLUSIÓN
<b>Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana.</b>	Escudero D. Viá L. Calleja C.	2013	Descriptivo cualitativo.	Analizar los beneficios de la UCI de puertas abiertas.	Necesidades de los familiares: cognitiva, emocional, social y práctica. Beneficios de la liberalización del horario de visita e incorporación en el cuidado.	Cambiar diseño de las UCI: liberar horario de visita, mejorar cuidados paciente y familia.
<b>La visita flexible en las UCI</b>	Errasti Ibarrondo B. Trincas Sauras S.	2012	Revisión bibliográfica	Identificar, analizar y sintetizar los principales efectos de las visitas flexibles.	La visita flexible produce: más satisfacción, reduce la ansiedad, mejora las necesidades del paciente y de la familia y posibilita ejercer el rol del cuidado.	Visita flexible beneficia al paciente y al familiar. Hay que incluir al familiar en el rol del cuidado.

Tabla 4: Análisis de los artículos en relación a la UCI (continuación). Fuente: elaboración propia.

<b>Open door Intensive Care Units</b>	De Rios Briz N.	2017	Búsqueda bibliográfica	Mostrar las UCI de puertas abiertas.	Beneficios de las UCI abiertas. Profesionales son recios	Profesionales deben estar preparados para cuidado.
<b>Política de visitas, diseño y confortabilidad en la UCI.</b>	Escudero R. Martin et al.	2015	Estudio cualitativo	Conocer y analizar el diseño y confortabilidad de las UCI.	Horario de visita: cerrado. Información una vez al día por el médico. Pocos objetos personales permitidos. Estructura y ambiente de la UCI.	Predomina UCI cerrada. No hay incorporación del familiar. Diseño no garantiza la privacidad ni confort.
<b>Surviving the Intensive Care Units looking through the family's eyes</b>	Martín Delgado M. García de Lorenzo A.	2017	Búsqueda bibliográfica	Analizar la estancia en la UCI según las familias.	Síndrome pos cuidados intensivos afecta a la familia y al paciente. Muchas iniciativas han indicado la reducción de los PIC-S.	La liberación de la UCI disminuye los efectos. Para el cambio es necesario reconocer las necesidades.
<b>Protocolo de enfermería en la al ingreso en la UCC.</b>	Candelas Bermejo Sandonis Ruiz et al.	2009	Investigación descriptiva	Paliar los efectos negativos del ingreso estableciendo un marco de actuación.	Al aplicar el protocolo se observa una reducción del estrés, inseguridad e incomodidad. El miedo fue el que menos consiguió reducir por la patología.	La implantación produce disminución del impacto emocional y crea un ambiente tranquilo, agradable y seguro.

### **UCI: Características, organización y funcionamiento**

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un lugar hermoso porque da vida pero también, es un lugar hostil, con luz excesiva y ruido permanente provocado por respiradores, alarmas de monitorización y conversaciones de profesionales sanitarios (22).

Según un estudio realizado en España en 2015, constató que el 90.1 % de las UCI están constituidas por habitaciones individuales. Las UCI abiertas, es decir, sin habitaciones individuales suponen una falta de respeto a la privacidad del paciente y lesionan su dignidad. El 43.9 % tiene luz artificial y un 70.7 % no presenta un reloj en el box. La ausencia tanto del reloj como de luz natural provoca falta de referencia temporal y alteraciones del ritmo circadiano (22) (23).

En relación a las características, las salas de espera son consideradas como lugares incómodos y poco agradables. Se revela la importancia de que sean lugares confortables y cercanos a la UCI (22) (23).

La Unidad de Cuidados Intensivos se caracteriza por una política de visitas rígida e inflexible, es decir, existe una limitación del tiempo de la visita y del número de familiares que se les permite entrar en la visita. El tiempo de visita más frecuente en España es de una hora repartiéndose en horario de mañana y tarde (23). Tiene su origen en las primeras unidades que fueron creadas en 1960. Las visitas eran restringidas porque se desconocía el impacto que podía ocasionar tanto al familiar como al paciente (24). En España, en 2015, un 9.8 % de las UCI tenían horario de visita libre.

El Complejo Hospitalario de Navarra está dotado de una Unidad de Cuidados Intensivos que cuenta con 24 camas. Fue inaugurado el 18 de mayo de 2015. El horario habitual de visita en esta unidad es de una hora al día repartiéndose en media hora a la mañana y otra media hora por la tarde. Asimismo, permite una adaptación del horario de visita adaptándose a las necesidades de cada paciente.

Actualmente, investigaciones han demostrado que un régimen de visitas abierto o flexible no es nocivo para el paciente si no que origina unos beneficios en sus necesidades. Los beneficios que produce son un aumento de la satisfacción,

reducción del estrés y la ansiedad tanto del paciente como de los familiares (24). Además, mejora la imagen y humaniza la organización (23). La Asociación América de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACCN) recomienda un cambio progresivo hacia una política de visita más flexible.

En este sentido, algunos estudios indican que la visita de los menores es un estímulo para recuperarse. Además, a los niños les permite comprender la enfermedad y mejorar la situación del paciente. Sin embargo, las visitas infantiles son más restrictivas por el riesgo de infección y los traumas psicológicos que pueden ocasionar (22).

Así pues, existen profesionales que están a favor de esta propuesta por los beneficios que ocasionaría. Sin embargo, existen otros que son reacios a esta propuesta porque consideran que retrasa la visita médica, dificulta la comunicación y reduce el tiempo de cuidado (25).

Junto con la proximidad del familiar, la información es otra de las principales necesidades de la familia. Los allegados esperan que se les informe sobre cuidado, patología, signos vitales, confort, normas y funcionamiento de la Unidad (20). En la UCI, la manera más frecuente de informar es que el médico se comunique con los familiares una vez al día. En escasas unidades la información se proporciona de manera conjunta: médico y enfermera. El uso del teléfono como medio informativo es poco frecuente debido a que podrían aparecer problemas con la confidencialidad de los datos del paciente (23).

Para transmitir una correcta información es necesario disponer de habilidades de comunicación con el fin de transmitir de una forma clara, empática y adaptándose al ritmo de comprensión del paciente y de la familia (23).

Además, los familiares desean participar en el cuidado del paciente. Sociedades de enfermería recomiendan la integración del familiar en la atención del paciente si las condiciones lo permiten. Pero en la realidad, la participación de los familiares en los cuidados es escasa y no se adoptan medidas para favorecer la implicación (23). Los familiares podrían ayudar en algunos cuidados como fisioterapia, higiene y en la administración de comidas (22). Estos cuidados producen un efecto positivo tanto

para el paciente como para el familiar. Siempre deben hacerse bajo supervisión de la enfermera por las posibles consecuencias que pueden ocasionar (22).

En cuanto al paciente, en la mayoría de las unidades de cuidados intensivos se permite disponer útiles de aseo personal y equipo de música. Sin embargo, son solamente el 41% las que permiten la utilización de teléfonos móviles y ordenadores (23).

En relación a los factores estresantes del paciente y del familiar, se han seleccionado los siguientes artículos.

Tabla 5: Análisis de los artículos relacionados con los factores estresantes del paciente y del familiar. Fuente: elaboración propia.

TÍTULO	AUTOR	AÑO	TIPO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
<b>Estrés del paciente en UCI</b>	Fernandes da Cruz Silva et al	2013	Descriptivo cualitativo.	Identificar los factores estresantes en pacientes ingresados en la UCI.	Factores más estresantes son: mirar al techo, no tener privacidad, no saber el día. Enfermería importante acciones de humanización.	Principales factores de estrés: mirar al techo y la privacidad. Enfermería capacidad para detectar estos factores.
<b>Relación de ayuda familiar en situación crítica</b>	Campo Martínez MC et al	2011	Descriptivo cualitativo	Conocer como ayudan las enfermeras a las familias en la UCI. Describir el afrontamiento de las enfermeras	Cuidado holístico: competencia del cuidado. Incapacidad de ofrecer este cuidado no se sienten capaces Formación en la gestión de emociones y comunicación.	Familia necesita información. Enfermería está más preparada para atender procesos biológicos que emocionales.
<b>Necesidades de la familia en las UCI</b>	Pardavila Belio M. I Vivar C.G.	2011	Revisión bibliográfica	Analizar y presentar las necesidades de las familias.	Cuatro grupo necesidades de la familia: cognitivo, emocional, social y práctica.	Importante identificar las necesidades para prestar ayuda y apoyo.
<b>CCFNI versión breve</b>	Gómez Martínez, Ballester A.	2011	Análisis descriptivo cualitativo	Analizar el cuestionario CCFNI.	Necesidades de familiares: atención, comunicación, asistencia personal, mejoras	Cuestionario valido. Mayor satisfacción relacionada con la atención médica.



Tabla 5: Análisis de los artículos relacionados con los factores estresantes del paciente y del familiar (continuación). Fuente: elaboración propia.

