

JUSTIFICACIÓN DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN

En las últimas décadas el desarrollo científico de las unidades de cuidados intensivos (UCI) ha sido espectacular, sin embargo, se han relegado las necesidades humanas y emocionales de los tres sectores implicados: pacientes, familias y profesionales.

Estas necesidades humanas abarcan un campo muy amplio y, en ocasiones, difícil de medir. Para el paciente: el dolor, la soledad, la falta de descanso, la sed, la ausencia de intimidad, el miedo, etc. Para los familiares: alejamiento de del ser querido e incertidumbre, sensación de impotencia, miedo y desconcierto. Para los profesionales es conocido el síndrome de desgaste profesional que conlleva apatía y falta de interés e implicación por parte del trabajador. Todas estas necesidades humanas acompañan de una peor recuperación de los pacientes, estancias más largas, mayores secuelas y la aparición del llamado síndrome post-UCI en los pacientes.

Conscientes de éste problema, también en la UCI del Hospital de Galdakao - Usánsolo, elaboramos el presente proyecto para la humanización de los cuidados intensivos de nuestro centro.

Las acciones a desarrollar deben cumplir dos requisitos: 1.- conjunto de medidas que integren todos los aspectos relacionados con la humanización, no medidas aisladas en aspectos parciales. Por eso se plantea un Plan de Humanización, no medidas particulares; 2.- Incluirse a todos los actores de la asistencia sanitaria, y dentro de los profesionales, a todos los estamentos.

El proyecto ha sido realizado por el Grupo para el Desarrollo de la Humanización en UCI (GDH-UCI), formado por Virginia Arnaiz Arnaiz (médico), Ainara Arana Azula (supervisora de la unidad) y Teresa Esteban Galbete (TCAE). El jefe del servicio, Perico Olaechea Astigarraga en los inicios del proyecto formó parte activa del mismo, posteriormente los sucesivos responsables han apoyado y comprometido con este proyecto.

OBJETIVOS

Objetivo principal: conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y empatía hacia el paciente crítico y las familias, incrementando nuestra capacidad de autocrítica y perseverando en nuestro permanente afán de mejora.

Objetivos específicos:

- Desarrollar estrategias de flexibilización de horario de visitas.
- Impulsar y mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales, pacientes y familiares.



- Mejorar y garantizar el confort del paciente, en el aspecto físico, psicológico, espiritual y ambiental.
- Dimensionar el impacto del síndrome de desgaste profesional, fomentar su detección y reducir las consecuencias negativas sobre los profesionales sanitarios, los pacientes y la propia institución.
- Estudiar la dimensión del síndrome post-UCI en nuestros pacientes.

DESARROLLO, EJECUCIÓN Y DESPLIEGUE

En 2016 se creó el Grupo para el Desarrollo de la Humanización en UCI, elaborando un plan que contaba con 5 líneas de trabajo, se planteaba la posibilidad de conseguir una certificación externa que nos guiara en el proceso de humanización y que sirviera de reconocimiento de dicha actividad, para ello contamos con el grupo internacional de trabajo "Proyecto H-UCI", el proceso se inició en 2019, el plan contenía un total de 160 estándares de buenas prácticas distribuidos en 7 líneas estratégicas que en su mayoría se han conseguido cumplir, a pesar de la irrupción de la pandemia, y que describimos a continuación.

1.- UCI DE PUERTAS ABIERTAS: PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS.

Conlleva: Flexibilización del horario de visitas contando con la sensibilización de profesionales, facilitando la accesibilidad de los familiares, favoreciendo el contacto y la relación ente familia y paciente; integrar a las familias en los cuidados y en el proceso de atención; detectar las necesidades psicológicas y emocionales de las familias.

Anteriormente, había un **horario** restringido de dos horas de visita al día, actualmente se ha ampliado la duración a 7 horas.

Esta ampliación de horario ha exigido una serie de cambios:

- Se designa desde el ingreso la figura del cuidador o **cuidadores principales**, 1 o 2 personas que, individualmente, acompañarán al paciente siempre que lo deseen en el horario establecido. El cuidador principal es una figura fundamental para situaciones trascendentes como: recibir la información médica y tomar decisiones, participación en los cuidados, prevención del delirio...Estas personas serán identificadas en el ingreso y sus datos constarán en el apartado correspondiente del programa informático (ICCA).
- Se permiten las visitas de **menores** (estaban prohibidas), salvo casos excepcionales. Previamente se tiene que instruir al menor y acordar el momento más favorable, evitando situaciones traumáticas.

