
Humanización en UCI: Integración de la familia

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Autora: Udane Zaragüeta Martín

Directora: Esperanza Rayón Valpuesta



Pamplona, 20 de mayo de 2020

Grado en Enfermería, curso 2019/2020

Universidad Pública de Navarra

RESUMEN

Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), ofrecen una atención individualizada y continuada para los pacientes críticos. Destacan por su desarrollo de la especialidad y la tecnología, lo que puede relegar a un segundo plano los aspectos más humanos. En la actualidad, estas unidades se encuentran en un momento de cambio en organización y estructura, para cubrir así las necesidades demandadas por pacientes y familiares.

Objetivos

Analizar la evidencia científica que muestra las demandas de pacientes y familiares sobre sus necesidades en las UCI, definir cuáles son las necesidades de éstos y determinar la opinión y dificultades percibidas por las enfermeras, en la integración de los familiares en UCI.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cinhal, Scielo, Sirius, EBSCOhost, Dialnet Plus y Pubmed. Asimismo, se revisaron 4 revistas especializadas en UCI: Medicina Intensiva, Journal Clinic Nursing, Enfermería Intensiva y Tiempos de Enfermería y Salud.

Resultados

Tras identificar los artículos que cumplieran con los criterios establecidos, se seleccionaron 20 artículos de los cuales 10 eran revisiones de la literatura, 6 eran de estudios cualitativos y los otros 4 eran investigaciones cuantitativas. Tras la revisión de estos artículos se evidenció la carencia en el cuidado de los aspectos más emocionales de pacientes y familiares en UCI.

Conclusiones

Este trabajo revela la importancia de incluir a la familia en los cuidados de UCI para cubrir las necesidades emocionales, de pacientes y familiares, siendo necesario, entre otras medidas, flexibilizar los horarios restrictivos actuales.

Palabras clave: Cuidados Intensivos o UCI, Necesidades, Familia, Enfermería y Puertas abiertas.

ABSTRACT

Introduction

The intensive care units offer an individualize and continued attention to critical patients. They stand out for their development of speciality and technology, relegating the most humans aspects into the backgorund.

Currently, these units are in a changing moment in terms of organization and structure in order to cover the needs demanded by patients and families.

Objectives

Analyze the scientific evidence that shows the demands of patients and family members about their needs in the ICU, define which are their needs and delimit the opinion and difficulties perceived by nurses in the integration of family members in the ICU.

Methodology

A narrative sistematic bibliographic review was made in the following databases: Cuiden, Cinhal, Scielo, Sirius, EBSCOhost, Dialnet Plus y Pubmed. 4 journals specialized in ICU were reviewed as well: Intensive Medicine, Journal Clinic Nursing, Intensive Nursing and Health Times.

Results

After selecting the articles that met with the established guideline, 20 articles were selected of which 10 were literature revisions, 6 were cualitatives studies and the other 4 were cuantitatives researchings. After this articles revision, it was demonstrated the lack of care for the most emotional aspects of patients and family members in the ICU.

Conclusions

This work reveals the importance of including the family in ICU care to cover emotional and family needs, making it necessary to make current schedules more flexible.

Key words: Intensive Cares or ICU, Needs, Family, Nursing and Open Doors.

Índice:

1. JUSTIFICACIÓN.....	1
2. OBJETIVOS	3
2.1. Objetivo general.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
3. METODOLOGÍA DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	3
3.1. Parámetros de la revisión bibliográfica.....	4
3.2. Criterios de inclusión y exclusión	6
3.3. Otras estrategias de búsqueda	6
3.4. Resultados de la crítica metodológica.....	7
3.5. Resultados de la revisión bibliográfica.....	19
4. DISCUSIÓN.....	29
5. CONCLUSIONES	32
6. PROPUESTA TEÓRICA DEL TRABAJO.....	33
6.1. Justificación:	33
6.2. Protocolo de acogida a familiares de pacientes ingresados en UCI.....	34
6.2.1. Objetivo	34
6.2.2. Metodología	34
6.2.3. Actividades y fases para la implantación de la propuesta de protocolo	35
6.3. Documento informativo para el cuidador principal.....	39
6.3.1. Objetivo	39
6.3.2. Metodología	39
6.3.3. Apartados del documento.....	40
Agradecimientos	43
Anexos.....	48
Anexo 1. Diagrama de actividades: Elaboración TFG.....	48
Anexo 2. Diagrama de actividades: Propuesta de Intervención 2020-2021.....	49
Anexo 3. Plano UCI II.	50
Anexo 4. Esquema de la reunión con el equipo.....	51
Anexo 5. Planilla de cuidados del familiar.....	52
Anexo 6. Check-list Enfermería.	53
Anexo 7. Cuestionarios para pacientes.....	54
Anexo 8. Cuestionario para familiares.	55
Anexo 9. Cuestionario para Enfermería.....	56

Anexo 10. Plano UCI I.	57
Anexo 11. Protocolo de acogida.	58
Anexo 12. Tríptico informativo.	60

Índice de tablas:

Tabla 1. Palabras clave combinadas en la revisión bibliográfica	4
Tabla 2. Criterios de selección de artículos	6
Tabla 3. Revistas seleccionadas para la búsqueda manual	6
Tabla 4. Características de los estudios seleccionados	10
Tabla 5. Comparación de las respuestas de los pacientes con las respuestas del equipo de enfermería, de acuerdo con las variables cualitativas del estrés. São José dos Campos, 2011. <i>(Modificada)</i>	24

Índice de figuras:

Figura 1. Líneas de estrategia Proyecto HU-CI	2
Figura 2. Estrategia y resultados de la búsqueda bibliográfica	5
Figura 3. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría “Priorizar el sujeto de cuidado”	20
Figura 4. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona”	21
Figura 5. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría “Cualidades del hacer de enfermería”	21
Figura 6. Opinión de los profesionales.....	26
Figura 7. Protocolo de acogida, según los resultados de búsqueda	37
Figura 8. Tríptico abierto	42

1. JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), según el Ministerio de Sanidad son “una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar (...) para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio (...) así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.”¹

Las UCI han realizado un trabajo excepcional desde su creación, gracias al desarrollo de la especialidad y la tecnología, por lo que la mortalidad ha descendido, y hoy en día las personas que ingresan en estas unidades tienen probabilidades muy altas de recuperarse.²

Sin embargo sobre estas unidades, siempre sobrevuela la falta de atención al miedo y sufrimiento que sufre el paciente y su familia en estas situaciones. Posiblemente esto suceda porque los profesionales están educados en un modelo Biomédico, donde el diagnóstico y tratamiento son su principal objetivo, por lo que es posible que la tecnificación, la sofisticación y la estricta organización de estas unidades haya relegado a un segundo plano las necesidades humanas, no fisiopatológicas, de pacientes y familiares.^{2,4}

“Humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.” Esta definición recuerda y da valor a la definición de la OMS sobre la salud: “Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es decir contemplar al paciente de una manera holística y también el proceso de salud-enfermedad.^{2,3}

Actualmente las UCI se encuentran en un momento de cambio, y debido a esta necesidad, en 2014 se lanzó el proyecto HU-CI, con 7 líneas de estrategia, una de las cuales ha sido el antecedente principal de este trabajo: UCI de puertas abiertas y participación de los familiares en los cuidados.⁵

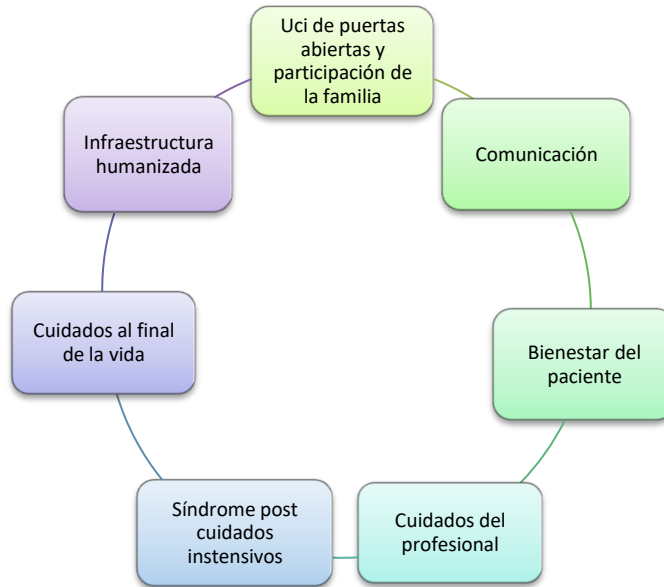


Figura 1. Líneas de estrategia Proyecto HU-CI.

Fuente: Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU – CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU – CI; 2017 [acceso 5 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>

La familia según define la RAE “es un conjunto de personas emparentadas entre sí que viven juntas”, es el grupo social más influyente para el desarrollo, la formación, la educación y la adaptación, teniendo en cuenta que cuando se trata de una familia funcional, actúan como una única unidad con estrechos lazos, en la que si alguno se ve afectado por cualquier motivo, el resto de la familia también se verá afectado. Es por esto que en el proceso de salud- enfermedad de alguno de los integrantes de una familia, se debe atender al paciente y la familia en su conjunto.^{6,7}

Por ser la UCI una unidad representativa de exclusión familiar se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática narrativa sobre la importancia, en la recuperación del paciente, de incluir a la familia en los cuidados de UCI.⁷

“Dicha exclusión de la familia en la UCI viene marcada porque durante años se creyó que había un aumento de la frecuencia cardiaca, infecciones, alteraciones emocionales, etc. del paciente”. Por el contrario, lo que supone, es un ambiente hostil

para el paciente, aumentando así los niveles de ansiedad, estrés, aburrimiento, etc. del paciente y su familia.⁷

Es importante integrar a la familia en la UCI mediante la flexibilización de su acceso, ampliación de sus horarios, o incluso permitir que la familia forme parte de los cuidados del paciente, como por ejemplo, la higiene diaria, proporcionar la alimentación o realizar ejercicios de fisioterapia; valorado de manera individualizada con cada uno de ellos y siempre supervisado por el personal de enfermería. Esta posibilidad, daría respuesta a las necesidades que verbalizan los familiares.^{8,9}

Teniendo en cuenta la opinión de los profesionales sanitarios, esta implicación de la familia, la entienden y valoran como muy beneficiosa para la recuperación del paciente y para la familia, incluso algunos autores reflejan que para los sanitarios podría resultar positiva esta alianza. Pero a su vez creen que puede suponer una carga de trabajo añadida y por ello, repercutir en el cuidado del paciente ingresado.¹⁰

El soporte emocional del paciente y su familia debe ser considerado parte fundamental del trabajo de todos los profesionales sanitarios, promoviendo una mayor confianza y haciendo así más confortable y humana la estancia en UCI, mediante cambios en la organización.⁹

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Analizar la evidencia científica que muestra las demandas de pacientes adultos y familiares sobre sus necesidades en la UCI.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar cuáles son las necesidades de pacientes y familiares.
- Determinar cuál es la opinión del personal sanitario y las dificultades percibidas en la integración de los familiares en UCI.

3. METODOLOGÍA DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para responder a los objetivos anteriormente indicados, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática narrativa siguiendo los pasos que se describen a continuación.

3.1. Parámetros de la revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cinhal, Scielo, Sirius, EBSCOhost, Dialnet Plus y Pubmed, y en las siguientes revistas científica especializadas en Cuidados Intensivos: Medicina Intensiva, Journal Clinic Nursing, Enfermería Intensiva y Tiempos de Enfermería y Salud. Además se realizó una búsqueda libre en el buscador Google Académico. También se han utilizado máster y guías clínicas.

Para ello, se realizó una búsqueda combinando las palabras clave que se presentan en la Tabla 1, unidos por el operador booleano “and”. Respondiendo al objetivo 1, se combinaron las palabras clave del Grupo 1 (Patient and care and icu OR Patient and icu OR famil* and centered and icu) y Grupo 2 (Famil* and care and icu OR Famil* and icu OR Need and famil* and icu OR famil* and centered and icu). Igualmente para el objetivo específico número 2, se combinaron las palabras clave del Grupo 3 (Open door and icu OR Nurse and icu OR Humanización and uci and enfermería OR Famil* and centered and icu) y Grupo 4 (Difficult* and famil* and icu OR Problem* and famil* and icu). La elección de palabras claves se basó en la lectura de estudios relevantes y en la comprobación del número y tipo de resultados que se obtenían utilizando diferentes términos de búsqueda.

En Pubmed, se utilizó el tesaurus MeSH “Intensive Care Unit” para realizar la búsqueda sistematizada centrada en esta línea. Se combino con las palabras clave, ya citadas.

Tabla 1. Palabras clave combinadas en la revisión bibliográfica.

