

LA HUMANIZACIÓN EN LA UCI

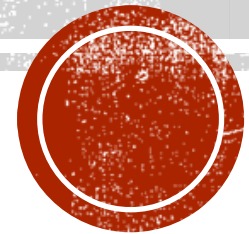
ACTUALIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

SMI HOSPITAL DE MÉRIDA

28 Octubre 2023

Isabel María Peña Luna (F.E.A Medicina Intensiva),

Hospital de Mérida



VCI•MÉRIDA

ÍNDICE

- Introducción.
- Definiciones.
- Proyecto H-UCI.
- Objetivos.
- Líneas estratégicas.
- Buenas prácticas obligatorias.
- Nuestra Unidad.
- Ejemplos gráficos.



- “Despertar es horrible sientes que te asfixias, es muy fuerte, muy doloroso...”
- “De repente sentí que me iba, solo podía pensar en mis hijos...”
- “Me sentía sola, no sabia por qué no venia nadie a verme...”
- “¿Me voy a morir?” ¿Me voy a despertar de nuevo?

DOLOR Y MIEDO



UN POCO DE HISTORIA...

- Alemania, años 30, tratamiento post-operatorios.
- 1947-1952: epidemias de poliomielitis, unidades de “respiración artificial”
- Años 50: unidades de cuidados intensivos quirúrgicas.
- Desarrollo de la especialidad, perfeccionamiento tecnológico:



- Disminución de la mortalidad
- Altas probabilidades de sobrevivir



HUMANIZAR

- Innecesario??
- “Buenismo”.
- Mirar a los ojos.
- Hablar con un tono dulce de voz.
- Tomar la mano.



¿QUÉ SIGNIFICA HUMANIZAR?

- **Humanizar** (Real Academia Española) como hacer a alguien o algo humano, familiar y afable.
- **Humanización de la Salud:** “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 (Bermejo).
- **Modelo “Afectivo-Efectivo” propuesto por Albert Jovell** : “la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud”.



- **Declaración Organización Mundial de la Salud (OMS) 1946**, al señalar que “la salud es un estado de completo bienestar física, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es decir, es considerar todas las dimensiones del ser humano durante el proceso salud-enfermedad.
- El año 2001, en Estados Unidos **“atención centrada en el paciente y familia (patient and family-center care, PFCC)**. Esto ha significado la transición del modelo paternalista hacia la autonomía y respecto de los pacientes y familiares así como de sus voluntades.



- **Humanizar los Cuidados Intensivos:** centrarnos en la persona a la que atendemos, entendiendo que es única, preservando su dignidad y valores, cuidando en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, incluyendo a los familiares y haciéndolos parte del proceso, recordando que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y finalmente también es devolver al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que hacen.



UCI, ¿SUCURSAL DEL INFIERNO?



DESHUMANIZACIÓN DE LA UCI

Deshumanización de los pacientes en UCI

1. Pérdida de identidad y apariencia
 2. Pérdida de habilidad de comunicación
 3. Pérdida de habilidad para auto-representación
 4. Pérdida de soporte familiar
 5. Pérdida de control
 6. Pérdida de respeto
 7. Pérdida de privacidad
-



- Todo conlleva un elevado riesgo de serias consecuencias en cuanto al estado físico y mental en los pacientes, tanto en su fase de ingreso en UCI, como en la fase de recuperación al alta, definiéndose un nuevo estado que se ha definido como **PICS (Post Intensive Care Syndrome)**.
- A su vez, el equipo asistencial, favorecido por estados emocionales como el **Síndrome de Burnout** y sobrecargas de trabajo, políticas y culturas restrictivas que puedan promover la deshumanización/despersonalización.