- La presencia de la familia durante largos periodos exige cambios en la **dinámica de trabajo del personal**:
 - cambio en el papel del familiar que pasa a ser colaborador de determinadas rutinas como el aseo del paciente (siempre que paciente y familiar lo deseen). Se les ofrecerá formación in situ con pautas de actuación para la realización de la actividad. Vamos a emitir videos formativos a través del canal youtube de la OSI Barrualde Galdakao,
 - éste hecho conlleva implicación por parte de la enfermería a la hora de explicar los procedimientos y en ocasiones dosis de paciencia, es fundamental que las ratios enfermería- paciente sean acordes a las necesidades reales de la UCI.

La **información** sobre horario junto con la dinámica de atención al paciente y otras informaciones relevantes se suministrará a las familias al ingreso del paciente en un **tríptico** diseñado durante la elaboración del presente plan.

Se ha elaborado una **guía para familiares y allegados** donde se explica el funcionamiento de la unidad, se informa sobre horarios, accesos, teléfonos de interés y además, se explica los aparatos y sistemas que pudiera portar el paciente crítico, y como pueden colaborar y participar en los cuidados. También se incluyen una serie de recomendaciones de autocuidado para ellos mismos. Tanto la “Guía para familiares y allegados” como el “Tríptico de información” pueden ser consultados a través de un QR. (**Anexo I**)

Se han elaborado recomendaciones de fácil lectura para el cuidado de los propios familiares (**cuidados al cuidador**), colocadas en salas de espera y pasillos de acceso.

Si detectamos necesidad de **apoyo psicológico** en el familiar, contactamos con el Servicio de Psiquiatría quienes valorarán sus necesidades psicológicas.

2.- COMUNICACIÓN.

Impulsar y mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios, pacientes y familiares, fomentando la integración de pacientes y familiares en los cuidados del propio paciente.

Se ha desarrollado un **protocolo de traspaso de información entre profesionales**. Se ha instaurado el cambio de guardia en presencia de Médicos adjuntos, residentes, la supervisora de enfermería de la unidad, enfermera, auxiliar y fisioterapeuta, serán partícipes de la información sobre gravedad, pronóstico, técnicas y exploraciones a realizar, previsión de alta o traslado...intentando compartir una planificación conjunta y una información real de la situación del paciente. Este traspaso de información conjunto se extiende a los cambios de guardia de los sábados y festivos. Igualmente se ha establecido



el pase de visita y la prescripción terapéutica como una rutina llevada a cabo conjuntamente por médicos y enfermeras.

Debe existir una adecuada y empática comunicación **con las familias**, la información la ofrece el médico responsable dentro del box del paciente y la enfermera responsable acompañará al médico en dicho acto.

Siendo conscientes de las dificultades de algunas familias para estar presentes en dicho horario, se ofrece la posibilidad de dar **información telefónica**. Igualmente, se deberá posibilitar la información a familiares en euskera.

La presencia prolongada de la familia exige tener ciertas habilidades en la comunicación. Se ha realizado **formación** en éste sentido.

La comunicación con el paciente crítico está dificultada en muchas ocasiones por la debilidad y la intubación orotraqueal. La tendencia actual de reducir la sedación y mantener despiertos a los pacientes en ventilación mecánica incrementa el número de pacientes que sufren este problema, por ello se ha elaborado un **protocolo de comunicación** con el paciente ingresado en la UCI donde se contempla:

- Valoración de la deglución y la fonación: por el fisioterapeuta de la unidad y en caso necesario por el servicio de ORL.
- Se cuenta con una serie de “tableros” que representan las necesidades básicas, el alfabeto, palabras, enunciados completos, y dibujos del cuerpo humano.
- Para los pacientes extranjeros, contamos con un dispositivo traductor.

La presencia de la familia durante más tiempo va a permitir la detección de las necesidades inmediatas del paciente (frio, sed, dolor) y va a mejorar la comunicación con el paciente con dificultades.

3.- BIENESTAR DEL PACIENTE.

En este apartado comentamos las medidas encaminadas al cuidado de lo tangible y de lo intangible: manejo multidisciplinar basado en un paquete de medidas conocido como ABCDEF Bundle (awakening and breathing coordination, choice of drugs, delirium monitoring and management, early mobility and family engagement).

- A) • **CUIDADO DE LO TANGIBLE:** Pretende controlar del dolor, realizar sedación dinámica, prevenir, identificar y tratar el delirio, junto con otras medidas que disminuyan las molestias físicas menos evidentes (sed) o que minimicen la pérdida de fuerza y masa muscular para favorecer la recuperación motora precoz y la autonomía del paciente.