<b>Necesidad de rol en los familiares del paciente en la UCI</b>	Aliberch Raurell A.M Miquel Aymar I.M.	2015	Revisión bibliográfica	Conocer el estado actual y la evolución del rol de las familias en la UCI. Reflexionar sobre puntos de mejora.	El ingreso en la UCI produce alteración del rol familiar y social. Adquisición de participación aumenta la satisfacción y disminuye la ansiedad. Enfermería es clave.	Al solventar la necesidad disminuye la ansiedad y el estrés. Rol familiar favorece la relación.
<b>Inventario de las necesidades de los familiares egresados en la UCI.</b>	González Escobar D. et al	2014	Cualitativo descriptivo de corte transversal	Identificar las necesidades de los familiares.	La información es importante para el 95.1% de los familiares. Necesidad de seguridad, accesibilidad y confort son también muy importantes.	Familia carece de información. Incluir a la familia en los cuidados. Enfermería fundamental en el afrontamiento.
<b>Necesidades de los pacientes ingresados en la UCI.</b>	Martínez Toquero J. Llauro Serra M.	2016	Revisión sistemática.	Describir las necesidades de los pacientes en la UCI. Analizar los factores estresantes.	Necesidades importantes: información, decisión del proceso, buen descanso, mantener contacto con su familia y comunicación con los profesionales y familia.	Estancia en UCI genera estrés. Necesidades no cubiertas: descanso e información. Reclaman más tiempo con la familia.

Tabla 5: Análisis de los artículos relacionados con los factores estresantes del paciente y del familiar (continuación) Fuente: elaboración propia.

<b>Qué es importante para los familiares de los pacientes de una UCI</b>	Hidalgo Fabrellas, et al	2009	Descriptivo transversal.	Conocer las necesidades prioritarias de los familiares de los pacientes de la UCI.	Seguridad y apoyo necesidades prioritarias. La proximidad e información es importante. Aumenta esta necesidad con la edad.	Seguridad y confianza más importante. El origen del ingreso no determina la necesidad de información
<b>Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una UCI</b>	Ayllón N. Álvarez Gonzales M. González García M.	2009	Descriptivo transversal.	Conocer los factores estresantes por los pacientes. Establecer diferencias entre grupos de pacientes.	Factores estresantes son: sed, imposibilidad para dormir, tubos en la boca, no saber la hora. las alucinaciones en pacientes con delirio son el principal factores estresante.	Las necesidades físicas son las que más ansiedad generan en los pacientes.
<b>Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile</b>	Amthauer Rojas, Padilla Fortunatti.	2017	Descriptivo, comparativo, transversal.	Identificar el grado de importancia de las necesidades de los familiares de pacientes en la UCI.	Necesidad más importante con la seguridad e información. Menos importante: apoyo y confort.	La identificación de la necesidad permite mejorar al equipo de salud la relación con las familias.

### **Factores estresantes y necesidades del paciente y la familia**

El ingreso hospitalario favorece el estrés del paciente y de su familia. Estos perciben el ingreso con angustia y preocupación ante la situación (22). Esto, puede incrementarse cuando el paciente ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos porque la organización rompe la conexión de la persona con su entorno (5).

Por este motivo, la familia tiene mucho riesgo de sufrir ansiedad, depresión y estrés postraumático. Además de producir secuelas psicológicas, origina secuelas a nivel físico y cognitivo. Se observó que después de un año del ingreso, el 43% de las familias presenta alguna de estas patologías (26).

Durante el ingreso el 70 % de los pacientes sufre ansiedad y un 35 % depresión y estrés postraumático (27).

Un estudio realizado en Txagorritxu en 2012 demostró que los niveles de estrés, tanto del paciente como del familiar, aumentaban con el tiempo del ingreso y disminuían con la edad (28).

El ambiente propio de la UCI afecta psicológicamente al paciente, originando de manera constante impotencia, miedo y ansiedad. Esto es debido a que se encuentran en un lugar desconocido, sometidos a técnicas invasivas dolorosas y se les priva de sus interacciones (29). Al mismo tiempo, el descanso en la UCI es ligero y con despertares frecuentes. Los principales motivos son el ruido y la iluminación (5).

Los factores estresantes son subjetivos por lo que pueden variar según la percepción de cada individuo. En la siguiente imagen están las principales causas identificadas por los pacientes ingresados en la UCI (5).

Tabla 2 – Relatos de los pacientes respecto de los factores estresantes en la unidad de cuidados intensivos. São José dos Campos, 2011.

Estresores	Posición	Promedio	D.P.
Mirar al techo	1	2,44	1,26
No tener privacidad	2	2,31	1,35
No saber que día es hoy	3	2,13	1,02
Escuchar el gemido de otros pacientes	3	2,13	1,36
Sentir que no se tiene control de sí mismo	4	2,06	1,29
No saber cuando las cosas serán hechas	4	2,06	1,24
Sonidos y ruidos desconocidos	4	2,06	1,24
No saber la hora	5	2,00	1,26
Sentir dolor	6	1,94	1,24
Escuchar el ruido y alarma de los equipamientos	6	1,94	1,29
No explicar sobre el tratamiento	7	1,88	1,26
Escuchar la alarma del monitor cardíaco	7	1,88	1,15
Percibir olores extraños	8	1,81	1,22
Escuchar al equipo hablando con términos desconocidos	8	1,81	1,17
No lograr mover manos y brazos debido a vías intravenosas	9	1,69	1,25
Hombres y mujeres internados en el mismo ambiente	9	1,69	1,20
Enfermeros y médicos hablando alto	9	1,69	1,14
Tener sed	10	1,63	1,20
Usar oxígeno	10	1,63	0,96
Ver las bolsas de suero colgadas sobre la cabeza	10	1,63	1,20
Estar en un ambiente muy caliente o muy frío	10	1,63	0,96
No lograr dormir durante las noches	11	1,56	1,09
Ser inyectado	11	1,56	0,96
Máquinas extrañas alrededor	11	1,56	0,96
Estar bajo el cuidado de médicos desconocidos	11	1,56	1,21
Medir la presión arterial muchas veces al día	12	1,50	0,97
Ser despertado por el equipo de enfermería	13	1,44	0,81
Cama y/o almohada no son confortables	14	1,31	0,87
Ver cuidados médicos y de enfermería realizados en otros pacientes	14	1,31	0,87
El enfermero no se presenta por su nombre	14	1,31	0,70
Escuchar que suena el teléfono	15	1,13	0,50

Figura 2: Factores estresantes relatados por los pacientes de la UCI. Fuente: (5)

Simultáneamente, el ingreso en la UCI genera al paciente pérdida de autoestima porque tiene sentimientos de envejecimiento, culpabilidad y falta de independencia por lo que origina cambios de rol y estilo de vida (29).

Un elemento esencial dentro del proceso de salud es la familia. En la UCI están alejados del paciente porque pueden ocasionarle alteraciones fisiológicas, se les impiden el descanso y provocan un posible riesgo de infección. Sin embargo, investigaciones han demostrado que su presencia tiene efecto beneficioso en la recuperación (30).

Así pues, el ingreso les origina una serie de necesidades que son: información, seguridad, confianza, proximidad, accesibilidad, comodidad y confort (6). Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) es una herramienta fiable y válida que es empleada para el estudio de las necesidades de los familiares (20) (Anexo 1). Las necesidades se clasifican en cuatro grupos:

- Necesidad cognitiva tiene relación con el conocimiento de los familiares. La información es la necesidad prioritaria. La familia espera que se le informe sobre: signos vitales, cuidado, confort, descanso, normas y funcionamiento de la Unidad. La mayor parte de los estudios encontrados concluye que la información no es siempre apropiada. Se considera que es escasa y poco comprensible (6) (29). Además, la información está sometida a normas y horarios estrictos. Por lo tanto, los familiares demandan la ampliación del número de informaciones (29).
- Necesidad emocional: Se refiere a los sentimientos que experimentan los familiares durante el ingreso. Predominan la sensación de impotencia, miedo e incertidumbre por la incapacidad para ayudar a su ser querido.
- Necesidad social: Está relacionado con las relaciones de las familias con otras personas de su entorno cercano. Afectan al rol familiar ya que deja de funcionar cuando uno de los miembros está hospitalizado porque altera las responsabilidades y al ritmo de la vida social y familiar. Los familiares expresan su disconformidad con la duración y el horario de visitas de la UCI.
- Necesidad práctica: hace referencia a las salas de espera, teléfono y cafetería. Según la familia, son las necesidades menos importantes.

Las necesidades más importantes son información y seguridad. Mientras que las menos importantes son confort y espiritual (26). En la siguiente imagen se puede observar las diez necesidades más importantes por lo familiares. Principalmente están relacionadas con la información y la seguridad (26).

**Table 2** Average and standard deviation of the 10 most important needs for ICU patients' family members, according to the CCFNI.

No.	Need	Dimension	Average $\pm$ SD
1	Getting honest answers to their questions	Security	3.97 $\pm$ 0.17
2	Knowing the expected results of the treatment being applied to my family member	Security	3.96 $\pm$ 0.21
3	Being called at home if any change occurs in the condition of their family member	Proximity	3.92 $\pm$ 0.27
4	Knowing specific data about how my family member is developing	Security	3.92 $\pm$ 0.29
5	Being sure that my family member is receiving the best possible care	Security	3.91 $\pm$ 0.28
6	Feeling that the hospital staff are concerned about my family member	Security	3.90 $\pm$ 0.32
7	Having information about the Intensive care unit before entering it for the first time	Information	3.89 $\pm$ 0.34
8	Receiving information about their family member at least once a day	Proximity	3.88 $\pm$ 0.38
9	Knowing exactly what is being done for my family member	Information	3.87 $\pm$ 0.37
10	Knowing how my family member is being treated medically	Information	3.86 $\pm$ 0.35

CCFNI: Critical Care Family Needs Inventory; SD: standard deviation; ICU: intensive care unit.