**La ética del cuidado incorpora aspectos emocionales y afectivos
complementando los principios bioéticos más racionales**

Ética principialista	Ética del cuidado
Deontología/teología	Intuicionismo/ética dialógica
Punto de vista moral: el otro universal	Punto de vista moral: el otro concreto
Racionalismo de los principios	Emociones en las decisiones morales
Autonomía	Empoderamiento
Justicia distributiva	Protección, discriminación positiva
No maleficencia	Situación de vulnerabilidad
Beneficencia	Cultivo de buena relación cuidador/paciente
Estándares en las guías	Empatía en lo concreto, sin relativismo



PROYECTO H-UCI

- Proyecto HU-CI (2014) pretende dar una visión integral de la situación actual en las UCIs, a través de un grupo multidisciplinar de profesionales que desarrollan su labor en la atención de unidades de pacientes críticos, poniendo a las personas en el centro de esa atención. Así, profesionales de la salud, familias, pacientes, psicólogos, arquitectos, técnicos de estructuras y espacios etc., aportan una visión integral, para entre todos, mejorar la atención de las UCIs. Este proyecto cuenta con el aval científico de numerosas sociedades científicas tanto nacionales como internacionales.



OBJETIVOS PROYECTO H-UCI

- Humanizar los cuidados intensivos.
- Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales.
- Difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general, poniendo énfasis en actividades relacionadas con la humanización de los cuidados.
- Fomentar la formación en habilidades de humanización: comunicación, relación de ayuda, etc.
- Orientar hacia la prestación de una atención humanizada mediante el establecimiento de estándares y acreditando su cumplimiento en aquellas unidades que lo soliciten.
- <https://www.youtube.com/watch?v=8YKMGMW2Qik>.





LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Centradas en:



PACIENTES



PROFESIONALES



FAMILIARES



LÍNEAS ESTRATÉGICAS



Proceso de certificación de estándares de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos



1. UCI DE PUERTAS ABIERTAS

PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS

- SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES.
- ACCESIBILIDAD.
- CONTACTO.
- PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS.
- SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS DE LOS FAMILIARES.



2.COMUNICACIÓN

- COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO.
- COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA.
- COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE.



3. BIENESTAR DEL PACIENTE

- BIENESTAR FÍSICO.
- BIENESTAR PSICOLÓGICO.
- PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.
- BIENESTAR AMBIENTAL Y DESCANSO NOCTURNO.



4. CUIDADOS AL PROFESIONAL

- SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS.
- PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR.



5.SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS

- PREVENCIÓN Y MANEJO.
- SEGUIMIENTO.



6. CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

- PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.
- CONTROL DE SÍNTOMAS FÍSICOS.
- ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA.
- COBERTURA DE NECESIDADES Y PREFERENCIAS EMOCIONALES Y ESPIRITUALES.
- PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL.
- IMPLICACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA DECISIÓN Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL (LTSV).



7. INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

- PRIVACIDAD DEL PACIENTE.
- CONFORT AMBIENTAL DEL PACIENTE.
- ORIENTACIÓN DEL PACIENTE.
- CONFORT EN EL ÁREA DE FAMILIARES.
- CONFORT Y FUNCIONALIDAD EN EL ÁREA DE CUIDADOS.
- CONFORT EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE PERSONAL.
- DISTRACCIÓN DEL PACIENTE.
- HABILITACIÓN DE ESPACIOS EN JARDINES O PATIOS.
- SEÑALIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD.



1. UCI DE PUERTAS ABIERTAS: SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL

- Existe un grupo de trabajo interprofesional encargado de coordinar y monitorizar el cumplimiento del modelo de flexibilidad de horarios de acompañamiento familiar.
- Se realiza formación continuada en habilidades no técnicas dirigidas al equipo asistencial para facilitar la presencia y participación de la familia.



ACCESIBILIDAD

- Horario de **acceso flexibilizado**.
- **Cuidador principal /acompañante con acceso continuado**, independientemente de los familiares que pudieran visitar al paciente en otros horarios previstos.
- Se permite la **visita de menores** previamente instruidos a la unidad.
- Existe una **guía, folleto y/o cartel informativo** de acogida a familiares y pacientes ingresados en UCI que recoge las indicaciones de acceso a la unidad y métodos comunicación con el paciente.



CONTACTO

- No se aplican barreras innecesarias (calzas, batas, guantes y mascarillas) salvo en casos especiales en los que estén indicados.



PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS

- Se dispone de un **protocolo asistencial relativo a la participación de la familia** en los cuidados básicos (alimentación, higiene, movilización) al paciente crítico.
- Identificar **cuidador principal**.
- **Toma de decisiones** relativa al tratamiento y cuidados de forma compartida, en caso de que el estado del paciente lo incapacite.
- **Formación individualizada "in situ"**
- Se registra el **consentimiento del paciente** para la implicación de su familia en los cuidados, si procediera.



- Se facilita el **uso regulado de telefonía móvil u otros dispositivos** (favorecer el contacto con familiares).



2. COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO

- Existe un protocolo estructurado de **traspaso de información** en el cambio de turno/guardia.
- Existe un protocolo estructurado de **traspaso de información en el alta a planta.**
- Se realizan **sesiones conjuntas y/o rondas diarias** por el equipo asistencial.



COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA

- Existen **espacios físicos adecuados para la información a familiares.**
- Existe un protocolo de **información conjunta médico-enfermera** a pacientes y familiares y se lleva a cabo de forma habitual.
- Se realizan **actividades formativas** en habilidades no técnicas y de relación de ayuda que incluyan comunicación de malas noticias, en situaciones difíciles y duelo.
- En pacientes competentes se explora con el propio paciente la voluntad de que sea informada la familia o los allegados.



- Se dispone de **sistemas de comunicación aumentativa/ alternativa (CAA)**
- Existe un protocolo para favorecer la comunicación con pacientes que presentan dificultades para comunicarse.
- Existe un sistema para que los pacientes puedan llamar a los profesionales sanitarios cuando lo necesiten.



3. BIENESTAR DEL PACIENTE:

BIENESTAR FÍSICO

- Protocolo actualizado de **analgesia y sedación**.
- Existe una monitorización de los niveles de analgesia y sedación a través de **escalas validadas**.
- Protocolo actualizado de **prevención y manejo del delirium**.
- **Protocolo de sujeción física**.
- Protocolo de **fisioterapia respiratoria temprana** en los pacientes críticos.
- Existe un protocolo de **movilización temprana**.
- Existe protocolo de **aseo (higiene e hidratación)** del paciente encamado.



BIENESTAR PSICOLÓGICO

- Se aplican intervenciones para dar soporte a las necesidades espirituales del paciente.



BIENESTAR AMBIENTAL Y DESCANSO NOCTURNO

- Se definen y promueven **medidas de control del ruido ambiental**.
- Existe un protocolo de **medidas de descanso nocturno**.
- Se ajusta el tono de las alarmas y otros dispositivos según el momento del día.
- Se ajusta la luz ambiental nocturna con posibilidad de disminuir la intensidad general por la noche en los espacios comunes e individualizarla en cada habitación.
- Se incluye en el protocolo de descanso nocturno la adaptación de los horarios de las intervenciones a los periodos de descanso de los pacientes.



4.CUIDADOS AL PROFESIONAL: SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS

- Se llevan a cabo actividades formativas sobre el conocimiento y gestión del estrés y desgaste profesional, así como de fomento del engagement (o vinculación con el trabajo), competencias emocionales y habilidades psicosociales en el trabajo.



PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR

- La **dotación de plantilla** es adecuada cumpliendo con las recomendaciones vigentes.
- Personal de reciente incorporación: Se ofrece un programa de acogida a todo el personal sanitario de UCI (para explicación adecuada de la organización, dinámicas internas UCI, ajuste de expectativas de los nuevos profesionales, motivación, difusión de propuestas de humanización, etc.).
- Personal mayor de 55 años: se ofrece la **posibilidad de reducción/exención de guardias**.
- Existen **reuniones preestablecidas y periódicas del equipo de UCI** en los que poder establecer pautas participativas de actuación y organización del trabajo.



- Se promueve la participación y opinión de los profesionales en la cultura organizacional de la Unidad, en su gestión y en los objetivos de la misma.
- Se dispone de una zona adecuada de descanso para los profesionales.



5. SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS: PREVENCIÓN Y MANEJO

- Existe un protocolo interprofesional para la prevención y el manejo del PICS para pacientes y familiares
- Existe un protocolo actualizado de analgesia y sedación .
- Existe una monitorización de los niveles de analgesia y sedación a través de escalas validadas.
- Existe un protocolo actualizado de desconexión de la ventilación mecánica.