Dentro del **protocolo de manejo del dolor, sedación y delirio de la UCI**, se ha actualizado y modificado el apartado de prevención del delirio. Siendo conscientes de que no existe una estrategia farmacológica para la

prevención del mismo, se ha dado gran relevancia a las estrategias no farmacológicas para su prevención:

- Se implanta **el uso de escala de detección precoz del delirio**. (escala CAM-ICU).

- **Se promueve la movilización precoz**, incluso en pacientes en ventilación mecánica, lo que mejora los resultados funcionales de los pacientes, atenúa las complicaciones del reposo en cama y las secuelas de la debilidad adquirida en UCI. Se posibilita la deambulación precoz dentro del box. Conlleva, disminución de la depresión y ansiedad de los pacientes.

Los programas de movilidad precoz requieren más personal y tiempo por lo que se ha incluido un celador y un fisioterapeuta a tiempo completo para el éxito del programa.

- **Fisioterapia precoz**: rehabilitación una vez pasada la fase de mayor inestabilidad y si es posible con presencia familiar facilitando su participación.
- **Retirada precoz de dispositivos** que interfieran en la movilización.
- **Respeto del sueño**, optimizando el entorno adoptando las siguientes medidas:
 - Disminuir la intensidad de la luz y el ruido.
 - Evitar la toma innecesaria de constantes que interfieran el sueño.
 - Evitar los estímulos innecesarios para el paciente.
 - Suministrar a los pacientes que lo deseen tapones para oídos y antifaces.
 - Disminuir el tono y frecuencia de las alarmas.
 - Cerrar las puertas de los boxes, siempre que sea viable.
- **Evitar las sujeciones mecánicas**. Ello conlleva la necesidad de una mayor vigilancia visual de los pacientes.
- **Evitar la sed**. En el paciente intubado utilizar sprays de agua helada y lavar frecuentemente la cavidad oral. En el resto de pacientes valorar la necesidad de dieta absoluta y pautarla en casos estrictamente necesarios.
- **Reiniciar la medicación psiquiátrica** lo antes posible.
- **Promover la reorientación**: flexibilizar los horarios para el acompañamiento familiar. Sugerir a la familia que aporten un reloj, calendario, fotos, gafas, audífono, etc.

- B) • **CUIDADO DE LO INTANGIBLE**: La soledad, el aislamiento, la pérdida de dignidad, la falta de intimidad, la incertidumbre, la incompreensión, la sensación de tiempo eterno, la sensación de enclaustramiento... hacen que muchos de los pacientes que sobreviven a la UCI refieran su estancia como uno de los peores recuerdos de sus vidas. La atención a estos aspectos es clave en el presente plan de humanización. Parte de éstos

problemas y sus posibles formas de abordaje se han descrito en los apartados anteriores. Otros aspectos a tratar:

- Permitir el uso de **dispositivos electrónicos** por el paciente, con una normativa sobre uso y restricciones. Se han instalado televisores y wifi en todos los boxes.
- La sensación de enclaustramiento y de monotonía puede mitigarse en algunos pacientes con la realización de “**paseos que curan**”, atención que se ha protocolizado en la unidad.
- La posibilidad de acercamiento de la mascota del paciente durante la realización de esos paseos.
- Se ha ubicado, en un armario de la unidad, una serie de pasatiempos, libros de lectura y juegos de mesa para entreteniendo de pacientes y familiares.

4.- CUIDADOS AL PROFESIONAL

Los profesionales sanitarios vivimos nuestro trabajo desde una perspectiva profundamente vocacional que proporciona una gran satisfacción personal cuando las expectativas se cumplen, pero, cuando las cosas no van bien, el desgaste emocional es considerable. Si éste desgaste confluye con una ausencia de cuidado de la propia salud y el bienestar aparece el llamado “Síndrome de burnout”.

Algunos aspectos relacionados con el desgaste profesional no pueden ser abordados por este Plan de humanización, sino que tendrían que ser afrontados por otros sectores, son ejemplos: la adecuación de la plantilla tanto de facultativos como de enfermería a las cargas de trabajo reales, la falta de reconocimiento salarial según los objetivos alcanzados, pérdida de motivación para la carrera profesional, etc.

El plan ha permitido:

- **Evaluación del desgaste profesional:** El síndrome de burnout fue evaluado en la unidad en el año 2018 y se reevaluará en 2023. Es necesario cuantificarla, para tratar de actuar sobre los factores desencadenantes y ofrecer vías protocolizadas de ayuda a los profesionales que lo necesiten.