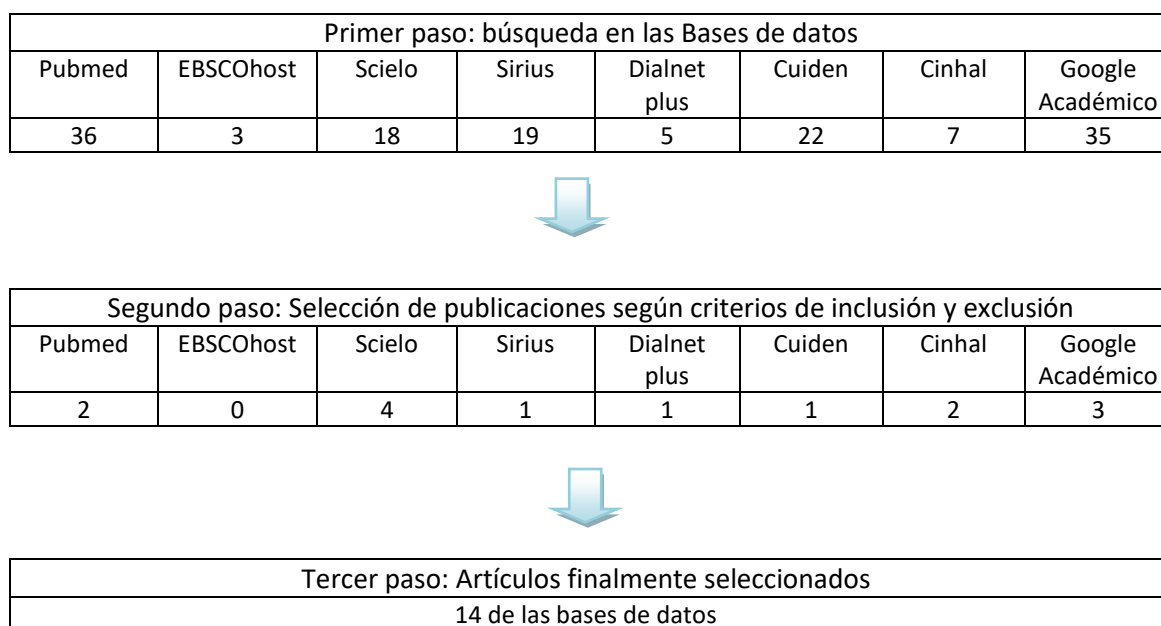
<p>Grupo 1. Términos vinculantes a las necesidades de pacientes en UCI</p> <p><i>Patient and care and icu OR Patient and icu OR famil* and centered and icu</i></p>
<p>Grupo 2. Términos vinculantes a las necesidades de la familia en UCI</p> <p><i>Famil* and care and icu OR Famil* and icu OR Need and famil* and icu OR famil* and centered and icu</i></p>
<p>Grupo 3. Términos vinculantes a la opinión de los profesionales sanitarios</p> <p><i>Open door and icu OR Nurse and icu OR Humanización and uci and enfermería OR Famil* and centered and icu</i></p>
<p>Grupo 4. Términos vinculantes a las dificultades para integrarlos en UCI</p> <p><i>Difficult* and famil* and icu OR Problem* and famil* and icu</i></p>

En las bases de datos indicadas anteriormente, se aplicaron los siguientes límites: periodo de años (2014-2019), idioma (inglés, español y portugués) e investigación en humanos. Cabe destacar que inicialmente la búsqueda solo incluía artículos publicados entre 2014-2019, pero después se incluyeron artículos y publicaciones anteriores a los años establecidos por resultar relevantes para esta revisión.

Además se aplicaron los límites de “investigación en humanos” y “edad” para eliminar aquellos artículos de investigación en animales y aquellos que trataban sobre niños/adolescentes que se habían detectado en búsquedas preliminares.

A continuación siguiendo las recomendaciones PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews an Meta-Analyssees*), en la Figura 2, se presenta un resumen de la búsqueda y las bases de datos seleccionadas. Como se puede observar, en una primera búsqueda y tras la aplicación de los límites anteriormente mencionados se encontraron un total de 145 artículos. Tras la lectura del título y resumen, se seleccionaron 14. El resto de artículos se eliminaron por duplicados o ser irrelevantes para cumplir con los objetivos establecidos y de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que se establecieron y que se presentan a continuación en la Tabla 2.

Figura 2. Estrategia y resultados de la búsqueda bibliográfica.



Fuente: elaboración propia

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

En esta revisión bibliográfica se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para delimitar los artículos seleccionados.

Tabla 2. Criterios de selección de artículos.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
✓ Aquellos artículos centrados en los objetivos marcados	<input checked="" type="checkbox"/> Artículos anteriores al año 2014
✓ Escritos en los últimos 5 años	<input checked="" type="checkbox"/> Artículos que no hablen directamente sobre el tema
✓ Lengua: castellano, inglés y portugués	<input checked="" type="checkbox"/> Aquellos documentos que a pesar de cumplir los criterios de inclusión no se centran en los objetivos marcados en este trabajo
✓ Texto completo gratuito	

Fuente: elaboración propia

Como ya se ha indicado anteriormente, tras realizar una primera búsqueda se seleccionaron 14 artículos, sin embargo, como se explica en el siguiente apartado el número total de publicaciones incluidas en esta revisión bibliográfica fueron 18, gracias al desarrollo de búsquedas manuales.

3.3. Otras estrategias de búsqueda

Finalmente, la estrategia de búsqueda de la revisión bibliográfica se completó con una búsqueda manual en las revistas, indicadas en la Tabla 3. En las bases de datos revisadas se identificaron artículos de estas revistas que cumplían con los criterios de inclusión. A través de esta estrategia se seleccionaron 4 artículos, que fueron incluidos en esta revisión.

Tabla 3. Revistas seleccionadas para la búsqueda manual.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina intensiva (n = 1) ▪ Journal Clinical Nursing (n = 1) ▪ Enfermería intensiva (n = 1) ▪ Tiempos de enfermería y salud (n = 1)

Fuente: elaboración propia

Por último, mediante la técnica bola de nieve, revisando la bibliografía de los artículos seleccionados, se escogieron 2 artículos más que cumplían con los criterios de inclusión y fueron introducidos en esta revisión. Por lo tanto y sumados a los 18 artículos ya seleccionados para la revisión, se incluyeron un total de 20 artículos.

3.4. Resultados de la crítica metodológica

En este apartado, se exponen los aspectos más significativos de la valoración metodológica. A continuación y en primer lugar, se expondrán los resultados de los artículos concernientes al objetivo específico número 1 y posteriormente los pertenecientes al objetivo específico número 2.

Características metodológicas de los artículos correspondientes al objetivo específico 1.

En la revisión bibliográfica se identificaron 14 artículos (del total de los 20 artículos) que correspondían al objetivo 1, sobre las necesidades de los pacientes y su familia en UCI (Bautista-Rodríguez LM et al, 2016; Joven ZM et al, 2019; Rodríguez-Almagro J et al, 2019; Gil-Juliá B et al, 2018; Fernandes da Cruz-Silva L et al, 2013; Feron-Luiz F et al, 2017; Martínez-Villamea S et al, 2017; Pardavila-Belio MI y Vivar CG, 2012; Errasti-Ibarrondo B y Tricas-Sauras S, 2012; Aliberch-Raurell AM y Miquel-Aymar IM, 2015; Bernal-Ruiz D y Horta-Buitrago S, 2014; Correa-Zambrano ML et al, 2015; Escudero D et al, 2013; García-Ortega D et al, 2015).

La búsqueda realizada y hallada para el objetivo específico 1, ha dejado reflejada que hay artículos cuantitativos (n=4) (Bautista-Rodríguez LM et al, 2016; Jove ZM et al, 2019; Gil-Juliá B et al, 2018; Fernandes da Cruz-Silva L et al, 2013). También se han encontrado artículos cualitativos (n=3) (Rodríguez-Almagro J et al, 2019; Feron-Luiz F et al, 2017; Martínez-Villamea S et al, 2017), seis revisiones de la literatura (n=6) (Pardavila-Belio MI y Vivar CG, 2012; Errasti-Ibarrondo B y Tricas-Sauras S, 2012; Aliberch-Raurell AM y Miquel-Aymar IM, 2015; Bernal-Ruiz D y Horta-Buitrago S, 2014; Correa-Zambrano ML et al, 2015; García-Ortega D et al, 2015). Además de un artículo de opinión (n=1) (Escudero D et al, 2013).

La mayor parte de la revisión realizada sobre el objetivo específico número 1, se ha centrado en las necesidades del paciente crítico y su familia, en conjunto (n=3) (Rodríguez-Almagro J et al, 2019; Gil-Juliá B et al, 2018; Escudero D et al, 2013). También se han hallado artículos de necesidades de pacientes críticos, únicamente (n=4) (Joven ZM et al, 2019; Fernandes da Cruz-Silva L et al, 2013; Pardavila-Belio MI y Vivar CG, 2012; Correa-Zambrano ML, 2015) y por otro lado las necesidades de familiares de pacientes críticos, exclusivamente (n=7) (Bautista-Rodríguez LM et al,

2016; Feron-Luiz F et al, 2017; Martinez-Villamea S et al, 2017; Errasti-Ibarrondo B y Tricas-Sauras S, 2012; Aliberch-Raurell AM y Miquel-Aymar IM, 2015; Bernal-Ruiz D y Horta-Buitrago S, 2014; García-Ortega D et al, 2015).

Es importante destacar que aunque la mayoría de la revisión se ha realizado sobre artículos de estudios realizados en España (n=8), también se han revisado otros de Colombia (n=3), Brasil (n=2) y México (n=1). En cuanto a la fecha de publicación de los artículos, la mayoría son de los últimos cinco años (n=9) ya que aunque no sea un tema reciente, parece ser que en los últimos cinco años es donde mayor número de estudios e importancia se ha dado a este tema; el resto de artículos son superiores a los 5 años (n=4), y el más antiguo data de 2012.

Por otra parte, cabe destacar que todos los artículos revisados, presentan claramente sus objetivos y metodología e incluyen el método de investigación adecuada para los objetivos planteados. Además, los autores explican detenidamente la metodología empleada y los datos recogidos de sus estudios.

Características metodológicas de los artículos correspondientes al objetivo específico 2.

En esta revisión bibliográfica se identificaron 8 artículos (del total de 20 artículos) que correspondían al objetivo específico 2: analizar la opinión y dificultades de integrar a la familia en los cuidados de UCI por parte del personal sanitario (Ayllón-Garrido N et al, 2013; Rodriguez-Almagro J et al, 2019; Feron-Luiz F, 2017; Ferro-Montiu M y Saralegui-Gainza A, 2015; Aliberch-Raurell AM y Miquel-Aymar IM, 2015; Rojas V, 2019; Farias FBB,2013; García-Ortega D et al, 2015).

De ellos, 3 artículos revisados son cualitativos (Rodriguez-Almagro J et al, 2019; Farias FBB,2013; Feron-Luiz F, 2017) 1 artículo descriptivo (Ayllón-Garrido N et al, 2013;) el resto (n=4) revisiones sistemáticas (Aliberch-Raurell AM y Miquel-Aymar IM, 2015; Ferro-Montiu M y Saralegui-Gainza A, 2015; Rojas V, 2019; García-Ortega D et al, 2015).

Con el objetivo específico número 2, ocurre lo mismo que con el anterior: la mayoría de la revisión son artículos de España (n=5), dos en Brasil y uno en Chile. En relación a la fecha de publicación, la mayoría se realizaron en los últimos cinco años, excepto dos

artículos anteriores a esta fecha, siendo estos de 2013. En la siguiente Tabla 4, quedan recogidos todos los datos aportados hasta ahora junto con un breve resumen.

Tabla 4. Características de los estudios seleccionados.

Autor (año)	Estudio	Tipo de estudio	Localización	Muestra	Tamaño de la muestra	Resultados	Limitaciones
Fernandes da Cruz- Silva L et al (2013)	Identificar los factores estresantes para los pacientes ingresados en UCI.	Estudio exploratorio - descriptivo cuantitativo	Sao José dos Campos (Brasil)	Pacientes: Hombre (68.7%) Mujer (31.3%), entre 18 – 78 años, con un promedio de 50 años. Enfermeras: > participación de mujeres, entre 22 – 47 años, con un promedio de 31 años.	16 pacientes y 50 enfermeras	Los factores más estresantes para los pacientes fueron relacionados con quedarse mirando para el techo; no tener privacidad; no saber en qué día está, y escuchar los gemidos de otros pacientes.	
Pardavila-Belio MI y Vivar CG (2012)	Analizar y presentar las necesidades del paciente crítico.	Revisión sistemática	Navarra (España)	11 revisiones de la literatura, 7 estudios cualitativos y 12 investigaciones cuantitativas.	30 artículos	Una de las mayores necesidades: recibir más información, seguida de la necesidad de acompañar a su familiar. Por lo que se propone protocolizar la información y una mayor flexibilidad en el horario de visitas.	La mayoría es de evidencia descriptiva y exploratoria, por lo que no existen explicaciones sobre las posibles relaciones que existen entre los fenómenos, ni aclaran cuáles son las mejores intervenciones para el cuidado de la familia. Y la dificultad de trasladar los resultados a la práctica clínica.