- Existe un protocolo actualizado de prevención y manejo del delirium .
- Existe un protocolo de fisioterapia respiratoria temprana en los pacientes críticos.
- Existe un protocolo de movilización temprana.
- Se aplican otras medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad neuromuscular (adecuación de medicación miorelajante, uso de prótesis anti equino...).



6. CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DELA VIDA

- Existe un protocolo interprofesional de Cuidados al final de la vida en el paciente crítico, adaptado a las recomendaciones de las Sociedades Científicas.
- Existe un procedimiento para la identificación de necesidades paliativas en pacientes ingresados en UCI.



SOPORTE DE SÍNTOMAS FÍSICOS

- Se instaure sedación paliativa adecuada a los pacientes en situación al final de la vida según el protocolo establecido.
- Existe un registro adecuado de la decisión de instaurar sedación paliativa (consentimiento informado, medicación, indicación...).



ACOMPañAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA

- Se facilita el acompañamiento continuo de los familiares de los pacientes en situación al final de la vida.
- Se facilita formación en acompañamiento al final de la vida y atención al duelo a los profesionales implicados en el cuidado del paciente/familia.



SOPORTE A LAS NECESIDADES Y PREFERENCIAS EMOCIONALES Y ESPIRITUALES

- Se consulta de forma sistemática el registro de voluntades anticipadas en los pacientes que ingresan en UCI, especialmente a aquellos a los que se realice limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV).
- Se incorporan las voluntades anticipadas en la toma de decisiones quedando constancia del proceso en la historia clínica.
- Cuando no existen voluntades anticipadas se planifica la decisión de manera compartida con el paciente y su familia.
- Se identifica la figura del representante para la toma de decisiones en pacientes incompetentes.



PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV)

- Existe protocolo de Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV).
- Se utiliza un registro específico para la LTSV.
- Se incorpora la donación de órganos y tejidos en los cuidados al final de la vida en los casos en que esté indicado.



IMPLICACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA DECCISIÓN Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE LTSV

- La decisión de LTSV se realiza contando con la participación de todos los profesionales implicados en la atención del paciente, buscando el mayor consenso por parte del equipo asistencial.
- Se dispone de un procedimiento de consulta con el Comité de Ética Asistencial para casos de desacuerdo (CEA).



7. INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA: PRIVACIDAD DEL PACIENTE

- Existen biombos, cortinas y demás elementos separadores, de material antibacteriano y fácil limpieza, que hacen posible la privacidad.



CONFORT AMBIENTAL DEL PACIENTE

- Existe mobiliario adecuado y correctamente distribuido, para crear un espacio funcional, con una circulación óptima, evitando molestias y obstáculos innecesarios
- Se cuenta con opciones de "personalización del espacio" (fotos de la familia, dibujos de familiares, tarjetas con mensajes de cariño, fotos de grupos musicales o equipos de futbol, etc.).
- Existe sistema de control de luz, con suficiente cantidad en todas las habitaciones de pacientes.
- Se definen y promueven medidas de control del ruido ambiental.



ORIENTACIÓN DEL PACIENTE

- Se dispone de elementos que facilitan la orientación temporal de fácil acceso y visibilidad (como reloj y/o calendario).
- Se dispone de sistemas de comunicación aumentativa/ alternativa.
- Existe un sistema para que los pacientes o sus familiares puedan llamar a los profesionales cuando lo necesiten.



CONFORT EN EL ÁREA DE FAMILIARES

- Existe una señalización adecuada y visible de las habitaciones y la indicación de vías de acceso manteniendo la estética establecida para la unidad.



CONFORT Y FUNCIONALIDAD EN EL ÁREA DE CUIDADOS

- Se lleva a cabo un control acústico adecuado en el área de trabajo.
- Se posibilita un adecuado acceso a la documentación con suficientes puestos de ordenador para consulta de historias y avisos de monitorización en salas médicas y enfermeras.
- Existe un sistema de información clínica (SIC) ajustado al flujo de trabajo de la Unidad que permita trabajar en red.