Figura 3: 10 necesidades más importantes para la familia. Fuente: (26)

En el estudio realizado por Pryzby, se comprobó que el 56% de los familiares presenta cambios de rol a nivel familiar y el 80% alto riesgo de enfermar debido a la falta de descanso, la mala alimentación y el estrés por compaginar la de vida de la UCI con la exterior. Los miembros con mayor probabilidad de padecer estrés son las mujeres especialmente jóvenes entre 19 y 39 años (31).

Por otro lado, en un estudio realizado en 2011 por Buckley y Andrews se identificó que las enfermeras tenían excelente conocimiento sobre las necesidades. Sin embargo, infravaloraban las necesidades de proximidad e información. Esto se ve influido por la escasez de tiempo, carga de trabajo, falta de conocimientos sobre el tema y un cuidado centrado únicamente en el paciente (31).

Por último, la búsqueda bibliográfica está centrada en el cuidado humanizado. En la siguiente tabla se encuentran analizados los artículos seleccionados.

Tabla 6: Análisis de los artículos relacionados con el cuidado ético y humanizado. Fuente: elaboración propia.

TÍTULO	AUTOR	AÑO	TIPO	OBJETIVO	RESULTADO	CONCLUSIÓN
<b>Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI</b>	Pereira da Silva Ribeiro, Claudia Puggina A.	2016	Investigación cualitativa	Identificar la influencia del paciente sedado a través de fotografías.	la Interacción verbal aporta mayor seguridad al paciente ingresado en la UCI.	Intervención válida para humanizar.
<b>El cuidado de las familias en la UCI desde la perspectiva de Watson</b>	Vázquez Calatayud M. Eseverri Azcoite M.C.	2010	Descriptivo	Reflexionar acerca del cuidado de las familias en la UCI.	Watson ofrece una nueva orientación fenoménica, espiritual.  En el cuidado influye: factores del cuidado, momento del cuidado y cuidado transpersonal	Teoría útil para el cuidado de las familias.  Facilita y guía el cuidado humanizado
<b>Humanización de los cuidados de enfermería en las UCI</b>	Valvidares Mayor M.	2016	Revisión bibliográfica	Analizar el cuidado humanizado.  Identificar factores que dificultan la humanización.	Humanización es necesaria.  Horario flexible y participación en el cuidado produce beneficios.  Escasa formación en habilidades sociales y comunicativas.	Los horarios de las UCI siguen siendo restrictivos y escasa participación familiar a pesar de sus intereses.

Tabla 6: Análisis de los artículos relacionados con el cuidado ético y humanizado (continuación) Fuente: elaboración propia.

<b>Ética y bioética en los profesionales de enfermería</b>	Galina Zambrano Cornejo M.	MS.	2016	Descriptivo	Analizar el papel de enfermería en la relación con la ética y bioética.	Aspectos relacionados con la ética y bioética en la actuación profesional de enfermería.	Desarrolla acciones bajo eficiencia, calidad y respetando al ser humano con valores éticos.
<b>Impersonal care or humanized care?</b>	Beltran Salazar O.		2016	Investigación cualitativa.	Comprender el significado del cuidado para pacientes y familia	Relación entre el cuidado humanizado y la atención impersonal. Influyen aspectos del sistema social y legal.	El cuidado humanizado evita la atención impersonal.
<b>HUCI se escribe con H de Humano</b>	Heras Calle Zaforteza Lallemand C.	La G.	2014	Descriptivo cualitativo	Visibilizar el proyecto emprendido en Madrid	UCI se priva a las personas de sus necesidades. Proyecto HUCI: objetivo recuperar la visión integral.	Profesionales motores del cambio. Dotar con herramientas.
<b>Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado.</b>	Beltran Salazar O.		2015	Análisis cuantitativo descriptivo.	Comprender el significado de la experiencia del cuidado humanizado	La receptividad sin discriminación, el interés por cuidar, escuchar, cuidar e involucrar a la familia son detalles del cuidado humanizado.	Este cuidado incluye detalles para favorecer la interacción enfermera-paciente.



Tabla 6: Análisis de los artículos relacionados con el cuidado ético y humanizado (continuación) Fuente: elaboración propia.

<b>Tecnología y humanización de los cuidados.</b>	Arredondo Gonzalez, Siles Gonzalez	2009	Búsqueda bibliográfica	Mostrar como la deshumanización no se debe a la tecnología.	Tecnología no es opuesta, es complementaria a la atención. Enfermería unión de tecnología y cuidados.	Deshumanización es resultado de varios factores entrelazados.
<b>La humanización de la atención en los servicios de salud.</b>	Correa Zambrano M. L	2016	Artículo de reflexión	Analizar la humanización de los servicios de salud.	Aspectos desde la ética e integridad contribuyen a humanizar involucrando a gestores, profesionales y usuarios.	Paciente invisible. Los usuarios creen que existen dificultades en la atención brindada.
<b>Compromiso de la humanización en instituciones socio sanitarias.</b>	Bermejo Higuera J.C, Villacieros Durban M.	2013	Descriptivo cualitativo.	Reflexión del cuidado humanizado en relación a la evolución, calidad y cultura.	Humanizar supone incidir en el desarrollo de programas de necesidades y de la autonomía. Respetar los valores, los sentimientos y potenciar la autopercepción.	Humanizar constituye un compromiso ético. Considerando a la persona en su globalidad.
<b>Do Spanish Intensive Care need to be humanised?</b>	Arias Sanchez S.	2017	Estudio descriptivo cualitativo	Analizar la situación de las UCI en España en cuanto a la humanización.	Necesario conocer las necesidades de las familias. Necesitan información e inclusión. Proyecto HUCI propone UCI abierta.	UCI en España ha mejor confort y cuidado. Profesionales deben involucrarse.

### **Cuidado ético y humanizado**

El cuidado implica responsabilidad, interés y compromiso moral. Estas características son exclusivamente humanas (32). El cuidado debe estar relacionado con la humanización, por lo tanto, debe estar centrado en el paciente y la familia (9).

Enfermería está muy cerca del paciente. Por este motivo, tiene la capacidad de tener empatía, proyectándose y sensibilizándose para saber cuándo y cuánto un factor es estresante o no. La identificación de estos factores es de gran importancia para promover un ambiente de humanización. Por ello, es necesario enfocar la atención en necesidades bio-psico-socio-espiritual con cuidados individualizados (5).

La atención debe otorgarse en relación a las creencias, costumbre y valores tanto de la enfermera como de la persona que recibe los cuidados (5).

Cabe destacar que el cuidado humanizado consiste en ofrecer una atención integral de calidad considerando a la persona como un todo, teniendo en cuenta los problemas físicos, emocionales y sociales (32). Al mismo tiempo, el cuidado se debe prestar basándose en una comunicación eficaz, con empatía, respetando las opiniones y permitirles participar en la toma de decisiones y realización de los cuidados (10).

En las Unidades de Cuidados Intensivos, humanizar es un gran desafío y significa cuidar del paciente en su integridad. Además, las relaciones interpersonales deben asociarse a la tecnología para garantizar una asistencia de calidad desde el punto de vista ético y psicosocial (32).

Por lo tanto, las propuestas de acción para la humanización son necesarias, imprescindibles y simples. Además, elementos tales como empatía, receptividad y disponibilidad para escuchar, dialogar y tocar son necesarios (32). Enfermería realiza acciones de humanización en su vida laboral. En la siguiente imagen se puede observar las acciones de humanización que deben hacerse ante los pacientes ingresados en la UCI (5).

**Tabla 3** – Resultados de las acciones de humanización realizadas por los colaboradores de enfermería frente al paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. São José dos Campos, 2011.

Acciones	Sí % (n)	No % (n)	Algunas veces
Presentarse con el nombre en el primer contacto con el paciente	76%(38)	2%(1)	22%(11)
Explicar al paciente respecto del trato/procedimiento que se realizará	86%(43)	0%(0)	14%(7)
Evitar informaciones técnicas que puedan dificultar el entendimiento del trato con el paciente	78%(39)	8%(4)	14%(7)
Preocuparse en avisar con anticipación (cuando sea posible) respecto de cualquier procedimiento/intervención que se realizará con el paciente, y explicar su finalidad	88%(44)	2%(1)	10%(5)
Estar atento de no hablar muy alto en la sala de cuidados críticos	80%(40)	8%(4)	12%(6)
Preocuparse por la privacidad al realizar una intervención	86%(43)	0%(0)	14%(7)
Cuidar que el paciente no vea los cuidados médicos y de enfermería realizados con otros pacientes	76%(38)	0%(0)	24%(12)
Orientar al paciente despierto sobre el día de la semana y el horario	52%(26)	10%(5)	38%(19)
Preocuparse por la sed del paciente	72%(36)	4%(2)	24%(12)
Poseer algún método de evaluación del dolor de la institución que desempeña	60%(30)	38%(19)*	

\*2% (n=1) no respondieron la pregunta.