Joven ZM et al (2019)	Percepción del paciente crítico sobre los cuidados humanizados de enfermería.	Estudio descriptivo - cuantitativo	Bogotá (Colombia)	Mujer (67.3%), Hombre (32.7%) Días de ingreso: 4 días (32.7%); 5 días (27.5%), 6 días (12.7%).	55 pacientes	Priorizar el sujeto de cuidado, "siempre" 60%, educación para la salud favorable 42%, cualidades del hacer de enfermería 27% percibe estos comportamientos.	
Gil-Juliá B et al (2018)	Analizar la valoración de pacientes y familiares sobre la estancia en UCI.	Estudio exploratorio-cuantitativo	Valencia (España)	Pacientes 71 Familiares 89	160 personas	La estancia global por parte de los dos grupos es positiva, siendo peor valorada por parte de los familiares. Como puntos negativos destacan: escasas posibilidades de distraerse, la falta de silencio en la sala y el régimen de visitas (restringido).	Representatividad de la muestra, ya que los datos corresponden a una sola UCI. La pérdida de muestra por la inexistencia de un psicólogo lo que ha hecho imposible que se recogieran más datos. El personal de enfermería podría haber recogido estos datos, pero no ha sido posible por la excesiva carga de trabajo. El tamaño de la muestra, Por la dificultad de evaluar en ingreso en UCI.

Martínez-Villamea S et al (2017)	Estrategias de afrontamiento de las familias de pacientes críticos.	Revisión sistemática cualitativa	Asturias (España)	8 estudios cuantitativos, 9 cualitativos y 1 mixto.	18 estudios	La más utilizada es la “resolución de problemas”, mediante el acompañamiento, por lo que parece adecuado implementar intervenciones dirigidas a la implicación de los familiares en el cuidado.	No fue posible la obtención de metadatos de los autores de los estudios analizados, por lo que podrían haberse dejado de valorar datos de interés de los mismos. No se pudo acceder a varios artículos por no tener acceso a texto completo.
Bautista-Rodríguez LM et al (2016)	Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional.	Estudio descriptivo - cuantitativo	Cúcuta (Colombia)	Hombre (46%) Mujer (54%) Entre 36-45 años (42.5%). Conyugue (45%) Hijos (32.5%), Hermanos (17,5%) Otros (5%)	200 familiares	Apoyo emocional favorable en un 35.25%, comunicación verbal favorable en un 71%, percepción general favorable en un 81%.	El tiempo para la recolección de la información, debido a la prolongada estancia de los pacientes.
Aliberch- Raurell AM y Miquel-Aymar IM (2015)	Conocer el estado el rol de las familias en la UCI, y conocer el papel de enfermería.	Revisión sistemática	Barcelona (España)	22 estudios, 3 manuales, 2 revisiones.	27 publicaciones	Al ingresar un familiar en UCI cambia el rol familiar sufriendo una crisis, por lo que participar en los cuidados aumenta la satisfacción y disminuye la ansiedad, y la enfermera tiene un papel	

						importante para favorecer esto.
García-Ortega D et al (2015)	Analizar la relación terapéutica entre las enfermeras y los familiares de pacientes ingresados en UCI.	Revisión narrativa bibliográfica	Madrid (España)		42 publicaciones	Se generaron distintas categorías: barreras que dificultan la comunicación con la familia en una UCI; necesidades demandadas por la familia e intervención de los profesionales de Enfermería con las familias de los pacientes ingresados en estas unidades.
Rodríguez-Almagro J et al (2019)	Experiencia de pacientes, familias y enfermeras de los cuidados en UCI.	Estudio descriptivo - cualitativo	Ciudad Real (España)	Mujeres (40%), Hombres (60%) Entre 22-67 años. Familiares de primer grado (100%) de entre 22 -70 años. Enfermeras entre 25-52 años.	27 personas	Los 3 grupos están de acuerdo en la importancia de la humanización en los cuidados. Sin embargo, tan solo se refieren a la angustia el grupo de familia y pacientes. La muestra, porque las personas que realizaron la entrevista pueden no estar preparadas para hacerla durante su estancia en UCI. Los entrevistados tenían un vínculo entre sí, siendo 3 puntos de vista para una Unidad.

Feron-Luiz F et al (2017)	Comprender las percepciones de los familiares y de los profesionales de salud acerca de la humanización de los cuidados en las Unidades de Cuidados Intensivos.	Estudio exploratorio-descriptivo cualitativo	Porto Alegre (Brasil)	Familiares: mujer (100%) de entre 20-62 años. Profesionales: Mujer (100%) seleccionados bajo observación previa por apoyar los cuidados humanizados.	14 personas	Aparecen varias categorías indispensables (según los entrevistados) para valorar un cuidado humanizado: 1.Acogida, 2.Comunicación 3.Professionalismo ético y sensible 4.Aspectos desfavorables 5.Percepción de la humanización 6.Religiosidad/ espiritualidad.	Cuestiones negativas que llevan a un distanciamiento entre paciente y profesionales, hace que la persona en muchas ocasiones pierda su autonomía para decidir. Muchos profesionales opinan que es tan solo un "paciente" que sufre las acciones.
Errasti-Ibarrondo B y Tricas-Sauras S (2012)	Identificar y analizar los efectos que pueden relacionarse con las visitas flexibles para los familiares del paciente crítico adulto.	Revisión sistemática	Navarra (España)	8 revisiones, 1 guía clínica, 4 estudios y 2 protocolos para la práctica clínica.	15 publicaciones	Fueron clasificados en 4 categorías, que incluyen los efectos derivados de la visita flexible para los familiares: mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares	De los 15 estudios, 3 planteaban un diseño experimental, de modo que son limitados los estudios que tienen por objetivo explorar y analizar el impacto que tiene sobre los familiares la implementación de una política de visita abierta. En 3 estudios, los sujetos no eran los

						y el rol en el cuidado del paciente.	mismos antes y después de la intervención o falta información al respecto con lo que no puede establecerse una relación causal directa. Esta revisión se ha centrado principalmente en las políticas de visita abierta o flexible sin tener en cuenta otras cuestiones.
Ayllón-Garrido N et al (2013)	Perspectiva de los profesionales respecto a los efectos de la visita abierta en el paciente, en la familia y en la actividad profesional.	Estudio descriptivo	Vitoria (España)	Mujer (86%) Hombre (14%). Enfermeras (59%) Auxiliares (27,9%) Médicos (13,1%) Entre 31 - 50 años (70%).	64 profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares)	Consideran "beneficiosa" la familia para la recuperación del paciente. El 87.5% cree que resultaría "poco beneficiosa", ya que puede perjudicar el funcionamiento de la UCI en general.	
Ferro-Montiu M y Saralegui-Gainza A (2015)	Conocer las creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia,	Revisión sistemática	Pamplona (España)	66 enfermeras y 36 auxiliares.	102 profesionales	Unanimidad ante una UCI de puertas abiertas, resulta beneficioso tanto para el paciente, familia y equipo de enfermería.	

	equipo de enfermería- Unidad.					Para ello destacan la necesidad de reorganización del trabajo y prestación de cuidados de enfermería.
Bezerra et al (2013)	Investigar las dificultades para la humanización de la atención desde el punto de vista de los profesionales de la salud de la UCI.	Estudio cualitativo	Rio de Janeiro (Brasil)	Hombre (30%) Mujer (70%) de entre 22-28 años.	20 profesionales	Dificultades para atención humanizada: trabajo excesivo y falta de recursos. Un cuidado humanizado contribuye a una mejor recuperación del paciente crítico.
Llauradó-Serra M et al (2016)	Identificar las barreras que percibe enfermería para la utilización de la investigación en UCI y emergencias médicas.	Estudio descriptivo-transversal-multicéntrico	Cataluña (España)	135 de UCI, 27 de emergencias médicas y 10 de ambos.	172 cuestionarios	Las barreras más destacadas son las relacionadas con la organización, como la falta de tiempo, los médicos no ayudan en la renovación o que enfermería está aislada.
Escudero D et al (2013)	Reflexionar sobre la necesidad de un cambio en la organización y el diseño de UCI para responder a las necesidades de los pacientes y familiares.	Artículo de opinión	Asturias (España)			La UCI es un lugar hostil y desagradable, se debe cambiar la organización y el diseño para responder a las demandas emocionales y

				personales de paciente y familia, liberalizando el horario de visitas y mejorar los cuidados dirigidos a la familia.
Bernal-Ruiz D y Horta-Buitrago S (2014)	Elaborar una propuesta desde la teoría que permita brindar cuidado de calidad y excelencia a la familia de los pacientes en UCI.	Análisis de la teoría de la comprensión facilitada	México	Un plan de cuidados estandarizado basado en la teoría de la comprensión facilitada que consolida un modelo de atención integral del cuidado y disminuye la hostilidad para los familiares de los pacientes.
Rojas V (2019)	Humanización de los cuidados intensivos.	Revisión sistemática	Santiago de Chile (Chile)	El desarrollo de la especialidad y la tecnología en UCI ha permitido salvar muchas vidas, sin embargo el avance en diagnóstico y tratamiento no ha ido de la mano del cuidado más humanizado a pacientes y familia.

Correa-Zambrano ML (2015)	Mostrar algunos conceptos de diferentes autores sobre la humanización de la atención en salud.	Revisión sistemática	Colombia	Según los pacientes existen dificultades en la atención prestada por los sanitarios, situación que parece ser consecuencia del sistema, donde la persona es cada vez más invisible.
Fuentes-Martos C et al (2017)	Implantación un proyecto de humanización en UCI.	Proyecto	Córdoba (España)	Se ha realizado durante 12 meses una propuesta diferente, en la que cada una de ellas ha sido todo un éxito tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios.

Fuente: elaboración propia

3.5. Resultados de la revisión bibliográfica

Los resultados hallados de esta revisión bibliográfica narrativa sistemática se han basado sobre los objetivos ya comentados. En primer lugar, se presentan los hallazgos descubiertos sobre las necesidades de los pacientes y familiares en su estancia en UCI, respondiendo al objetivo específico número 1. Posteriormente se comentarán los resultados encontrados sobre la opinión de los profesionales sobre la integración de la familia en UCI y las dificultades de realizar dicha actividad, dando respuesta al objetivo específico número 2. Dichos resultados se pueden observar en la Tabla 4, donde se encuentra la información de los artículos de manera sintetizada.

Para responder al objetivo específico 1 y comprender las necesidades de pacientes y familiares ingresados en UCI, se realizaron las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las necesidades de los pacientes ingresados en UCI?
- ¿Cuáles son las necesidades de los familiares ingresados en UCI?

De igual manera para responder a la opinión de los profesionales sanitarios y las dificultades que hallan, se formularon las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la opinión del personal sanitario
- ¿Valora como positiva esta intervención?
- ¿Qué dificultades percibe enfermería para realizar dicha intervención?

1. Resultados del objetivo específico 1: Determinar cuáles son las necesidades de pacientes y familiares.

Para analizar los resultados obtenidos en relación con este objetivo, se realizó una selección y descripción detallada de aquellos artículos que mejor resumen la evidencia.

I.I. Necesidades de los pacientes ingresados en UCI.