CONFORT EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE PROFESIONALES

- Existen espacios de trabajo adecuados dotados de las instalaciones necesarias para llevar a cabo la asistencia habitual.
- Existen habitaciones para profesionales de guardia, con espacios adecuados y manteniendo el hilo conductor estético marcado en la unidad.
- Se dispone de una sala de estar para profesionales con rápido acceso a la unidad.
- Se permite el uso de teléfono dentro de la habitación.



NUESTRA UNIDAD

- Infraestructura humanizada.
- Escuela de familiares.
- Diarios UCI, medidas descanso nocturno.
- Protocolos: sedación y analgesia, sujeción mecánica, movilización precoz, limitación de tratamiento de soporte vital .
- Equipo de terapia intravenosa.
- Consulta de marcapasos.
- Consulta Síndrome post-cuidados intensivos : pionera en Extremadura.
- Cuidados al profesional: UCI en camino.

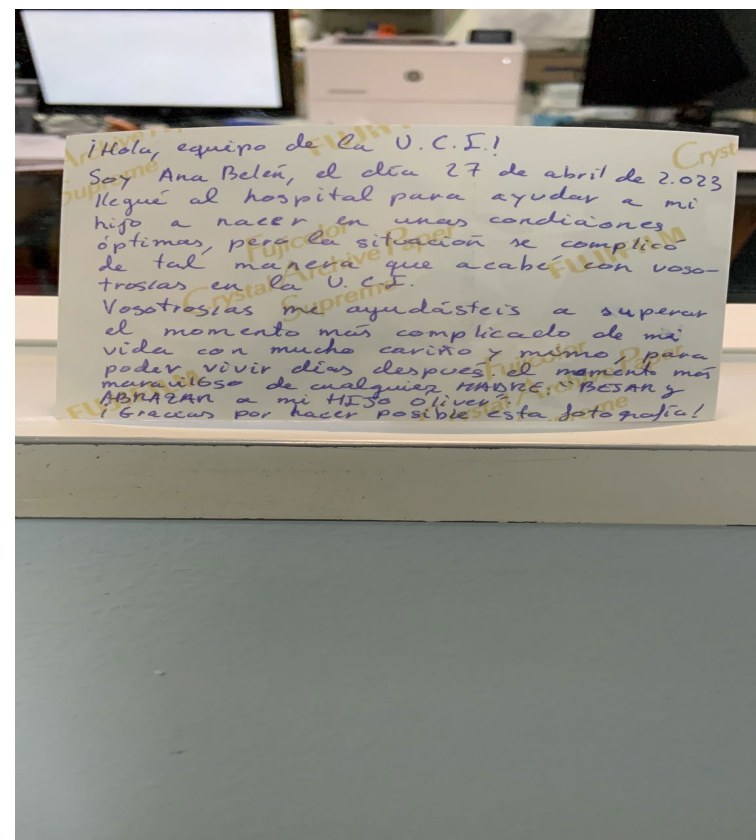














- *“La humanidad es todavía algo que hay que humanizar”, Gabriela Mistral.*
- *“No hay nada más poderoso que un alma humana en llamas”.*



BIBLIOGRAFÍA

- Á. Alonso-Ovies, G. Heras La Calle. ICU: a branch of hell?. Intensive Care Medicine., 42 (2016), pp. 591-592
<http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-4023-7> | Medline.
- Diccionario de la lengua española [Internet]. Real Academia Española. 2018 [cited 23 December 2018]. Available from: <http://www.rae.es/>.
- J. Bermejo, Humanizar la Asistencia Sanitaria.
- Desclée De Brouwer, (2014),
- A. Jovell. Medicina basada en la afectividad. Medicina Clínica., 5 (1999), pp. 173-175
- Salud y derechos humanos [Internet]. Who.int. 2017 [cited 23 December 2018]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care.
- Proyecto HU-CI., (2014),
- Consejería de Sanidad-Comunidad de Madrid. Plan de Humanización en las unidades de cuidados intensivos. Madrid: Proyecto HUCI; 2016.
- Manual de Buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos.