Figura 4: Acciones de humanización que realiza enfermería. Fuente: (5)

Por el contrario, la deshumanización de la atención sanitaria es un proceso donde se priva a la persona de sus características humanas, centrando la atención en los procesos biológicos y fisiológicos del ser humano. Este fenómeno, es el resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes (33). Durante mucho tiempo el único objetivo ha sido asegurar la calidad científico-técnica de los cuidados, prestando escaso interés a los aspectos humanísticos (10).

Los avances científicos y tecnológicos son los que provocan este riesgo porque conlleva la pérdida de la visión integral del individuo y dan más importancia a lo tecnológico (34). Cabe destacar que la tecnología no es opuesta a la atención humanizada sino que es complementaria. Enfermería, es el nexo de unión entre la tecnología y el paciente. Por ello, la tecnología en sí misma no produce deshumanización sino que es un proceso multifactorial (10).

Además, la formación de los profesionales se orienta en gran medida a los aspectos técnicos, lo que provoca la carencia de habilidades humanas y relacionales. Por ello, con trabajo, reflexión y capacitación será posible que las enfermeras asuman el cuidado humanizado (35), con el fin de favorecer un acercamiento de los familiares y pacientes, contribuyendo al nivel de satisfacción y confianza en las relaciones (35).

Actualmente, se está realizando un estudio conocido como proyecto Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos (HUCI) en Madrid que tiene como objetivo recuperar la visión integral sobre el usuario y humanizar los cuidados que se les proporciona a los pacientes ingresados en la UCI (23) (29). Está creado por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios, pacientes y profesionales no sanitarios.

Trabajan con ocho líneas estratégicas que son:

- UCI de puertas abierta
- Comunicación
- Bienestar del paciente
- Presencia y participación familiar
- Cuidados al profesional
- Detección y prevención del síndrome post cuidados intensivos
- Arquitectura e infraestructura
- Cuidados al final de la vida

## 5. DISCUSIÓN

Los resultados ponen en manifiesto que existe una clara tendencia de la introducción de la ética y la humanización en los cuidados. Según el consejo internacional de enfermería (CIE) el cuidado ético es una obligación moral donde la ciencia, la tecnología y la ética deben trabajar de manera conjunta para lograr una mayor plenitud profesional (3).

Asimismo, los profesionales sanitarios son un colectivo que presta atención directa y que tienen el deber y la obligación moral de prestar cuidados humanizados y de calidad. El papel de enfermería en el cuidado humanizado es fundamental ya que humanizar en una unidad de cuidados intensivos es un gran desafío y significa cuidar del paciente en su integridad, considerando el contexto personal, familiar y social (32).

Es por ello que este tipo de cuidados exige una dedicación de tiempo y esfuerzo. Además, la enfermera debe prestar un cuidado holístico que contemple tanto al paciente como a la familia. Igualmente, debe ser individualizado y de calidad para conseguir una satisfacción del paciente y del profesional.

Por todo esto, el cuidado implica una responsabilidad, interés y compromiso moral (32). Por ello, debe haber colaboración con el resto de profesionales para una exitosa implantación porque una única profesional no puede realizarlo sola (31).

Esta revisión ha evidenciado que el paciente se enfrenta a momentos de soledad porque el tiempo autorizado de visita es reducido. Por esta razón, el día del paciente se hace largo, además, la falta de actividad y la falta de con quien conversar, pueden llegar a deprimirlo (5). El paciente también presenta dolor, miedo, dificultad para dormir y se encuentra desorientado (22).

En relación a esto, la orientación de los pacientes se ve alterada porque asociada a una iluminación artificial, ausencia de relojes, ruido, movimiento de personal durante todo el día y el horario de los medicamentos, causan una alteración de la referencia entre el día y la noche (5).

Por todo esto, es necesario crear un ambiente más confortable, humano y mejorar el bienestar de los pacientes. Por lo tanto, hay que cambiar el diseño y la

organización de la UCI, mejorando la privacidad, el bienestar, el ruido y el confort (22). Para ello, se podría regular la actividad nocturna, la gestión correcta de alarmas y disminuir la intensidad de la luz durante la noche para facilitar el descanso nocturno (36).

Además, los datos obtenidos del estudio dicen que liberalizando el horario de visitas de los familiares, se promueve un incremento del nivel de satisfacción y favorece las necesidades del paciente y del familiar. Sin embargo, en España las políticas de visita continúan siendo restrictivas. Únicamente un 9.8 % tiene horario abierto (23) (24). Por el contrario, en Reino Unido y en Estados Unidos más del 50% de estas unidades permiten visitar al familiar en cualquier momento del día (37).

Esta situación genera la siguiente pregunta: ¿por qué no hay una mayor apertura de UCI a los familiares a pesar de la evidencia de los efectos beneficiosos? La respuesta no es única y pueden influir varios factores. Las posibles causas son: una estructura que no está preparada para acoger a los familiares, un régimen de visita que se guía por las necesidades de la unidad y por último, profesionales que tienen creencias diferentes a la apertura de las unidades como son el entorpecimiento del trabajo o que no es bueno para el familiar (24).

La visita de los menores es más restringida por el hecho de tener un mayor riesgo de infección y traumas psicológicos. Sin embargo, en neonatología, donde si están permitidas, no se ha detectado un aumento de las infecciones (20).

Al flexibilizar el horario de visita debemos considerar la posibilidad de que no todos los pacientes quieren o necesitan ser visitados. Además, para los familiares la visita abierta puede hacer que el familiar se sienta obligado a permanecer junto con el paciente. Por lo tanto, es necesario insistir en una política de visita abierta individualizada y adaptada a las necesidades del paciente y la familia (22) (24).

En este sentido, para los profesionales sanitarios una mayor flexibilidad en el horario supone enfrentarse a preguntas o tener que informar con mayor frecuencia. Por lo tanto, estos podrían sentirse incómodos y desconcertados (24). A pesar de todo esto, es necesario promover un cambio en las políticas de los centros hospitalarios.

Un punto a reflexionar es el permiso para poseer objetos personales como son el móvil o el ordenador en la UCI ya que es mínimo. Únicamente el 41% de las UCI permiten la utilización de teléfonos móviles y ordenadores (23). Estos datos contrastan con la realidad porque son aparatos muy habituales para la comunicación y la distracción. Por ello, es necesario avanzar en este campo y facilitar la conexión del paciente con su círculo familiar y mantener sus relaciones personales.

La atención humanizada responde a las necesidades de pacientes y familiares que son considerados como una unidad. La familia tiene un papel fundamental de apoyo, ayuda y cuidados a su familiar (20).

Una de las principales necesidades de la familia es la información. Para satisfacer esta necesidad, es necesario informar sobre el pronóstico, descanso, confort y cuidados que recibe. Además de todo esto, es necesario informar sobre las normas y funcionamiento de la unidad. La enfermera tiene gran influencia y es la encargada de transmitir esta información. Según la evidencia, la entrega de folletos y guías cubre la necesidad del funcionamiento de la unidad (20).

Por otro lado, mediante los datos obtenidos del estudio, muestran que la integración de los cuidados a los familiares es necesaria ya que una familia participativa es más sana y con más herramientas para luchar contra la enfermedad. Sin embargo, se precisa de un mayor esfuerzo por parte de los profesionales (32).

Para terminar esta revisión, un aspecto fundamental es la arquitectura de la unidad y de las salas de espera. El color y la iluminación son también esenciales y pueden ayudar a transmitir calidez y relajación por lo que alivian el sufrimiento a las familias.

Lo que se propone con el término de un cuidado ético y humanizado es un camino de mejora para el cuidado existente. Queda mucho camino para recorrer ya que este cambio supone un cambio de mentalidad en los profesionales y para conseguir esto son necesarios grandes esfuerzos. Además, para la puesta en funcionamiento debe haber un compromiso, una responsabilidad ética y un cambio de

comportamiento de los profesionales para promover una cultura de humanización en el cuidado ético.

Para ello, es necesario un compromiso de la Unidad Coronaria para promover cambios organizativos y administrativos.

Además, existen diferentes posibilidades para fomentar el cuidado ético y humanizado como por ejemplo: disminución del ruido controlando nuestro tono de voz y las alarmas, instalar relojes en la UCI o en los box para orientar al paciente temporalmente, permitir el uso de teléfonos móviles u ordenador si la situación del paciente lo permite para facilitar la distracción y evitar el aburrimiento, y por último, música ambiente en la UCI ya que, como muestra la evidencia, la música es un método no farmacológico que ha demostrado disminuir la ansiedad de los pacientes ingresados en la UCI (23).

La temática de la revisión es amplia siendo un tema actual y novedoso en relación al trabajo que desempeña enfermería. La mayor parte de la evidencia es descriptiva y exploratoria. Una limitación del trabajo es trasladar los resultados a la práctica porque para que esto suceda es necesario que a los profesionales se les informe y se les motive para que realicen las actividades e intervenciones según la evidencia, ya que muchos profesionales son reacios a los cambios.