Según la evidencia científica, los pacientes críticos despiertos ingresados en UCI, están sometidos a muchos agentes estresantes como los que se reflejan en el siguiente estudio (Fernandes da Cruz-Silva L et al, 2013) donde, de mayor a menor, los pacientes valoran como muy estresantes en su estancia en UCI: mirar al techo, no tener privacidad y no saber qué día es hoy. ¹¹

En otro de los estudios revisados, dentro del grupo de los pacientes entrevistados, los términos más repetidos eran “humanización” o “deshumanización”, y los resultados mostraron 4 temas principales: 1) *humanización*, variaba dependiendo del profesional que les atendiese; 2) *miedo*, a la muerte; 3) *ruido*; y 4) *dolor*, especificado como un dolor psicológico y emocional por su propio estado y por el de su familia, destacando un sentimiento de soledad, durante su ingreso en UCI. ¹²

La estancia en UCI es valorada en una escala de 0-5 como positiva, con una media de 4.06. Concretamente el 80,7% de los pacientes valora la estancia como “muy agradable”. Sin embargo aspectos como la posibilidad de distraerse o el silencio, se valoran “muy negativamente”, con un 24,1% y 8,2% respectivamente. ¹³

Según un estudio realizado por Joven et al, los resultados en relación con el objeto de estudio son 3: *priorizar el sujeto de cuidado*, como un ser único con creencias, valores y lenguaje particular que se percibió como “prioritaria” por el 60% de los encuestados. ¹⁴

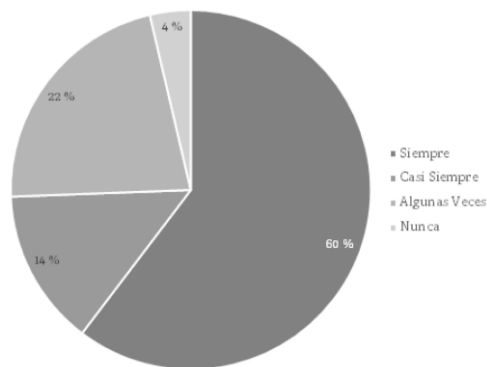


Figura 3. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría “Priorizar el sujeto de cuidado”.

Fuente: Joven ZM y Guáqueta-Parada SR. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*. 2019;37(1). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>

Otro de los temas a tratar fue la *apertura a la comunicación para proporcionar educación sanitaria a la persona*, por parte de enfermería, que fue valorada por un 42% de los encuestados como “siempre” y un 24% como “casi siempre”. Y un bajo porcentaje de los encuestados, afirmó que no recibieron la suficiente información. ¹⁴

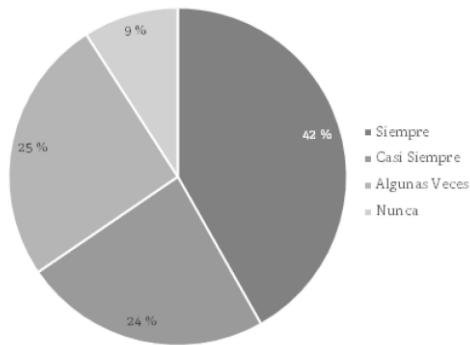


Figura 4. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona”

Fuente: Joven ZM y Guáquta-Parada SR. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Avances en Enfermería. 2019;37(1). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>

Por último la categoría, *cualidades del hacer de enfermería*, donde se comprenden acciones del cuidado como, identificar las necesidades, comodidad física, manejo del dolor, comprensión, escucha activa, apoyo emocional y preservar la dignidad del paciente, un 27% de los encuestados percibió “siempre” y el 14% “nunca”.¹⁴

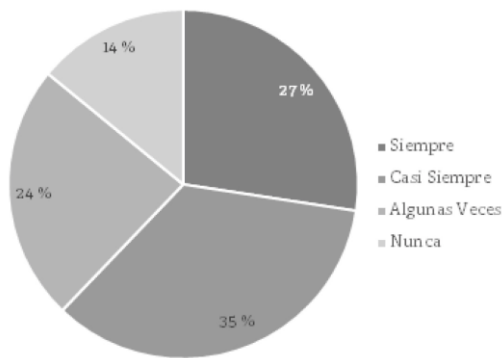


Figura 5. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría “Cualidades del hacer de enfermería”.

Fuente: Joven ZM y Guáquta-Parada SR. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Avances en Enfermería. 2019;37(1). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>

I.II. Necesidades de los familiares ingresados en UCI.

En la revisión realizada por Pardavila-Belio MI y Vivar CG, sobre las necesidades de los familiares de los pacientes críticos, se diferenciaron 4 grandes grupos de necesidades:

- Necesidades cognitivas: aquellas relacionadas con el conocimiento del estado del familiar ingresado y funcionamiento de UCI. Por parte de los familiares se espera mayor información sobre el estado de salud del paciente y todo lo que le concierne. Además esperan saber día a día de las condiciones, pronóstico y tratamiento del paciente. Determinan que la información facilitada “se da rápido y en un contexto frío”, siendo necesario que la información sea estructurada, clara y que se realice siempre por el mismo profesional, de medicina o enfermería.
- Necesidades emocionales: en relación a los sentimientos de la familia por el ingreso de un familiar en UCI. Por parte de la familia se percibe una necesidad de apoyo emocional, ya que se sienten impotentes por no poder estar con su familiar. Por lo tanto, emerge la necesidad de estar cerca de su familiar.
- Necesidades sociales: haciendo referencia a la relación de la familia con otras personas del entorno. Debida a los cambios que sufren todo el entorno del paciente, se destaca de nuevo la importancia de estar cerca del familiar ingresado.
- Necesidades prácticas: como acomodar y mejorar las salas de espera, los teléfonos, las cafeterías y la cercanía física, aunque este es el punto menos valorado por los familiares.¹⁵

En otro de los artículos revisados se hallaron como resultado las siguientes situaciones estresantes que sufren los familiares de un paciente crítico: ambigüedad en la información, pronóstico incierto, miedo a la muerte, cambios dentro del rol del núcleo familiar e interrupción de la rutina normal. Se destaca la soledad que el paciente sufre y la necesidad de acompañar y dar alivio a su familiar, por parte de la familia. Ambas necesidades y emociones se verían favorecidas al flexibilizar el horario en UCI e integrar a la familia en sus cuidados.¹⁶

Entre los familiares la estancia en UCI es valorada en una escala de 0-5 como positiva con una media de 3.31. Así la estancia en UCI fue valorada como “muy agradable” por un 61.1%, frente al 23.6% de los que la valoraron como “muy desagradable”. En general los ítems de la encuesta, realizada a los familiares, fueron positivos, destacando la valoración de la atención psicológica recibida, como “muy bien” por el 83.8% de los participantes. Respecto a las valoraciones más negativas, destaca la posibilidad de distracción de los pacientes, con un 32.9% de familiares que la valoraron como “muy mala”.¹³

En otro estudio, realizado por Rodríguez-Almagro et al, se destacaron 3 temas importantes en los resultados hallados: 1) *humanización*, dependiendo de sanitario por el que fuesen atendidos; 2) *largo tiempo de espera*, en cuanto a poder visitar a su familiar o a ser llamados por teléfono para ser informados; 3) además *la familia siente angustia, tristeza y desesperación por la incertidumbre de no saber nada* de sus familiares en estado crítico. Destaca como la familia tiene un sentimiento de exclusión, por parte del personal sanitario de la UCI.¹²

Bautista-Rodríguez et al, realizaron un estudio con 3 aspectos a valorar por parte de la familia del paciente crítico ingresado en UCI:

- Apoyo emocional: En los datos obtenidos se refleja con un 32.25% una percepción “favorable” en relación a que la enfermera aprovecha las ocasiones para dar ánimo a los familiares y tranquilizarlos con palabras de aliento. Y encuentran aspectos menos positivos como, “en ocasiones la enfermera manifiesta poca empatía” o “muestran poca preocupación por el estado emocional del familiar”.
- Comunicación verbal: El 71% de los encuestados valora como “favorable” la comunicación por parte del personal de enfermería, ya que en las visitas de los familiares es la enfermera la que atiende sus dudas, en un lenguaje claro y sencillo. Por otro lado entre los aspectos más negativos, destacan la falta de preocupación por el sufrimiento de los familiares.
- Comunicación no verbal: El 80% de los familiares lo perciben como “favorable” en los siguientes ítems de la encuesta: “mira de forma cálida al atender

cualquier inquietud”, “muestra paciencia en la explicación de los procedimientos” y “las enfermeras saludan de forma cordial a los familiares cuando acuden a la visita”, frente al 49% que lo percibe como “desfavorable”, observando actitudes de indiferencia o rechazo ante las dudas expuestas.

Tras realizar una valoración general sobre los cuidados de enfermería, un 80% los valoró como “favorables”, frente a un 20% que los percibe como “desfavorables”.¹⁷

II. Resultados del objetivo específico 2: Opinión de los profesionales sanitarios y las dificultades que encuentran.

Para analizar los resultados obtenidos en relación con este objetivo, se realizó una selección y descripción detallada de aquellos artículos que mejor muestren la evidencia.

II.I. Opinión de los profesionales.

En el siguiente estudio, elaborado por Fernandes-da Cruz-Silva et al, se valoraron los agentes estresantes percibidos por los pacientes (comentado ya en el punto anterior). Por otro lado, las acciones realizadas por parte de enfermería para reducir el estrés del paciente, las que mayor puntuación obtuvieron fueron: “avisar al paciente frente a cualquier intervención que se vaya a realizar, explicando su fin” (88%), “preocuparse por la privacidad al realizar un procedimiento” (86%) e “intentar no hablar muy alto en la sala” (80%). Al comparar las respuestas de pacientes y equipo, se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes variables cualitativas:

Tabla 5. Comparación de las respuestas de los pacientes con las respuestas del equipo de enfermería, de acuerdo con las variables cualitativas del estrés. São José dos Campos, 2011. (Modificada)

Variables cualitativas		Prueba Exacta de Fisher/ Chi-Cuadrado		
Respuesta del paciente	Desempeño del equipo de enfermería	Nivel de significancia	P	Conclusión
El enfermero no se presenta por su nombre	En todo primer contacto con el paciente, presentarse por	0,05	p= 0,0189	Existe diferencia significativa en la proporción de respuestas

	su nombre			
Enfermeros y médicos hablando muy alto	Estar atento de no hablar muy alto en la sala de cuidados intensivos	0,05	p= 0,0053	Existe diferencia significativa en la proporción de respuestas
Observar los cuidados médicos y de enfermería realizados con otros pacientes	Estar siempre atento de que un paciente no observe los cuidados médicos y de enfermería realizados con otros pacientes	0,05	p < 0,0001	Existe diferencia significativa en la proporción de respuestas.
Tener sed	Preocuparse por la sed y la hidratación del paciente	0,05	p= 0,0486	Existe diferencia significativa en la proporción de respuestas.

Fuente: Fernandes da Cruz-Silva L, Machado-Regimar C, Fernandes da Cruz-Silva VM, Salazar-Posso MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Enfermería Global*. 2013;32(12):88-103. Recuperado a partir de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/docencia1.pdf>

En relación a las variables cuantitativas del estudio, valoradas con la Prueba de Man-Whitney, del grado de estrés, teniendo en cuenta factores como: “no estresante”, “poco estresante”, “estresante” y “muy estresante”, no existió ninguna diferencia significativa en ninguna de las variables. Constatando así de manera positiva la capacidad de empatía del personal de enfermería.¹¹

En otro de los estudios revisados, sobre la experiencia de pacientes, familiares y enfermeras en una Unidad de Cuidados Intensivos, los resultados dentro del grupo de enfermería fueron:

- Conflictos de sentimientos: Por un lado aparecen sentimientos de culpa debido a la tecnificación de la unidad y por otro lado la inseguridad, dada la responsabilidad de enfermería en UCI.
- Humanización: Valoran la importancia de tener en cuenta las ideas y creencias sobre el paciente y su familia, además de ser tolerante con sus pensamientos.

- Buscar el sentido del cuidado: Los cuidados dados por el personal de UCI lleva de manera intrínseca el aprendizaje, a apreciar más la vida. Cuidar a los pacientes de una UCI ofrece a las enfermeras una visión diferente de la vida. ¹²

En un estudio realizado por Ayllón-Garrido N et al, el 71.9% del personal sanitario valora la visita abierta como “beneficiosa” o “muy beneficiosa” para el paciente. El efecto sobre la familia se considera como “potencialmente beneficioso” o “muy beneficioso” por el 62.5% de los participantes. Por el contrario, en un 87.5% sería “poco beneficiosa” para el personal de UCI.

Existen opiniones contradictorias en relación a que la presencia del familiar tranquilizaría al paciente, con un 67.2% del personal; frente al 45.3% que considera que su presencia dificultaría su descanso. Como igual de contradictorio resulta que para el 82.9%, la visita abierta beneficiaría a los familiares, frente al 45.2% que opina que la familia no obtendría mayor confianza ni seguridad en los profesionales.