## 6. CONCLUSIÓN

1. Cuidado humanizado es un cuidado individualizado y de calidad. Consiste en ofrecer una atención integral de calidad considerando a la persona como un todo, teniendo en cuenta los problemas físicos, emocionales y sociales. Además, debe contemplar tanto al paciente como a la familia, por lo que exige una dedicación de tiempo y esfuerzo.
2. Todo ingreso genera una situación de estrés tanto para el paciente para el familiar.
3. Los principales factores estresantes para el paciente son generados por el propio ambiente de la UCI como son: mirar al techo, no tener privacidad y no saber qué día es hoy.
4. Las principales necesidades de los familiares son información y seguridad.
5. Una familia participativa es más sana y con más herramientas para luchar contra la enfermedad.
6. La práctica habitual de la organización de la UCI no corresponde con las recomendaciones del análisis de la evidencia.
7. Una flexibilización del horario de visita mejora positivamente al paciente y al familiar reduciendo el estrés y la ansiedad.
8. La elaboración de la guía de acogida al familiar es una herramienta útil que le produce satisfacción y permite al familiar conocer el funcionamiento de la Unidad.



## 7. PROPUESTA DE MEJORA

### **Elaboración de una guía de acogida y flexibilización del horario de visita.**

#### **7.1 Introducción**

El cuidado humanizado se caracteriza por un cuidado holístico, global, integral, individualizado y de calidad donde se contemple tanto al paciente como a la familia como una unidad, con el fin de identificar las necesidades particulares de cada persona y comprender el significado de la situación que está viviendo (32).

Asimismo, todo paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria digna, humana, adecuada a su situación y útil para facilitar la mejora del proceso. De esta forma, se impulsa la humanización en la asistencia sanitaria creando un espacio de confianza, respeto y comprensión (3).

El ingreso del paciente en la Unidad Coronaria, es una hospitalización inesperada. Esta experiencia genera una situación estresante tanto para el paciente por verse rodeado de cables y ruidos irreconocibles como para la familia que experimenta una situación de shock, ansiedad e incredulidad (5) (22).

En este sentido, somete a los miembros de su familia a una situación difícil que provoca un cambio de los patrones de relación habituales y requiere una adaptación. La desadaptación provoca a la aparición de padecer ansiedad, depresión y estrés postraumático. Además de producir secuelas psicológicas, origina secuelas a nivel físico y cognitivo. En el estudio realizado por Pryzby manifestó que el 56% de los familiares presentan cambios de rol a nivel familiar y el 80% alto riesgo de enfermar debido al estrés, falta de descanso, mala alimentación y estrés por compaginar la vida de la UCI con la exterior (31).

La familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud. Una de las necesidades prioritarias para la familia son la accesibilidad y la proximidad al servicio. Sin embargo, en las UCC y en la UCI están alejados del paciente porque pueden ocasionar alteraciones fisiológicas en el paciente. Además, impiden el descanso y ocasionan un posible riesgo de infección. Sin embargo, investigaciones han demostrado que su presencia tiene efecto beneficioso en la recuperación

porque promueve un incremento del nivel de satisfacción y favorece las necesidades del paciente y del familiar (20).

Al flexibilizar el horario de visita, la familia podría ayudar en algunos cuidados como fisioterapia, higiene y en la administración de comidas. Estos cuidados producen un efecto positivo tanto para el paciente como para el familiar. Siempre deben hacerse bajo supervisión de la enfermera por las posibles consecuencias que pueden ocasionar (9) (22) (31).

Para los profesionales sanitarios, una mayor flexibilidad en el horario supone enfrentarse a preguntas o tener que informar con mayor frecuencia. Por lo tanto, estos podrían sentirse incómodos y desconcertados (24).

Otra necesidad del familiar es la información. Diversos estudios afirman que la familia espera que se les informe sobre signos vitales, cuidado, confort y descanso del paciente. También de los aspectos concretos de las UCI tales como son el equipo tecnológico, número de teléfono, equipo de profesionales que trabajan y las normas y reglas de la Unidad, ya que al desconocer el funcionamiento, incumplen las normas (29). Asimismo, esta falta de información precipita sentimientos de ansiedad, frustración, desánimo, soledad, tristeza y miedo (26).

Enfermería es fundamental en el proceso de información. Esta es la encargada de transmitir la información pero en ocasiones no cubren estas necesidades y se limitan a transmitir información corta y limitante (20).

La insatisfacción de las familias según un estudio realizado por Santana et al. muestra que está relacionado con la necesidad de soporte e información. Zazpe en su revisión muestra que la entrega de folletos informativos donde se señalan las normas y políticas de la Unidad al ingreso del paciente crítico cubre las necesidades de información de la familia en relación al servicio y muestra una mayor satisfacción. Al igual, Henneman y McKenzie muestran que el horario flexible y el uso de folletos informativos dan como resultado una mayor satisfacción de los familiares (20) (30).

Por lo tanto, lo que se propone es una propuesta de una guía de acogida al familiar. Además, se propone flexibilizar y aumentar el horario de visita según el deseo y necesidad del paciente y del familiar.

Queda mucho camino por recorrer. Para la puesta en funcionamiento es necesario un compromiso y responsabilidad ética. Además se necesita un cambio de comportamiento de los profesionales para promover cultura de humanización en el cuidado ético. Esta transformación es un cambio lento porque supone un cambio de mentalidad en los profesionales.

## **7.2 Objetivos**

### **Objetivo principal:**

Elaborar una guía de acogida al familiar de la Unidad de Cuidados Coronaria (UCC) del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

### **Objetivos secundarios:**

- Flexibilizar el horario de visita según las necesidades del paciente y del familiar en la Unidad Coronaria.
- Promover la incorporación del familiar en los cuidados de su familiar.
- Favorecer el contacto y la relación de los familiares con el paciente durante su estancia en la UCC.

## **7.3 Material y métodos**

Para la realización de la propuesta se han empleado algunos artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica del proyecto.

Los artículos utilizados pertenecen a la búsqueda bibliográfica del trabajo realizada en diferentes bases de datos como Scielo, Dialnet, Pubmed y Elsevier con la estrategia de búsqueda "Humanización AND cuidados intensivos". Los artículos empleados se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 7: artículos empleados para la propuesta. Fuente: elaboración propia.

BASE DE DATOS	TÍTULO	AUTOR
PUBMED	Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas	Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina M, Forcelledo L et al.
	Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería	S. Fernandes da Cruz Silva, C. Machado Regimar.
DIALNET	For an open door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change.	D. Escudero, L. Viña, C. Calleja
	Visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.	B. Errasti- Ibarrodo y S. Trincas—Sauras
ELSEVIER	Protocolo de enfermería en la atención del paciente y del familiar al ingreso en la UCC.	Bermejo Candela, Ruiz Sandonis et al.
	Opening the ICU doors.	Westley ME, Ching JM, Sherman SA, Smith IA.

Además, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes páginas oficiales como la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidad Coronaria (SEEIUC) y en el proyecto HUCI.

Para el desarrollo de la propuesta de mejora se ha planteado un folleto informativo como una herramienta que ayuda a establecer una idea previa de donde se encuentra su familiar una vez que ha accedido a la Unidad. Es en un formato dístico para que facilite su lectura, utilizando un lenguaje claro y fácil de comprender, asimismo incorpora alguna imagen.

Esto se entregara al familiar y en especial al cuidador principal para que tenga conocimientos sobre la Unidad donde está ingresado su familiar.

Además, se ha desarrollado una propuesta de flexibilización del horario de visita del cuidador principal. Para la puesta en funcionamiento sería necesario informar a los trabajadores sobre los cambios que se van a realizar.

Asimismo, habría que reforzar las habilidades de comunicación ya que para los profesionales sanitarios es un desafío tener que atender durante más tiempo al familiar. Esto supone responder más dudas y explicar con mayor frecuencia al familiar los procedimientos e intervenciones que se van a realizar.

#### **7.4 Propuesta**

El proyecto HUCI que está centrado en el cuidado humanizado de la UCI. Trabaja en ocho líneas estratégicas, una de ellas es la apertura de la puerta de la UCI (Anexo 2).

Por ello, con este proyecto lo que se propone es aumentar y flexibilizar el horario de visitas para mejorar el funcionamiento y organización de la UCC en función de las necesidades del paciente y del familiar.

La apertura de las puertas de la UCC no significa una Unidad abierta al público. Al contrario, tendrá establecidas unas normas fijas y obligatorias de cumplimiento para satisfacer el bienestar del paciente.

Al flexibilizar el horario de visita debemos considerar la posibilidad de que no todos los pacientes quieren o necesitan ser visitados constantemente. Por lo tanto, es necesario insistir en una política de visita abierta, individualizada y adaptada a las necesidades del paciente, de la familia y a la situación clínica del paciente (22).

Por ello, para la puesta en funcionamiento si la situación clínica lo permite, es necesario conocer el cuidador principal de cada paciente. De esta forma, permitiría al cuidador principal mayor tiempo de visita para que pueda permanecer con su familiar. Porque así le apoyara y le animara ya que la colaboración de los familiares es muy importante para el proceso de recuperación (24).

Por todo esto, es fundamental realizar esta mejora tal y como muestra la evidencia.

Concretamente en la Unidad de Cuidados Coronarios, las principales técnicas y exploraciones se realizan durante la mañana. Por lo que sería más fácil flexibilizar el horario de apertura durante la tarde que es cuando se realizan menos intervenciones.

Esto será posible si la situación clínica del paciente lo permite según una valoración realizada por los médicos y enfermeras responsables.

Una propuesta de los pasos a seguir para una flexibilización del horario para el cuidador principal sería:

1. Valorado por médico y enfermera para valorar su situación clínica (31).
2. Si la situación clínica lo permite, demandar al paciente su deseo o necesidad de permitir que el familiar principal se le permita mayor tiempo de visita para poder estar con él para ayudarlo y apoyarlo (24).

Si el paciente se encuentra sedado no hay posibilidad de preguntarle por lo que su tutor o familiar principal se encargará de decidir si quieren que su familiar tenga compañía durante más tiempo y además, decidirán quién será el cuidador principal.

3. Se determinará quién es el cuidador principal. Deberá anotarse en la hoja de cuidados su nombre y teléfonos para que los profesionales sanitarios tengan un control sobre los cuidadores principales.
4. Explicar al familiar:
  - El funcionamiento de la UCC: normas, característica de la Unidad y equipo de profesionales. Entregar folleto informativo (20) (Anexo 3).
  - Al cuidador principal se permitirá mayor tiempo de estancia con su familiar (13:00-20:30).
  - El papel del cuidador principal es acompañamiento, apoyo y cuidados si desea (24).
5. El resto de los familiares podrán visitarlo durante el horario habitual:
  - Mañana: 13:00 -14:00 h
  - Tarde: 18:00 -19:00 h

Se permitirá un máximo de 2 personas por paciente, posibilitando el intercambio de familiares.

Deben ser silenciosos y respetando las normas de la Unidad.

En la figura 5 se muestra un algoritmo de los pasos a seguir.



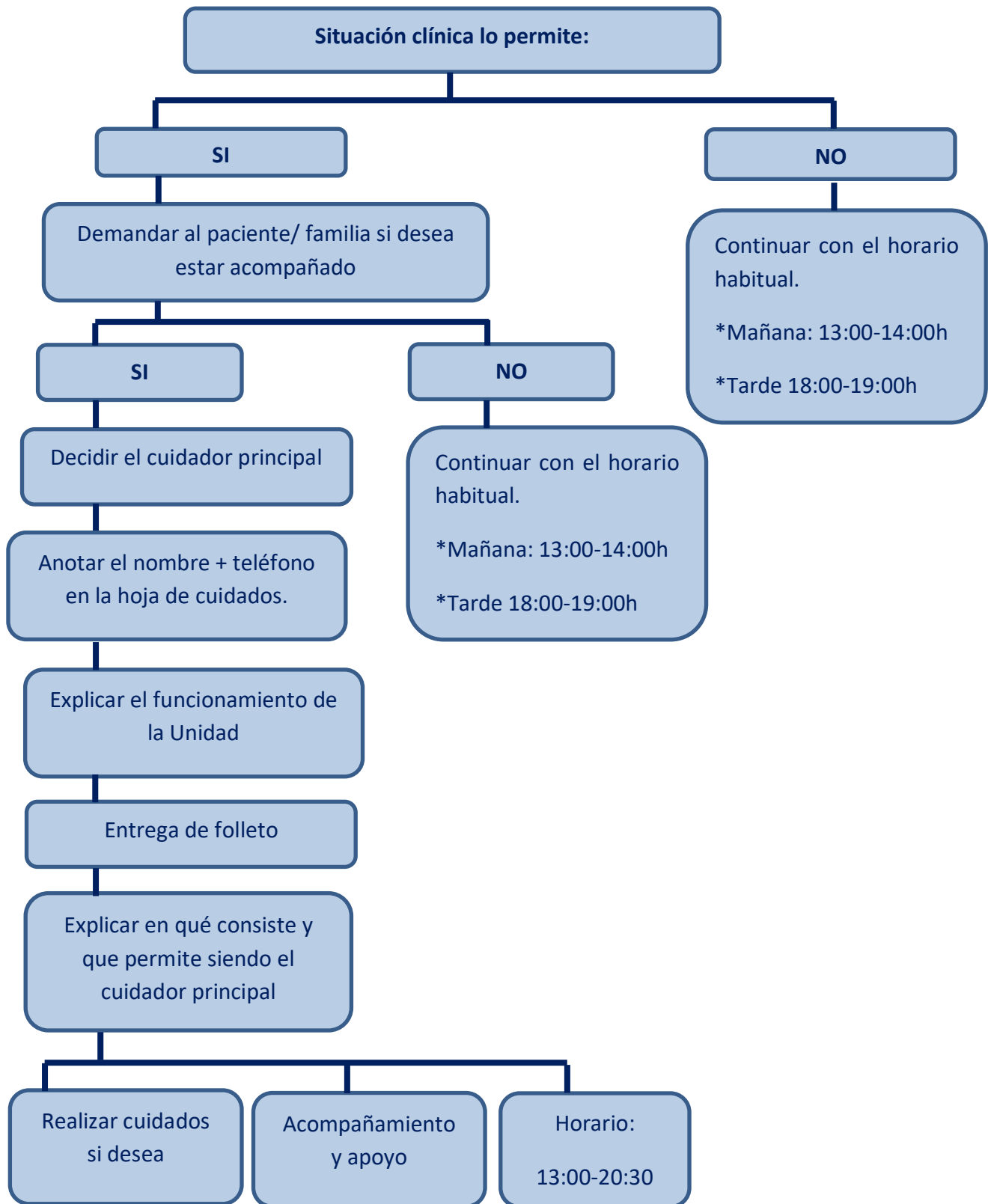


Figura 5: Algoritmo de acogida al familiar al horario flexible de visita Fuente: Elaboración propia

Además, la sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) recomienda la elaboración de protocolos y guías para favorecer la acogida de los familiares en las primeras fases del proceso ya que producen un aumento de la satisfacción de los familiares ante esta acogida protocolizada (20).

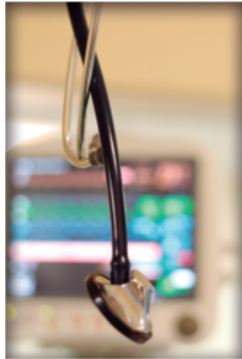
Por ello, se propone una guía de acogida que es un documento que se entregará a los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad Coronaria y que proporciona información normativa e incluye otros aspectos que facilitan la adaptación de las familias al entorno, asimilando la situación de su familiar y aportando un clima de confianza en la relación con el equipo. Por ello, beneficia tanto al paciente como al familiar (38).

La información que debe introducir estos folletos según SEEIUC es (39):

- Normas de la UCI:
  - Características de la Unidad
  - Dinámica habitual de la práctica trabajo
  - Personal sanitario que atiende a su familiar
  - Información sanitaria que recibirá
  - Normas
- Situación del paciente:
  - Posibles alarmas y sonidos que pueden escuchar en la unidad
  - Elementos permitidos para usar en la unidad
  - Material que se encuentra en el box
  - Características más relevantes de un paciente crítico así como algún procedimiento habitual.
- Situación para el familiar:
  - Medidas higiénicas necesarias
  - Aspectos en los que puede colaborar.
  - Recursos que contara el familiar
  - Espacios disponibles
- Información de interés:

En la Figura 6 se encuentran las imágenes de la guía que se entregara a los familiares.

**INFORMACIÓN AL FAMILIAR DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS (UCC) DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA**



UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS  
CHN A PABELLÓN D 1º PISO  
848 422 553

**DURANTE LA VISITA**

Deberá cumplir las siguientes indicaciones:

- \*No entrar alimentos
- \* Se permite uso de móvil en modo silencioso.
- \* Facilite teléfono de contacto.
- \* Lavase las manos al entrar y al salir.
- \* No realice fotos
- \* Evite visitas que sufran proceso contagioso.

No está prohibida la entrada de niños. Si desean que entre, es necesario informar a la enfermera. No se recomienda la entrada a los menores de 12 años.

**RECOMENDACIONES AL FAMILIAR**

A pesar de que los profesionales realicemos lo que está en nuestra mano para ayudarle, es importante que lea los siguientes consejos.

- \* Descanse es importante.
- \* No se quede con dudas. Pregunte
- \* Coma equilibradamente
- \* Exprese sus sentimientos y necesidades

**OTROS SERVICIOS**

Si desean información sobre: **trabajo social, atención al paciente, servicio religioso...** puede dirigirse al responsable de la Unidad o al personal de enfermería.

**RECUERDE**

Recuerde traer un neceser para la higiene personal, algo para hacer más llevadera la estancia en la UCI como una radio, móvil, Tablet, el periódico, un libro...

**¿QUÉ ES LA UNIDAD CORONARIA?**

Es una unidad de cuidados especiales con una estructura y funcionamiento diferente al resto de hospitalizaciones. Ingresan pacientes en este estado grave o con riesgo importante para su salud. Que necesita una vigilancia y tratamiento continuo.

**¿QUIÉN ATIENDE A LOS PACIENTES?**

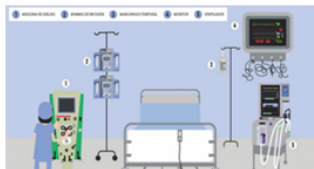
Está dotada de médicos especialistas en Cardiología, médicos internos residentes, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y celadores las 24 horas del día que aseguran la correcta atención de su familiar.

Durante todo el día los profesionales le atenderán de manera personalizada realizando tareas de control, vigilancia, técnicas para su bienestar, y la comodidad así como la administración de medicación, alimentos y aseo.