En relación a la satisfacción en los horarios de visita y las consiguientes propuestas de cambio, el 50% de los profesionales mantendría el horario actual, ampliándolo solo cuando la situación del paciente así lo requiriese. Y el 30% lo mantendría restringido. ¹⁰

Figura 6. Opinión de los profesionales

La presencia de la familia...	Totalmente de acuerdo De acuerdo (%)	Poco de acuerdo En desacuerdo (%)
<i>Efecto de la visita abierta en el paciente</i>		
1. Proporciona apoyo emocional al paciente	92,2	7,8
2. Minimiza la percepción del dolor en el paciente	37,5	62,5
3. Minimiza el aburrimiento del paciente	95,2	4,8
4. Tranquiliza al paciente	78,1	21,9
5. Da ánimo al paciente frente a su enfermedad	71,9	28,1
6. Dificulta el descanso del paciente	57,8	42,2
7. En algunos casos desestabiliza al paciente	79,7	20,3
8. Los efectos de la presencia de la familia dependen de la situación de cada paciente	89,1	10,9
<i>Efecto de la visita abierta en la familia</i>		
9. Aumenta la satisfacción de la familia	82,8	17,2
10. Disminuye la ansiedad de la familia	71,9	28,1
11. Provoca cansancio y agotamiento	66,7	33,3
12. Proporciona a la familia información más real de la situación del paciente	46	54
13. La familia participa en el cuidado del paciente	48,4	51,6
14. La familia gana confianza y seguridad en los profesionales	54,7	45,3
15. Puede suponer mayor impacto emocional al presenciar situaciones de riesgo vital	92,2	7,8
<i>Efecto de la visita abierta en los profesionales y en la unidad</i>		
16. Interrumpe o pospone cuidados e intervenciones	79,7	20,3
17. Aporta una información muy valiosa	51,6	48,4
18. Supone una carga de trabajo añadida	81,3	18,7
19. Ayuda al personal a proporcionar cuidados básicos al paciente	36	64
20. Demanda información médica adicional	90,5	9,5
21. Supone menor dedicación de tiempo al paciente por ocuparse también del familiar	52,4	47,6
22. Vulnera la intimidad del resto de los pacientes	78,1	21,9
23. Genera algún grado de molestia/estrés en los profesionales	74,6	25,4
24. Vulnera la intimidad como trabajador	57,8	42,2
25. La estructura física de nuestra UCI se adapta a la visita abierta	31,3	68,7

Fuente: Ayllón-Garrido N, Montero-Run MI, Acebes-Fernández, Sánchez-Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enfermería Intensiva*. 2014;25(2):72-77. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239913000941>

En el trabajo realizado por Ferro-Montiu M y Saralegui-Gainza A, en 2015 sobre la perspectiva de los profesionales sanitarios ante la apertura de puertas de UCI, en general fue positiva con una puntuación de 2.79, en una escala donde el máximo era 4 y el mínimo 1.

- Los ítems con los que en su mayoría se posicionaron de acuerdo, sobre los efectos que aportarían sobre el paciente las visitas abiertas fueron: *la presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente (100%), los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como del visitante (97.1%), la presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir (93.1%) y la presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente (92.2%)*.

Con los aspectos en los que más en desacuerdo estuvieron: *la presencia de la familia inestabiliza al paciente (88.2%), la presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente (69.6%) y la presencia de la familia dificulta el descanso del paciente (68.6%)*.

- En los ítems relacionados con creencia de los profesionales sobre los efectos de la visita abierta para los familiares, hubo acuerdo: *la visita abierta aumenta la satisfacción de la familia (89.2%), la visita abierta disminuye la ansiedad de la familia (85.3%) y la visita abierta proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente (83.3%)*.
- El 82.4% de los profesionales, piensa que la presencia de la familia ayudaría al equipo de enfermería para proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente. Del mismo modo opinan que la visita abierta genera mayor carga física y psíquica al equipo de enfermería, un 78.4%.¹⁸

II.II. Dificultades de los profesionales sanitarios para acoger a la familia en UCI.

En un estudio realizado en Brasil en 2012, sobre las dificultades que encontraban los profesionales sanitarios para realizar una atención sanitaria humanizada en UCI, los profesionales destacaron los siguientes *hándicap*: sobrecarga de trabajo, falta de recursos materiales y humanos y falta de educación continua por parte del equipo.¹⁹

García-Ortega D et al en una revisión bibliográfica de diferentes autores, sobre la relación terapéutica entre enfermería y la familia del paciente crítico, mostraron los siguientes resultados:

- Entorno, estructura y organización: La rigidez en la organización de estas unidades, la inflexibilidad en los horarios y la tecnificación de las unidades dificulta la relación entre el equipo de enfermería y la familia del paciente crítico.
- Comunicación e información: Por un lado se encuentra la falta de coordinación entre médicos y enfermeras, donde Medicina asume la tarea de informar y Enfermería se inhibe, haciendo que estos profesionales eviten el contacto con los familiares. Por otro lado interfiere el uso tecnificado del lenguaje en la comunicación.
- Competencias de enfermería: Se evidencian sentimientos de falta de conocimientos y preparación por parte del personal de enfermería para atender necesidades emocionales.
- Percepción de las enfermeras sobre la familia: Falta de reconocimiento por parte del personal de enfermería sobre la familia como parte del cuidado del paciente crítico ingresado en UCI.²⁰

Para finalizar y a modo de resumen, tras realizar una revisión sistemática narrativa, la evidencia científica muestra que los pacientes conscientes ingresados en UCI necesitan cubrir una serie de necesidades, como son la ocupación, la privacidad, un trato más humanizado, el ruido, el miedo a la muerte y un dolor psicológico y emocional, destacando la soledad.^{11,12,13,11,14}

Asimismo por parte de la familia del paciente ingresado en UCI, emergen las siguientes necesidades, por un lado, lo concerniente a la comunicación, donde la familia siente la necesidad de una mayor información y calidad en la comunicación con los profesionales; por otro lado se encuentra una necesidad de acompañamiento a su familiar y sentirse más integrados en la UCI por parte de los profesionales sanitarios.^{12,13,15,16,17}

Entre los profesionales sanitarios, la revisión de los estudios realizados muestra como por un lado, valoran la visita abierta como muy beneficiosa para el paciente y su familia, pero por el contrario creen que sería poco beneficiosa para los profesionales sanitarios ya que les generaría una mayor carga de trabajo, por lo cual mantendrían los horarios actuales, flexibilizándolos dependiendo de cada caso.^{10,11,18}

Las dificultades que, opinan los profesionales, habría para integrar a la familia en UCI, sobrecarga de trabajo, falta de recursos materiales y humanos y falta de educación continua por parte del equipo, rigidez en la organización y en la estructura y la falta de reconocimiento por parte de los profesionales de UCI sobre la familia como parte de los cuidados.^{19,20}

Por lo tanto, y en base a la evidencia científica, sobre las necesidades de pacientes y sus familiares en UCI, se propone un protocolo de acogida en una UCI flexible, que cubra las necesidades del paciente y su familia, y responda a las inquietudes de los profesionales. Se propone integrar a la familia en los cuidados de UCI a través de la figura de cuidador principal, con unos horarios más flexibles para él. Asimismo se incluye un tríptico informativo para informar al cuidador principal como primer paso en esta nueva estrategia de humanización de UCI.

4. DISCUSIÓN

La humanización en salud, hoy, reclama nuestra atención ante la abrumadora realidad que muestra la evidencia científica; el paciente padece la enfermedad y la hospitalización desde el sufrimiento, la falta de equidad, solidaridad e indiferencia. A pesar de, o debido a los avances en medicina y la tecnificación de las UCI, los pacientes

sufren un sentimiento de ansiedad y desprotección frente a las entidades responsables del cuidado de la salud.^{2,4,21}

La familia actúa como una única unidad, cuando se enfrentan al proceso de salud-enfermedad. Si un integrante de la familia es ingresado, se rompe este binomio paciente-familia, quedando esta última excluida de los cuidados y produciendo una inestabilidad emocional. Debido al cuidado que se presta, a la organización y los horarios poco flexibles y al cuidado dedicado casi exclusivamente al paciente, las Unidades de Cuidados Intensivos son representativas de la exclusión familiar.^{17,22}

Según los estudios revisados, se observa cómo los pacientes, despiertos y conscientes en una UCI, sienten una gran falta de ocupación y falta de privacidad. Según Almagro-Rodríguez et al, debido al sentimiento de soledad y aislamiento que los invade, el paciente tiene miedo de morir, de no saber nada sobre su enfermedad y de todo lo que sucede a su alrededor, por lo que claramente el paciente se encuentra en un momento de inestabilidad emocional.^{11,12,13,14}

Las familias también tienen necesidades emocionales y sociales, por lo que se debe tener en cuenta los cuidados del paciente de manera holística, como un ser biopsicosocial, integrando en ellos a la familia. En muchos estudios se menciona el acompañamiento como muy beneficioso, tanto para el paciente como para familia. En este sentido se verbaliza el deseo de ofrecer un cuidado emocional, incluso un cuidado efectivo para el familiar del paciente crítico ingresado en UCI.

La adquisición de un rol por parte de la familia en UCI, disminuye los niveles de estrés en ellos mismos, así como la ansiedad y falta de control que sienten los pacientes, aumentando los niveles de satisfacción en ambos. Sin embargo, aún son muy pocas las unidades que tienen un protocolo de atención a las familias.^{11,12,13,15,16,17,23}

A pesar de que la evidencia científica deja patente la necesidad de que los familiares sean incluidos en los cuidados y la flexibilización de los horarios de las UCI, existen diferentes posturas dentro del equipo de enfermería.^{9,16,23}

En nuestra opinión, resulta extrañamente contradictoria su postura ya que consideran que una visita más flexible resultaría positiva y beneficiosa para el paciente y sus familiares, y sin embargo, no la apoyan.

Existen varias respuestas al respecto, entre las que se encuentran: la carga de trabajo añadida que conllevaría para enfermería. En otros estudios, la opinión de las enfermeras es que la realización de su trabajo por parte de personal no cualificado devaluaría la profesión. Añaden que esta propuesta repercutiría en la intimidad de pacientes y profesionales y aumentaría el ruido de la unidad, ya que muchas de las UCI tienen una estructura abierta. Estas barreras son las razones por las que siguen creyendo que una UCI restrictiva es la mejor opción, aunque así contraponga la labor de enfermería de cuidar al paciente y familia como un ser holístico.

Sin embargo, se acepta la flexibilización e individualización de los horarios con aquellos pacientes que lo necesiten y las circunstancias lo permitan, beneficiándose así de un mayor tiempo con sus familiares ampliando el horario de visitas de la unidad.^{8,9,10,15,16,18,23}

En general, la valoración en la estancia en UCI es positiva por parte, tanto del paciente como de la familia. Y en relación a aspectos concretos de la unidad, resaltan las atenciones y cuidados de los profesionales, tanto en pacientes como en familiares. Sin embargo, los familiares valoran más negativamente la estancia global en UCI que los pacientes.^{10,13,14}

Cabe destacar, que se incluyeron estudios anglosajones en los motores de búsqueda en las bases de datos, aun así, tras la selección de aquellos que mejor respondían a los objetivos marcados para este trabajo, resulta llamativo, que todos los estudios seleccionados han sido pertenecientes a países con una semejanza cultural, como es la cultura latina.

Por último, y a modo de propuesta, respaldada por la evidencia científica y en base a las necesidades de los pacientes y familiares, es necesario flexibilizar los horarios de la UCI mediante la modificación de la organización y la estructura de estas unidades, para

así rediseñar la práctica clínica y ofrecer un cuidado más humanizado y comfortable.^{9,16,21,23}

Dada la situación actual, nos gustaría recalcar que la elaboración de este trabajo se realizó antes de la pandemia, ya que en el transcurso de esta, se ha mostrado otra cara diferente a la Humanización en UCI, que sería objeto de otro trabajo semejante en un futuro.

5. CONCLUSIONES

1. La evidencia científica muestra que los cuidados de las UCI se centran principalmente en la atención a las necesidades fisiopatológicas del paciente, relegando el binomio paciente-familia como una única unidad, y excluyendo así a las familias.
2. Las necesidades de los pacientes en UCI principalmente son: la ocupación del tiempo, la privacidad, un trato más humanizado, el miedo a la muerte, un dolor psicológico y emocional y destaca un grave sentimiento de soledad.
3. Los familiares de pacientes ingresados en UCI, sienten la necesidad de mayor información sobre el estado de su familiar y calidad en la comunicación con los profesionales sanitarios. Asimismo destacan una necesidad de mayor acompañamiento a su familiar y sentirse más integrados en su atención, por parte de los profesionales sanitarios que conforman las UCI.
4. Los profesionales sanitarios consideran que la visita abierta beneficiaría a los pacientes y sus familias, sin embargo, opinan que sería menos beneficioso para el personal sanitario. Identifican que las dificultades para ello son: sobrecarga de trabajo, falta de recursos materiales y humanos, falta de educación continua por parte del personal sanitario y rigidez en la organización.

6. PROPUESTA TEÓRICA DEL TRABAJO

6.1. Justificación:

En base a la bibliografía consultada, la principal necesidad del paciente ingresado en UCI y su familia, es la del mutuo acompañamiento. Asimismo la familia reclama mayor información y sentirse integrada en la unidad por parte de los profesionales sanitarios.

La propuesta se ha elaborado partiendo de los resultados de la revisión bibliográfica sistemática narrativa realizada y siguiendo las recomendaciones del Comité de Bioética de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), sobre la elaboración de un protocolo de acogida de familiares, adaptado a las particularidades de la unidad donde se vaya a desarrollar, así como, la sugerencia de elaborar un documento informativo para los familiares que recoja “la información suficiente para que tengan conocimiento de las características principales de la unidad en la que ha ingresado su ser querido, las situaciones más habituales que pueden presentarse en este tipo de unidades y los recursos de que dispone para hacer su estancia más llevadera”.²⁵

La creación de un protocolo de acogida y un documento informativo, incide directamente sobre las familias de los pacientes, preparándolas mejor para asimilar la situación que están viviendo y fomentando así, una relación de confianza con el equipo. Los contenidos de esos instrumentos resultan de la revisión bibliográfica realizada.

Ante la clara necesidad de acompañamiento, tanto de pacientes como de familiares, se ha visto necesario realizar una propuesta de protocolo de acogida en una UCI flexible, donde se propone integrar a la familia en los cuidados, mediante la figura de cuidador principal, con unos horarios más flexibles para él. Asimismo se incluye la elaboración de un tríptico informativo dirigida al cuidador principal.

Dada la actual falta de protocolo para la acogida de familias y documento informativo en las UCI del Complejo Hospitalario de Navarra, se propone la elaboración de ambos, implementando estas nuevas medidas (Anexo 2) para ser aplicados en este Centro.

6.2. Protocolo de acogida a familiares de pacientes ingresados en UCI

6.2.1. Objetivo

Elaborar un protocolo de acogida a los familiares de pacientes ingresados en una UCI flexible.

6.2.2. Metodología

Para responder al objetivo anteriormente citado, además de considerar los resultados de la revisión bibliográfica, se llevó a cabo una revisión manual en el buscador Google sobre guías de acogida a familias en Unidades de Cuidados Intensivos flexibles de otros Hospitales.

Se identificaron, 1 artículo (2011; Blanca Gutiérrez JJ, 2006), 4 guías (de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias; Hospital Bellvitge de Barcelona; Departamento Navarro de Salud; Departamento de Salud de Madrid) que fueron incluidos para la elaboración de esta propuesta de protocolo.

Una de las guías revisadas recoge una serie de recomendaciones generales sobre la acogida de familiares en las UCI, elaborada por el grupo de Bioética la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.²⁵

Otra de las guías consultadas es una guía de información para los familiares en UCI, utilizada en el Hospital Universitario de Bellvitge en Barcelona. En esta guía se recoge toda información necesaria para la familia sobre el funcionamiento y características de UCI.²⁶

Se consultó también la guía del Departamento de Salud de Navarra sobre la estrategia de humanización en el sistema navarro de salud donde incluye un apartado sobre calidez en trato.²⁷

Además se revisó una guía sobre humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos de la comunidad de Madrid, donde recogía un apartado sobre la acogida de la familia en UCI.²⁸

Por último se revisó el manual de buenas prácticas del proyecto HU-CI, que promueve la humanización en UCI.⁵

Además y como resultado del trabajo llevado a cabo de revisión bibliográfica, se incluyeron los siguientes contenidos:

6.2.3. Actividades y fases para la implantación de la propuesta de protocolo

Unidad de emplazamiento de la propuesta:

UCI II del Hospital Virgen del Camino, compuesta por 12 box, todos ellos individuales, con puerta corredera acristalada, ofreciendo así mejores medidas de aislamiento, comodidad e intimidad para pacientes y familiares. Esta unidad está dotada de un equipo de enfermería, dirigida por 1 jefe de unidad y compuesta por 29 enfermeras y 20 auxiliares de enfermería. (Anexo 3)

Solicitud de permisos:

Para llevar a cabo la implantación de la propuesta de protocolo, en primer lugar se comentaría con la Jefa de Unidad. En caso de dar el visto bueno, se procedería a solicitar permiso a la dirección de enfermería y finalmente, en caso de ser aceptado, se solicitaría un permiso formal por escrito a la dirección del hospital para iniciarla.

Presentación al equipo y difusión:

Una vez fuese aceptada la propuesta de protocolo por la dirección, se procedería a hacer partícipe al equipo de UCI, ya que ellos serían quienes manejarían el protocolo y decidirían junto con la familia, de manera individualizada, qué tipo de cuidados realizarían finalmente. Por ello se intentaría contar con la aprobación y participación de todos, de manera que la aceptación fuese general.

La presentación se llevaría a cabo en una reunión explicativa, en turno de mañana y tarde para llegar así a todos los profesionales sanitarios que integran el equipo. (Anexo 4)

Asimismo se hablaría con la Jefa de Unidad para colgar tanto el protocolo como el documento informativo en el sistema informático de gestión de la unidad (METAVISIÓN) facilitando así el acceso al documento, a todos los profesionales sanitarios.

Fases de implantación del protocolo:

- Fase 1: Se elegirían 2 pacientes, junto con sus dos enfermeras responsables, durante 7 días, para comenzar la implantación de las nuevas medidas de manera gradual. Además entre la enfermera responsable y la familia de los pacientes elegidos, se concretaría la participación y los cuidados a realizar, dejándolo reflejado en una plantilla complementaria de cuidados. (Anexo 5) Al finalizar cada turno la enfermera rellenaría un check-list (Anexo 6), permitiendo así conocer si las nuevas medidas van resultando positivas.
- Fase 2: Tras 7 días, se procedería a la elección de otros 5 pacientes, junto con sus enfermeras de referencia para continuar con las nuevas medidas e ir implantándolas de manera gradual. También, entre la enfermera responsable y la familia de los pacientes elegidos, se concretaría la participación y los cuidados a realizar, dejándolo reflejado en la plantilla complementaria de cuidados. Del mismo modo, se rellenaría el check-list por cada turno, y tras 15 días de duración de esta fase, se avanzaría a la fase 3.
- Fase 3: Se elegirían 5 pacientes más, concretando también, entre la enfermera responsable y la familia de los pacientes elegidos, los cuidados y la participación concreta, dejándolo reflejado en la plantilla complementaria de cuidados, además de rellenar el check-list por cada turno. Quedando así implantadas las nuevas medidas en la totalidad de la unidad, esta última fase, tendría una duración de 15 días.

Tras finalizar el periodo de prueba de la implantación de la intervención en la UCI II, se realizaría un cuestionario final a pacientes, familiares y personal sanitario. (Anexo 7, 8 y 9) En caso de resultar positivo para todas las partes, se procedería a su implantación en la UCI I (Anexo 10) del Hospital de Navarra, siguiendo el mismo procedimiento.

Protocolo presentado en Anexo 11.

Figura 7. Protocolo de acogida, según los resultados de búsqueda.

Protocolo de acogida a las familias en los cuidados de UCI:

➤ Pautas a seguir por el personal sanitario:

1. Acogida de la familia en la sala de espera, por las/los auxiliares de enfermería, dónde se les entregará información general sobre la unidad, junto con un tríptico. Además se les pedirá el teléfono de contacto.
2. Una vez el paciente haya ingresado y se encuentre acomodado en el box, la enfermera responsable será la encargada de identificar aquellos familiares susceptibles de ser el cuidador de soporte.
3. La participación será voluntaria, gradual y guiada por la enfermera responsable, en función de las posibilidades y estado del paciente.
4. La enfermera establecerá con la familia, de manera individualizada, los cuidados que llevará a cabo el cuidador principal, dejándolo reflejado en la planilla de cuidados.
5. Enfermeras y auxiliar de enfermería proporcionarán a la familia los conocimientos necesarios para colaborar en los cuidados: higiene general, afeitado o maquillaje, movilización de la cama al sillón, deambulación, cambios posturales, alimentación, etc.
6. En situaciones de riesgo vital extremo del paciente, el acompañamiento del familiar se producirá de forma progresiva, en función de la evolución del paciente (por mejoría o por exitus inminente).
7. Para los pacientes fuera de riesgo vital, no habrá ningún tipo de restricción en el acompañamiento de la familia, dentro del horario establecido.

➤ Horarios de visita:

1. Como cuidador principal podrá acceder a la unidad a las 11h de la mañana y permanecer hasta las 21:30h de la noche, siempre con su tarjeta identificativa visible.
2. Durante los periodos de visita ordinarios, solo se podrá el acceso de 2 acompañantes por paciente.

➤ Normas básicas para el cuidador principal:

1. Siempre deberá estar identificado por una tarjeta identificativa de cuidador principal, facilitada por el hospital.
2. Llamará al timbre siempre antes de entrar en la unidad.
3. Se le proporcionará una bata desechable, para disminuir el riesgo de infecciones cruzadas.
4. No se permite el acceso de comida del exterior.
5. Para respetar el descanso del resto de pacientes: se debe mantener un tono de voz bajo y evitar el uso de móviles.
6. Saldrá a la sala de espera, siempre que el personal así lo requiera, y no debe quedarse en los pasillos.
7. Deberá salir de la UCI siempre que el paciente así lo desee.
8. Siempre que lo consideren los profesionales sanitarios, se podrá retirar la tarjeta de cuidador principal y siempre en beneficio del paciente. En este caso, tendrá permitido acudir en los horarios de visita habitual, de mañana y tarde.
9. Se deberá lavar las manos tanto al entrar como al salir del box, donde se encuentran unos dispensadores de solución alcohólica. Encontrará los pasos a seguir en el lavado de manos, tanto antes de entrar, como a la salida del box.
10. En caso de que el paciente tenga medidas de aislamiento:
 - Lavado de manos antes de entrar.
 - Colocarse bata y guantes, que encontrará a la entrada del box.
 - Colocación de mascarilla en caso de que fuese necesario.
 - Retirada de bata y guantes, depositándolos en los cubos negros que encontrará dentro del box.
 - Lavado de manos a la salida.
 - Ante cualquier duda, deberá llamar al timbre.

6.3. Documento informativo para el cuidador principal

Ante la evidente necesidad de información de los familiares de pacientes ingresados en UCI, se ha visto necesario desarrollar un documento informativo para el cuidador principal y a través de este, para el resto de familiares.

La incertidumbre que se genera entre los familiares de los pacientes ingresados en UCI, puede incrementar el miedo y el estado de ansiedad, como afirman Pardavila y Vivar, “tanto para el paciente como para la familia, el ingreso en UCI es una experiencia estresante”,¹⁵ por lo cual, una acogida adecuada del familiar parece clave en la disminución del estrés.

Para ello, se propone la elaboración de un tríptico informativo, con el fin de mejorar la acogida e integración de los familiares de pacientes ingresados en UCI.

6.3.1. Objetivo

Elaborar un documento informativo para mejorar la acogida e integración de los familiares de pacientes ingresados en UCI.

6.3.2. Metodología

Para responder al objetivo anteriormente citado, además de considerar los resultados de la revisión bibliográfica, se llevó a cabo una revisión manual en el buscador Google sobre guías de acogida a familias en Unidades de Cuidados Intensivos flexibles de otros Hospitales.

Se identificaron, 1 artículo (2011; Blanca Gutiérrez JJ, 2006), 4 guías (de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias; Hospital Bellvitge de Barcelona; Departamento Navarro de Salud; Departamento de Salud de Madrid) que fueron incluidos para la elaboración de este documento informativo.

Una de las guías revisadas recoge una serie de recomendaciones generales sobre la acogida de familiares en las UCI, elaborada por el grupo de Bioética la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.²⁵

Otra de las guías consultadas es una guía de información para los familiares en UCI, utilizada en el Hospital Universitario de Bellvitge en Barcelona. En esta guía se recoge toda información necesaria para la familia sobre el funcionamiento y características de UCI.²⁶

Se consultó también la guía del Departamento de Salud de Navarra sobre la estrategia de humanización en el sistema navarro de salud donde incluye un apartado sobre calidez en trato.²⁷

Además se revisó una guía sobre humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos de la comunidad de Madrid, donde recogía un apartado sobre la acogida de la familia en UCI.²⁸

Por último se revisó el manual de buenas prácticas del proyecto HU-CI, que promueve la humanización en UCI.⁵

Estas guías coinciden en 3 aspectos sobre qué tipo de información deben recibir los familiares de los pacientes ingresados en UCI: 1) Información sobre el funcionamiento de UCI, como el equipo de profesionales que componen la Unidad, la estructura de la Unidad, material que hay en la habitación, técnicas y procedimientos que se llevan a cabo, etc.; 2) Normativa y horarios; 3) Otros servicios que ofrece el Hospital y puedan resultar de interés, como servicio religioso, Trabajo Social, Secretaría, etc. Aspectos que se ven recogidos en el documento informativo elaborado para entregar al cuidador principal de los pacientes ingresados en UCI.