**PACIENTE EN LA UCI**

Cada habitación está dotada de material específico. Los aparatos pueden ser difíciles de asimilar. Van conectados a su familiar y son **necesarios para garantizar la vigilancia y el tratamiento.**

Disponen de unas alarmas que informan de las variaciones que puedan producirse. No siempre que suenan están relacionados con situaciones de urgencia. Además, están conectados a un monitor central que permite observar de forma continua su estado.



**FAMILIARES**

Su familiar pasará por diferentes situaciones que afectarán a sus actividades de la vida diaria. La colaboración de los familiares es muy importante para el proceso de recuperación.

Si usted desea **participar en su cuidado personal consulte a la enfermera responsable** que le orientará sobre qué puede hacer y cuál es la mejor manera de hacerlo. Puede participar dando masajes, dar de comer, movilizaciones...

Si su familiar está **despierto** proporcione tranquilidad y apoyo, ayudándole a establecer conexión con aspectos de su vida que facilitan su orientación.

Si esta **adormilado** y solo quiere descansar, deben comprender que es esencial su descanso.

Si está **dormido** a causa de la medicación si desean puede hablarle y tocarle salvo que el equipo de enfermería indique lo contrario.

**HORARIO DE VISITA**

Al **cuidador principal** se permite su estancia desde **13-20:30 horas**. Visita normal un **máximo 2 personas**, se permite el intercambio.

<b>MAÑANA</b>	<b>TARDE</b>
13:00-14:00 horas	18:00-19:00 horas



**INFORMACIÓN**

**Información médica:** Durante la visita de la mañana se informará sobre su evolución. Asimismo, contactará a cualquier hora del día si se produjeran cambios en su estado.

**Información enfermería:** Informarán de los cuidados que realizan y pedirán su participación durante el proceso.

Figura 6: Díptico para los familiares. Fuente: elaboración propia.

## 7.5 Discusión

Esta propuesta de mejora pretende flexibilizar el horario de visita de los familiares según las necesidades del paciente y del familiar para mejorar la organización y el funcionamiento de la UCC según como dice la evidencia. Ya que un mayor contacto con el familiar supone una disminución de la ansiedad y del estrés tanto para el paciente como para el familiar. Además, se propone una guía de acogida y la incorporación de los familiares en el cuidado.

Este cambio es difícil ya que supone una modificación en la rutina de trabajo. Las principales barreras están relacionadas con la costumbre y la falta de reflexión crítica sobre los inconvenientes de una UCI cerrada. Esta atención supone un cambio importante en la actitud y en la filosofía del equipo asistencial. Por lo tanto, el primer paso para cambiarlo, es la toma de conciencia de que existen otras alternativas más útiles y respetuosas con el cuidado integral del paciente.

La implantación de este modelo requiere el aprendizaje de las experiencias positivas de algunas unidades, participación del profesional, formación y cambios de actitud y habilidades. Por ello, sería necesario elaborar una formación a los profesionales en habilidades de comunicación para que, de esta forma, estén preparados y tengan las capacidades para saber enfrentarse a estas situaciones (24). Esto se relaciona con uno de los aspectos más importantes de la Unidad Coronaria es el equipo humano y, en especial, las competencias del personal para ofrecer una asistencia de calidad al paciente y a su familia, porque sin ellos no sería posible.

Lo que se propone es un camino de mejora para el cuidado existente. Queda mucho trayecto para recorrer ya que esta transformación supone un cambio de mentalidad en los profesionales y para conseguir esto es necesario grandes esfuerzos.

Además, debe haber un compromiso, una responsabilidad ética y un cambio de comportamiento de los profesionales para promover una cultura de humanización en el cuidado ético. Además, es necesaria una implicación de la Unidad Coronaria para promover cambios organizativos y administrativos.

El desarrollo de esta propuesta supone un compromiso y respeto de los cuatro principios básicos de la bioética. Es decir, respetando la autonomía del paciente

para producir un beneficio en su salud, es decir, una disminución de la ansiedad y del estrés tanto suyo como para el familiar sin producir ninguna maleficiencia en su salud. Y además, todos los pacientes tienen el mismo derecho de recibir esta atención.

Otra limitación es que no todos los pacientes quieran ser visitados porque prefieren estar solos y descansando. Siempre se respetara su decisión. Sin embargo, la visita del familiar supone un beneficio tanto para el paciente como para el familiar ya que la proximidad con el pariente es una de las principales necesidades del paciente y familiar ingresado en la UCI.

Esta propuesta podría desarrollarse con una mayor ampliación del horario de visita para el cuidador siempre y cuando la Unidad esté preparada para acoger al familiar durante la estancia. Asimismo, podría implantarse en más unidades de cuidados especiales.



## 8. AGRADECIMIENTOS

En la realización de este proyecto, tengo que agradecer a mi tutora, Idoia Garde Sesma, por su disposición, dedicación y recomendaciones desde el principio del trabajo.

También agradezco a mi familia, amigos y compañeros por el apoyo recibido.





## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Higuera JCB, Durbán MV. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. *Fund Caser Para Depend.* 2013; 1-23.
2. Zambrano MLC. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid.* 5 de enero de 2016; 7 (1):1227-31.
3. D. Zambrano Cornejo MsGO. Ética y bioética en los profesionales de enfermería. *Rev Cient Dominio Las Cienc.* 29 de febrero de 2016; 2: 106-19.
4. OMS | Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/)
5. Silva LF da C, Machado RC, Araújo Giarretta VM, Salazar Posso MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Enferm Glob.* 1 de octubre de 2013; 12(4):88-103.
6. González-Escobar DS, Álvarez-Yañez DM, Sánchez-Palencia CP. Inventario de necesidades de los familiares de los pacientes egresados de la unidad de cuidado intensivo. *Rev Cienc Cuid.* 27 de septiembre de 2015; 11(2):46-58.
7. CHN Navarra [Internet]. 2018. Disponible en: <http://chnavarra.es/Enfermería>
8. Moreno-Fergusson ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan.* 21 de agosto de 2013; 13(2):146-8.
9. Martínez MC, Gamboa MC. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm Glob [Internet].* 5 de octubre de 2011; 10(4). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137431>
10. Mayor MV. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Integral Rev Científica Col Of Enferm Valencia.* 2017;(116):51-7.
11. Sociedad Española de Cardiología: profesionales sanitarios y cardiólogos [Internet]. Sociedad Española de Cardiología.. Disponible en: <https://secardiologia.es/>
12. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad (7947) [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
13. OMS | Prioridades estratégicas del Programa de la OMS sobre enfermedades cardiovasculares [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/priorities/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/es/)
14. Olga Sanz Asin IAE. Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra. *Gob Navar.* 2016;46.

15. Fundación Internacional de Derechos Humanos. Artículo 25 | Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. 1948. Disponible en: <https://dudh.es/25/>
16. Sinopsis artículo 43 - Constitución Española [Internet]. Constitución Española. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=43&tipo=2>
17. Lydia Feito Grande. Ética de los Cuidados. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. *Ética de los cuidados*. Junio de 2008; 1(1):256.
18. García MQ, Fernández NM. Humanización de los Cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. *Enferm Docente*. 2010; 92:20-3.
19. SaludInforma - Buenas prácticas en el Sistema Nacional de... [Internet]. Salud Informa. Disponible en: [https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/detalle/-/asset\\_publisher/QIkE4rhakPHF/content/buenas-practicas-en-el-sistema-nacional-de-salud;jsessionId=-dxbG-Z9mrB6EaYP8MCF2Pp0.mov-saludinforma-01?redirect=https%3A%2F%2Fwww.saludinforma.es%2Fportalsi%2Fweb%2Fsalud%2Fdetalle%3Bjsessionid%3D-dxbG-Z9mrB6EaYP8MCF2Pp0.mov-saludinforma-01%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_INSTANCE\\_zuRcGEVs0u5W%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-2%26p\\_p\\_col\\_count%3D1%26p\\_r\\_p\\_564233524\\_categoryId%3D14844%26p\\_r\\_p\\_564233524\\_resetCur%3Dfalse%26\\_101\\_INSTANCE\\_zuRcGEVs0u5W\\_cur%3D3](https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/detalle/-/asset_publisher/QIkE4rhakPHF/content/buenas-practicas-en-el-sistema-nacional-de-salud;jsessionId=-dxbG-Z9mrB6EaYP8MCF2Pp0.mov-saludinforma-01?redirect=https%3A%2F%2Fwww.saludinforma.es%2Fportalsi%2Fweb%2Fsalud%2Fdetalle%3Bjsessionid%3D-dxbG-Z9mrB6EaYP8MCF2Pp0.mov-saludinforma-01%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_zuRcGEVs0u5W%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_count%3D1%26p_r_p_564233524_categoryId%3D14844%26p_r_p_564233524_resetCur%3Dfalse%26_101_INSTANCE_zuRcGEVs0u5W_cur%3D3)
20. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(2):51-67.
21. Principios de ética biomédica, de T. Beauchamp y J. Childress [Internet]. Observatorio de Bioética y Derecho (OBD) de la Universidad de Barcelona. 2015. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/comentarios-al-libro-principios-de-etica-biomedica-de-t-beauchamp-y-j-childress>
22. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 1 de agosto de 2014; 38(6):371-5.
23. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist*. 1 de septiembre de 2015; 30(5):243-50.
24. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(4):179-88.