6.3.3. Apartados del documento

¿Qué es la UCI?

En este primer apartado, se ha incluido información general sobre la Unidad de Cuidados Intensivos. Se expone los aparatos y equipos que se encontrarán alrededor de su familiar, además se incluye información sobre los sonidos y las alarmas que emiten las máquinas, ya que es algo que les suele alarmar mucho a los familiares.

¿Cómo funciona la UCI?

Este segundo apartado, incluye el funcionamiento de la Unidad. Se expone la realización de la valoración diaria de su familiar, recalcando que ante cualquier urgencia se pondrán en contacto con ellos.

Equipo de profesionales:

Se explica el equipo de profesionales sanitarios que trabajan en la Unidad.

Figura del cuidador principal:

En este apartado se explica que existe en esta Unidad de Cuidados Intensivos, la posibilidad de formar parte de los cuidados de su familiar, mediante la figura de cuidador principal.

Normas durante su estancia:

Este 5º apartado explica las normas a cumplir por el cuidador principal, incluidas en el protocolo de acogida, durante su estancia en la UCI.

Horario de visitas:

Se incluye tanto el horario que debe cumplir el cuidador principal, como el horario para el resto de familiares del paciente ingresado en UCI.

Otros servicios:

Finalmente, en este último apartado, se incluye información sobre los servicios que ofrece el Hospital. Además de la dirección y contacto del Hospital, así como el de UCI.

Folleto en formato tríptico presentado en Anexo 12.

Figura 8. Tríptico abierto.



Agradecimientos

A mi tutora Esperanza, por darle forma a mis ideas, por su continuo apoyo, que a pesar de las actuales circunstancias de Pandemia que vivimos, ha estado ayudándome incondicionalmente.

A todos los que han contribuido, mi familia, pareja y amigas, a que yo, hoy, logre cumplir un sueño.

“La humanidad es todavía algo que hay que humanizar”

Gabriela Mistral.

Bibliografía:

1. Sánchez I, Esteban A, Elola J. Unidades de Cuidados Intensivos: estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid (MA): Ministerio de Sanidad y Política Social (ES); 2010 [Citado 24 de marzo de 2020]. 133 p. Recuperado a partir de: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
2. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019;30(2):120-125. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300240>
3. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Salud. [citado 24 de marzo 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
4. (Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017;70(5):1040-7. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1040.pdf
5. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU – CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU – CI; 2017 [acceso 5 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
6. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>>. Familia artic. 1 [24 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://dle.rae.es/familia>
8. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enfermería Intensiva. 2012;23(4):179-188. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-unidades-cuidados-S1130239912000715>

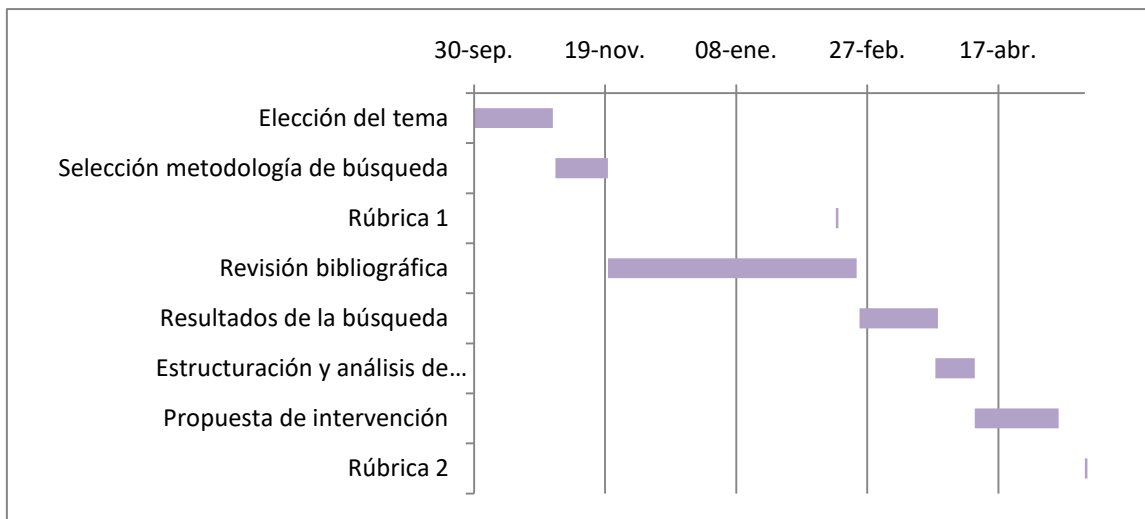
9. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*. 2014;38(6):371-375. Recuperado a partir de: <https://www.medintensiva.org/es-por-una-uci-puertas-abiertas-articulo-S0210569114000370>
10. Ayllón-Garrido N, Montero-Rus P, Acebes-Fernández MI, Sánchez-Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enfermería Intensiva*. 2014;25(2):72-77. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-unidad-cuidados-intensivos-puertas-abiertas-S1130239913000941>
11. Fernandes da Cruz-Silva L, Machado-Regimar C, Fernandes da Cruz-Silva VM, Salazar-Posso MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Enfermería Global*. 2013;32(12):88-103. Recuperado a partir de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/docencia1.pdf>
12. Rodríguez-Almagro J, Quero-Palomino MA, Aznar-Sepulveda E, Fernández-Espartero MM, Rodríguez-Barbero, Ortiz-Fernández F, Soto-Barrera V, Hernández-Martínez A. Experience of care though patients, family members and health professionals in a intensive care unit: a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2019;3.912-920. Recuperado a partir de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12689>
13. Gil-Juliá B, Ballester-Arnal R, Bernat-Adell MD, Giménez-García C, Castro-Calvo J. Valoración de la estancia en UCI desde el punto de vista de pacientes y familiares. *Revista Española de Salud Pública*. 2018;92.1-13. Recuperado a partir de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201805011.pdf>
14. Joven ZM y Guáquta-Parada SR. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*. 2019;37(1). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>
15. Pardavila-Belio MI y Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería intensiva*. 2012;23(2):51-67. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239911000460>

16. Aliberch-Raurel AM y Mique-Aymar IM. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2015;26(3):101-111. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239915000310>
17. Bautista-Rodriguez LM, Arias-Velandia MF, Carreño-Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*. 2016;7(2):1297-1309. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a07.pdf>
18. Saralegui Gainza A, Ferro Montiu M (dir). *Gestión del cambio en una Unidad de Cuidados Intensivos: Régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos de un modelo restrictivo, a un modelo permisivo* [trabajo final de máster en Internet]. [Pamplona]. Universidad Pública de navarra, 2015 [citado 8 de abril de 2020]. Recuperado a partir de: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18628>
19. Farias FBB, Vidal LL, Farias RAR, Pereira de Jesus AC. Cuidado humanizado em UTI: Desafios na visao dos profissionais de saude. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*. 2013;5(4):635-642. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767896>
20. García-Ortega D, García-Graus N, Martínez-Martín ML. La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. *Metas de Enfermería*. 2016;19(2). Recuperado a partir de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5e475139-f58a-4820-9c32-f69adcf38b2b%40sdc-v-sessmgr03>
21. Correa-Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*. 2016; 7(1):1227-31. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
22. Bernal-Ruiz D y Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Universitaria*. 2014;11(4):154-163. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706314709285>

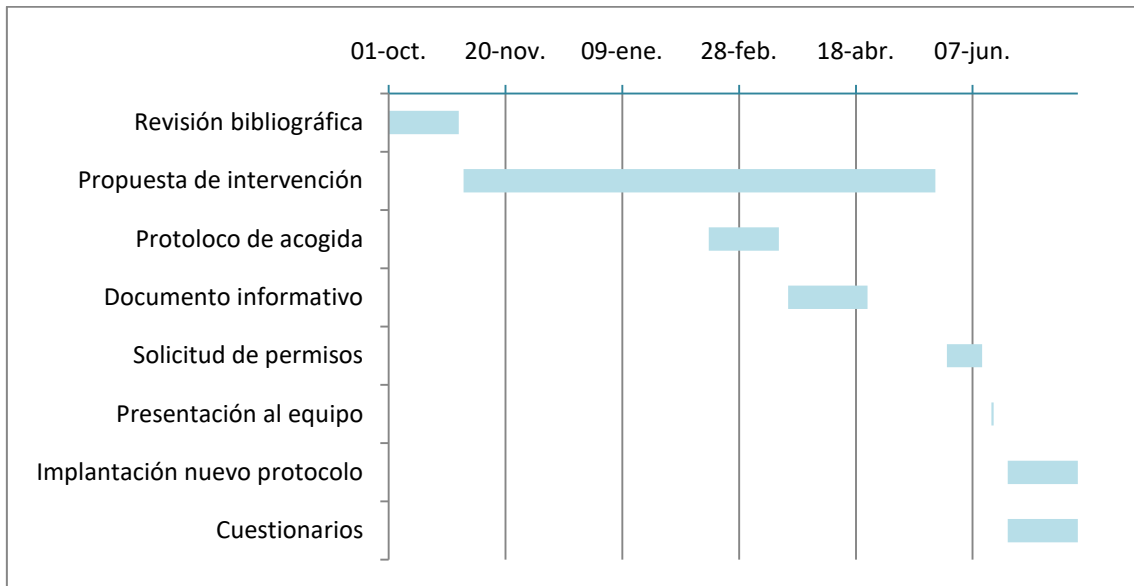
23. Martínez-Villamea S, Alonso-Rodríguez A, Sánchez-Vallejo A, Gallego-Lorenzo J. Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos: una revisión sistemática. *Tiempos de Enfermería y Salud*. 2019;(2)22-29. Recuperado a partir de: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/29/17>
24. Blanca Gutiérrez JJ, Muñoz Segura R, Hervás Padilla J, Alba Fernández CM. Protocolo de acogida a familiares de los pacientes críticos en una UCI polivalente. *Inquietudes*. 2006; 35(12)16-17. Recuperado a partir de: http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_21_29-0707.pdf
25. Grupo de Bioética de la Sociedad Española e Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Recomendaciones sobre acogida de familiares en Unidades de Cuidados Intensivos. 2017 [acceso diciembre de 2017]. Disponible en: <http://seeiuc.org/wp-content/uploads/2017/10/RECOMENDACIONES-FAMILIAS.pdf>
26. Guía de información a los familiares: Unidad de Cuidados Intensivos. Barcelona. 2017 [acceso mayo de 2017]. Disponible en: https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wpcontent/uploads/2017/06/guia_familiares_general_definitiva2.pdf
27. Guía de la estrategia de humanización de sistema sanitario público de Navarra. Navarra. 2018 [acceso febrero de 2018]. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1CEC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf
28. Manual de Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid. 2016 [acceso 2016]. Disponible en: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2016/10/PlanHUCI.pdf>

Anexos

Anexo 1. Diagrama de actividades: Elaboración TFG.



Anexo 2. Diagrama de actividades: Propuesta de Intervención 2020-2021.



Anexo 3. Plano UCI II.



Anexo 4. Esquema de la reunión con el equipo.

Lunes 15 de junio de 2020 de: 10 – 11H / 17 – 18H

Introducción sobre la visita flexible en UCI	10 minutos
Evidencia científica y bibliografía existente	20 minutos
Exposición de la propuesta del nuevo protocolo	10 minutos
Exposición del documento informativo para familiares	10 minutos
Dudas y sugerencias	10 minutos

Anexo 5. Planilla de cuidados del familiar.

PLANILLA DE CUIDADOS DEL FAMILIAR					
PACIENTE:					
FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL:					
FECHA:					
HORARIOS	CUIDADOS BÁSICOS DE HIGIENE	CUIDADOS BÁSICOS DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	OCIO	CUIDADOS BÁSICOS DE MOVIMIENTO	COMUNICACIÓN
9-11H					
12-14H					
16-18H					
18-20H					

*SE ACORDARÁ CON EL CUIDADOR PRINCIPAL / FAMILIA, QUÉ VENTANA HORARIA SELECCIONARÁN, UNA POR LA MAÑANA Y OTRA POR LA TARDE.

Anexo 6. Check-list Enfermería.

Cuestionario de valoración de Enfermería	
Selecciona la respuesta que consideres más adecuada	
1. ¿Crees que las nuevas medidas, generan un aumento en la carga de trabajo del personal? En caso afirmativo, ¿cómo se podría disminuir?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/>
2. ¿Crees que las nuevas medidas, son positivas para el personal?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/>
3. ¿Consideras las nuevas medidas positivas para el paciente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/>
4. ¿Crees que las nuevas medidas, son positivas para la familia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/>

Anexo 7. Cuestionarios para pacientes.

Cuestionario de valoración para el paciente

Responda a las siguientes preguntas, señalando la opción que considere oportuna

	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1. La presencia de su familiar le proporciona apoyo emocional.		
2. La presencia de su familiar hace que disminuya el sentimiento de soledad.		
3. La presencia de su familiar minimiza el aburrimiento.		
4. La presencia de su familiar reduce el miedo/ incertidumbre que padece.		
5. La presencia de su familiar hace que disminuya la percepción del dolor.		
6. La presencia de su familiar dificulta su descanso.		
7. Se fatiga ante la presencia continua de su familiar.		
8. La presencia de su familiar, en general, le inestabiliza.		
9. Siente menos privacidad ante la presencia de su familiar.		
10. En general, valora como positiva la implantación de la figura del cuidador principal.		

Anexo 8. Cuestionario para familiares.

Cuestionario de valoración para el cuidador principal

Responda a las siguientes preguntas, señalando la opción que considere oportuna

DE ACUERDO

EN DESACUERDO

1. La figura de cuidador principal le satisface.

2. La flexibilización en los horarios disminuye su sentimiento de ansiedad.

3. Al ofrecerle la posibilidad de ser el cuidador principal, se ha sentido obligado a aceptarlo.

4. Permanecer al lado de su familiar tantas horas, le resta tiempo para atender al resto de su familia.

5. La figura de cuidador principal es agotadora.

6. La flexibilidad de horarios le proporciona mayor acceso a la información.

7. La flexibilidad de horarios le facilita un conocimiento más real acerca del estado de su familiar.

8. La flexibilidad de horarios favorece la relación con los profesionales sanitarios.

9. La flexibilidad de horarios le permite sentir mayor seguridad sobre que su familiar recibe los mejores cuidados.

10. En general valora como positiva la implantación de la figura del cuidador principal.

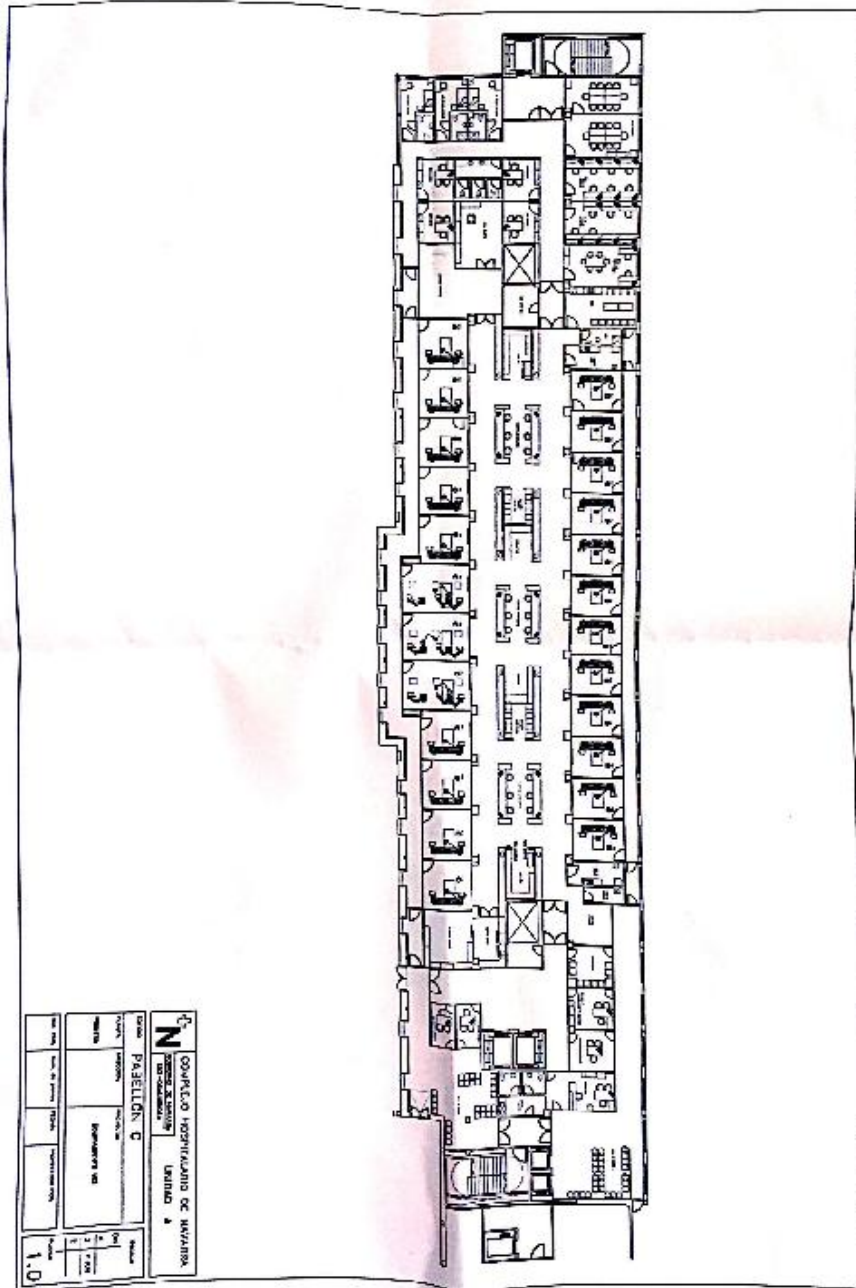
Anexo 9. Cuestionario para Enfermería.

Cuestionario de valoración para Enfermería

Responda a las siguientes preguntas, señalando la opción que considere oportuna

	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MEJORA POSIBLE
1. La presencia de la familia ayuda al personal de enfermería a proporcionar el apoyo emocional que precisa el paciente.			
2. La familia ayuda al equipo de enfermería a realizar los cuidados básicos que requiere el paciente.			
3. La presencia de familiares, hace que el equipo obtenga información muy valiosa.			
4. La presencia de la familia incrementa la satisfacción profesional de enfermería.			
5. La presencia de la familia, supone una sobrecarga de trabajo.			
6. La presencia de la familia irrumpe en los cuidados de enfermería.			
7. La presencia continua del familiar, acapara parte del tiempo empleado para el cuidado del paciente.			
8. Los profesionales de la unidad no se sienten preparados para relacionarse con la familia.			
9. La estructura y organización de la unidad no favorecen la presencia de la familia.			
10. En general valora como positiva la implantación de la figura del cuidador principal.			

Anexo 10. Plano UCI I.



Scanned with CamScanner

Anexo 11. Protocolo de acogida.

Protocolo de acogida a las familias en los cuidados de UCI:


- Pautas a seguir por el personal sanitario:
 1. Acogida de la familia en la sala de espera, por las/los auxiliares de enfermería, dónde se les entregará información general sobre la unidad, junto con un tríptico. Además se les pedirá el teléfono de contacto.
 2. Una vez el paciente haya ingresado y se encuentre acomodado en el box, la enfermera responsable será la encargada de identificar aquellos familiares susceptibles de ser el cuidador de soporte.
 3. La participación será voluntaria, gradual y guiada por la enfermera responsable, en función de las posibilidades y estado del paciente.
 4. La enfermera establecerá con la familia, de manera individualizada, los cuidados que llevará a cabo el cuidador principal, dejándolo reflejado en la planilla de cuidados.
 5. Enfermeras y auxiliar de enfermería proporcionarán a la familia los conocimientos necesarios para colaborar en los cuidados: higiene general, afeitado o maquillaje, movilización de la cama al sillón, deambulación, cambios posturales, alimentación, etc.
 6. En situaciones de riesgo vital extremo del paciente, el acompañamiento del familiar se producirá de forma progresiva, en función de la evolución del paciente (por mejoría o por exitus inminente).
 7. Para los pacientes fuera de riesgo vital, no habrá ningún tipo de restricción en el acompañamiento de la familia, dentro del horario establecido.
- Horarios de visita:
 1. Como cuidador principal podrá acceder a la unidad a las 11h de la mañana y permanecer hasta las 21:30h de la noche, siempre con su tarjeta identificativa visible.
 2. Durante los periodos de visita ordinarios, solo se podrá el acceso de 2 acompañantes por paciente.

➤ Normas básicas para el cuidador principal:

1. Siempre deberá estar identificado por una tarjeta identificativa de cuidador principal, facilitada por el hospital.
2. Llamará al timbre siempre antes de entrar en la unidad.
3. Se le proporcionará una bata desechable, para disminuir el riesgo de infecciones cruzadas.
4. No se permite el acceso de comida del exterior.
5. Para respetar el descanso del resto de pacientes: se debe mantener un tono de voz bajo y evitar el uso de móviles.
6. Saldrá a la sala de espera, siempre que el personal así lo requiera, y no debe quedarse en los pasillos.
7. Deberá salir de la UCI siempre que el paciente así lo desee.
8. Siempre que lo consideren los profesionales sanitarios, se podrá retirar la tarjeta de cuidador principal y siempre en beneficio del paciente. En este caso, tendrá permitido acudir en los horarios de visita habitual, de mañana y tarde.
9. Se deberá lavar las manos tanto al entrar como al salir del box, donde se encuentran unos dispensadores de solución alcohólica. Encontrará los pasos a seguir en el lavado de manos, tanto antes de entrar, como a la salida del box.
10. En caso de que el paciente tenga medidas de aislamiento:
 - Lavado de manos antes de entrar.
 - Colocarse bata y guantes, que encontrará a la entrada del box.
 - Colocación de mascarilla en caso de que fuese necesario.
 - Retirada de bata y guantes, depositándolos en los cubos negros que encontrará dentro del box.
 - Lavado de manos a la salida.
 - Ante cualquier duda, deberá llamar al timbre.

Anexo 12. Tríptico informativo.

<p>Horario de visitas:</p> <p>El cuidador principal:</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;">11H a 21:30H</div> <p>Resto de familiares: Un máximo de 2 personas por paciente*</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;">13H a 13:30H</div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;">18H a 18:30H</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	<p>Otros servicios:</p> <p>Secretaría: Si necesita cualquier certificado de ingreso o documento, puede solicitarlo en secretaría en la misma unidad, de lunes a viernes en horario de mañana. De 8 a 15H.</p> <p>Trabajo social: Si lo desea puede solicitar información en la unidad. Dependiendo del motivo del ingreso del paciente, será trabajo social quien se ponga en contacto con usted.</p> <p>Servicio religioso: Puede solicitarlo en cualquier momento a través del personal sanitario.</p> <p>Estamos a su entera disposición para solventar cualquier duda o necesidad que le surja.</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">Complejo Hospitalario de Navarra</p> <p>C/ Inularrea s/n 31008 – PAMPLONA Teléfono: 848422222 Unidad de Cuidados Intensivos – II 3ª planta del edificio central del Hospital Virgen del Camino</p>	<h2 style="margin: 0;">Unidad de Cuidados Intensivos</h2> <h3 style="margin: 0;">Información para el cuidador principal</h3> <div style="text-align: left; margin-top: 10px;">  </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>
--	---	---

<p>¿Qué es la UCI?</p> <p>Su familiar ha ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que su estado de salud requiere de tratamiento, vigilancia y cuidados continuados.</p> <p>A su alrededor encontrará muchas máquinas con alarmas y sonidos. No se preocupe, son para avisarnos de diferentes eventos que la mayoría no son importantes.</p> <p>Además su familiar tendrá una serie de cables, catéteres y tubos, todos necesarios para facilitar la respiración, la alimentación y administración de medicación.</p> <p>¿Cómo funciona la UCI?</p> <p>Cada día el equipo de profesionales valorará la evolución de su familiar, posteriormente el médico responsable les informará. Ante cualquier urgencia se pondrán en contacto con ustedes por teléfono.</p>	<p>Equipo de profesionales:</p> <p>Su familiar tendrá un médico de referencia asignado, y a su vez un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios las 24 H.</p> <p>Figura de cuidador principal:</p> <p>Esta unidad ofrece la posibilidad de formar parte de los cuidados de su familiar, convirtiéndose en el cuidador principal. Lo que conlleva una serie de privilegios, normas y horarios a seguir durante su estancia con nosotros.</p> <p>Le animamos a exponernos todas las dudas que le puedan surgir e intentaremos solucionarlas todas.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	<p>Normas durante su estancia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarjeta identificativa visible. 2. Llamar al timbre antes de entrar en la unidad. 3. Lavado de manos antes de entrar y tras salir del box. 4. Para respetar el descanso del resto de pacientes: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener un tono de voz bajo. - Evitar el uso de móvil. 5. Prohibido el acceso de comida del exterior. 6. Deberá salir del box, cuando se requiera. 7. Atender a las indicaciones del personal sanitario.
--	---	--