25. De Ríos-Briz N. Open-door Intensive Care Units: Are the professionals ready? *Enferm Intensiva Engl Ed.* 2017; 28(4):187.
26. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Amthauer-Rojas M, Molina-Muñoz Y. Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile. *Enferm Intensiva.* marzo de 2018;29(1):32-40.
27. Martín Delgado MC, Garcia de Lorenzo y Mateos A. Surviving the Intensive Care Units looking through the family's eyes. *Med Intensiva Engl Ed.* 1 de noviembre de 2017; 41(8):451-3.
28. Ayllón Garrido N, Álvarez González M, González García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2008; 18(4):159-67.
29. Toquero JM, Llauradó M. Necesidades de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Metas Enferm.* 2016; 19(10):8.
30. Vázquez Calatayud M, Eseverri Azcoiti MC. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enferm Intensiva.* 2010; 14(4):161-4.
31. Aliberch Raurell AM, Miquel Aymar IM. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva.* 2015; 26(3):101-11.
32. Ribeiro CAP da S, Trovo MM, Puggina AC, Ribeiro CAP da S, Trovo MM, Puggina AC. Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible? *Enferm Glob.* 2017; 16(47):453-95.
33. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm.* marzo de 2009;18(1):32-6.
34. Marrujo Pérez KJ, Palacios Ceña D. Efectos de la tecnología en los cuidados de enfermería. *Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades.* 2016;(46):127-32.
35. Beltrán-Salazar Ó. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index Enferm.* junio de 2015;24(1-2):49-53.
36. Salazar OAB. Impersonal Care or Humanized Care: a Decision Made by Nurses? Hourglass Model. *Investig Educ En Enferm.* 21 de octubre de 2016;34(3):445-55.
37. Bueno V, Manuel J, Paula P de, Francisco J, Castillo Morales J, Merino Nogales N, et al. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva.* 2009;16(2):73-83.
38. Bermejo MAC, Ruiz LMS, Barreiro SÁ, Larizgoitia MIB, Aguado IC, Yagüe M de P, et al. Protocolo de enfermería en la atención al paciente y familia al ingreso en

la unidad coronaria. *Enferm En Cardiol Rev Científica E Inf Asoc Esp Enferm En Cardiol.* 2009;(30):32-8.

39. Taira Velasco Sanz AOG, Perez. Recomendaciones sobre acogida de familiares en Unidades de Cuidados Intensivos. *SEEIUC.* 2017; 16.

## 10. ANEXO

**Anexo 1: Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)** en versión breve traducida al español.

Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes, versión breve. (Harvey, 1993)<sup>23</sup>  
(Adaptado por Gómez, Ballester y Gil, 2011)

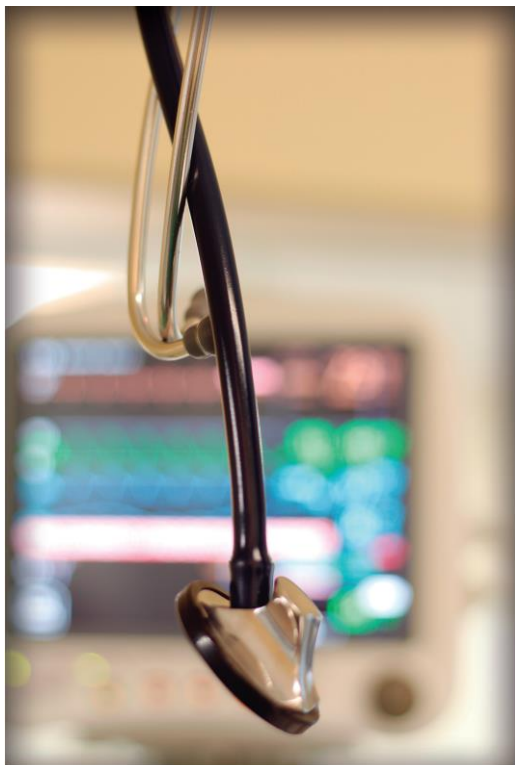
<b>1. ¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>2. ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>3. ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>4. ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>5. ¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas (pruebas, técnicas...)?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>6. ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>7. ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>8. ¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>9. Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>10. ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
<b>11. ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?</b>			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca

**Anexo 2: Accesibilidad.** Los 8 estándares que propone el proyecto HUCI para promover y certificar una UCI de puertas abierta.

Línea estratégica 1	UCI DE PUERTAS ABIERTAS	ACCESIBILIDAD
Puesta en marcha de actividades que faciliten la accesibilidad de los familiares de pacientes a las UCI		
Buena práctica 1.5	Existe un protocolo asistencial de atención a la familia que refleje un horario de acceso flexibilizado.	<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> D
Buena práctica 1.6	Existe flexibilidad en los horarios de visita a la unidad	<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> D
Buena práctica 1.7	Se reconoce y respeta la figura del cuidador/acompañante con acceso continuado, independientemente de los familiares que pudieran visitar al paciente en los horarios previstos	<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> D
Buena práctica 1.8	Se permite la visita de menores previamente instruidos a la unidad.	<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> D
Buena práctica 1.9	Se dispone de un procedimiento para la preparación de menores para el acceso a la unidad	<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> D
Buena práctica 1.10	Se contempla la posibilidad del acceso de mascotas a la unidad	<input type="radio"/> E <input checked="" type="radio"/> D
Buena práctica 1.11	Existe una guía informativa de acogida a familiares y pacientes ingresados en UCI que recoge las indicaciones de acceso a la unidad	<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> D

**Anexo 3: Díptico informativos** para acogida del familiar al ingreso del familiar en la UCC.

# INFORMACIÓN AL FAMILIAR DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS (UCC) DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA



UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS

CHN A PABELLÓN D 1º PISO

848 422 553

## DURANTE LA VISITA

Deberá cumplir las siguientes indicaciones:

- \* Se permite uso de móvil en modo silencioso.
- \* No entrar alimentos
- \* Lavase las manos al entrar y al salir.
- \* Facilite un nº teléfono
- \* Evite visitas que sufran proceso contagioso.
- \* No realice fotos

**No está prohibida la entrada de niños.** Si desean que entre, es necesario informar a la enfermera. No se recomienda la entrada a los menores de 12 años.

## RECOMENDACIONES AL FAMILIAR

A pesar de que los profesionales realicemos lo que está en nuestra mano para ayudarle, es importante que lea los siguientes consejos.

- \* **Descanse es importante.**
- \* **No se quede con dudas. Pregunte**
- \* **Coma equilibradamente**
- \* **Expresé sus sentimientos y necesidades**

## OTROS SERVICIOS

Si desean información sobre: **trabajo social, atención al paciente, servicio religioso...** puede dirigirse al responsable de la Unidad o al personal de enfermería.

## RECUERDE

Recuerde traer algo para hacer más llevadera la estancia en la UCI como una radio, móvil, Tablet, el periódico, un libro... y un neceser para la higiene personal.

## ¿QUÉ ES LA UNIDAD CORONARIA?

Es una unidad de cuidados especiales con una estructura y funcionamiento diferente al resto de hospitalizaciones. Ingresan pacientes en estado grave o con riesgo importante para su salud. Que necesita una vigilancia y tratamiento continuo.

## ¿QUIÉN ATIENDE A LOS PACIENTES?

Está dotada de médico especialistas en Cardiología, médicos internos residentes, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y celadores las 24 horas del día que aseguran la correcta atención de su familiar.

Durante todo el día los profesionales le atenderán de manera personalizada realizando tareas de control, vigilancia, técnicas para su bienestar, y la comodidad así como la administración de medicación, alimentos y aseo.

## PACIENTE EN LA UCI

Cada habitación está dotada de material específico. Los aparatos pueden ser difícil de asimilar. Van conectados a su familiar y son **necesarios para garantizar la vigilancia y el tratamiento**.

Disponen de unas alarmas que informan de las variaciones que puedan producirse. No siempre que suenan están relacionados con situaciones de urgencia. Además, están conectados a un monitor central que permite observar de forma continuada su estado.



## FAMILIARES

Su familiar pasará por diferentes situaciones que afectarán a sus actividades de la vida diaria. La colaboración de los familiares es muy importante para el proceso de recuperación.

Si **usted desea participar en su cuidado personal consulte a la enfermera** responsable que le orientará sobre qué puede hacer y cuál es la mejor manera de hacerlo. Puede participar dando masajes, dar de comer, movilizaciones...

Si su familiar está **despierto** proporcione tranquilidad y apoyo, ayudándole a establecer conexión con aspectos de su vida que facilitan su orientación.

Si está **adormilado** y solo quiere descansar, deben comprender que es esencial su descanso.

Si está **dormido** a causa de la medicación si desean puede hablarle y tocarle salvo que el equipo de enfermería indique lo contrario.

## HORARIO DE VISITA

Al **cuidador principal** se permite su estancia desde **13-20:30 horas**. Visita normal un **máximo 2 personas**, se permite el intercambio.

MAÑANA

13:00-14:00 horas

TARDE

18:00-19:00 horas



## INFORMACIÓN

**Información médica:** Durante la visita de la mañana se informará sobre su evolución. Asimismo, contactará a cualquier hora del día si se produjeran cambios en su estado.

**Información enfermería:** Informarán de los cuidados que realizan y pedirán su participación durante el proceso.