- **Abordaje de los factores desencadenantes:** Una buena parte del síndrome de desgaste profesional se debe a desconocimiento de los riesgos que comporta nuestra actividad, tanto por los pacientes a los que tratamos, como el espacio físico y las técnicas que realizamos. Tener una clara percepción y conocimiento del riesgo real, puede ser un arma poderosa para prevenir el desgaste profesional.



-Factores de tipo físico, fundamentalmente el ruido. Se ha instalado un detector de ruido que se ilumina a partir de ciertos decibelios (**Sound-Ear**).

- Factores biológicos: en ocasiones el personal sanitario muestra temor por los riesgos de infección ante determinadas patologías. Nos comprometemos a trasladar la información que, sobre este tema, haya elaborado el Servicio de **Medicina Preventiva** y facilitar las vías de búsqueda de protocolos en la intranet de la OSI.

- Riesgos por irradiación: se generan dudas en el personal sobre el riesgo de irradiación tanto para ellos cómo para los pacientes. Junto con la Unidad de Riesgos Laborales se ha elaborado un listado de profesionales con exposición a radiaciones ionizantes, el grado de formación y de protección frente a dicha radiación.

- Fatiga física: la movilización precoz de los pacientes es un hecho que tratamos de implementar a través del presente plan, pero supone un esfuerzo físico no desdeñable para el personal de la unidad. Desde hace 2 años contamos con un celador asignado a la unidad para ayudar en estas actividades.

●**Protocolizar vías de ayuda a los profesionales afectados por el síndrome de burnout:** a pesar de las medidas implantadas, este síndrome seguirá estando presente entre el personal de la unidad, se está estudiando establecer una ruta de actuación, para el profesional afectado, a través del Servicio de Salud Laboral.

5.- SINDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS.

El Síndrome postUCI (PICS) es una entidad recientemente descrita que afecta a un número no desdeñable de pacientes de larga estancia (del 30 al 50%), además de afectar a sus familiares (PICS-F). Incluye síntomas físicos (dolor persistente, debilidad adquirida en UCI, malnutrición, morbilidad pulmonar); síntomas neuropsicológicos (déficits cognitivos) y problemas de salud mental (ansiedad, depresión, estrés postraumático, delirio).

Prevención del PICS: el mejor modo de combatir el PICS es su prevención y la implantación del presente Plan de Humanización es la mejor herramienta de la que disponemos para prevenirlo.

Se ha proyectado la creación de una consulta para seguimiento de estos pacientes que se pondrá en funcionamiento próximamente y que implica en primer lugar **la identificación de pacientes** con riesgo de sufrir PICS al alta de la unidad en base a criterios como el tiempo de estancia en la UCI, la presencia de shock, la parada cardiorrespiratoria, la necesidad de ventilación mecánica... y en segundo lugar el seguimiento en una **consulta multidisciplinar** que evalúe



los problemas funcionales, cognitivos y psicológicos y permita dotar de los recursos necesarios al paciente.

Igualmente, el cuidado de un paciente convaleciente conlleva una sobrecarga física y emocional para los familiares, fundamentalmente para el cuidador principal, en aras de ofrecer ayuda a éstas personas hemos planificado la creación de una consulta para evaluar y tratar el síndrome **PICS en familias**, PICS-F.

6.- CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.

Se ha elaborado un protocolo multidisciplinar que pretende adecuar los cuidados al final de la vida y cubrir las necesidades físicas, psíquicas emocionales y espirituales del paciente y sus familiares. A su vez dicho protocolo recoge la siguiente información: registro de las decisiones en el evolutivo médico y en el de enfermería y Gadget habilitados para ello; planificación compartida de la atención (formularios habilitados en el programa informático ICCA y Osabide); registro legal de voluntades anticipadas; guía para consulta al comité de ética asistencial, si fuera necesario; alerta LET-ONIR en Osabide y en ICCA; alerta LTSV en Osabide y en ICCA.

En las familias, tenemos que favorecer la despedida, podemos acoger, acompañar y tratar de satisfacer sus necesidades

7.- INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

La implementación del presente plan nos ha llevado a intentar convertir los espacios físicos en espacios humanos, fomentar un ambiente saludable y garantizar el confort de los pacientes, familiares y profesionales.

1.- Se han **realizado modificaciones estructurales que fomentan el confort del paciente** (preservar intimidad, mejorar la comunicación exterior, entretenimiento)

- Instalación de televisores en los boxes y wifi para uso de los pacientes.
- Colocación de vinilos en las cristaleras preservando la intimidad sin perder capacidad de vigilancia.
- Control individual de la intensidad de la luz.
- Adquisición de kits de descanso (tapones de oídos+ antifaz).
- Adquisición de 2 biombo: preservar la intimidad en situaciones especiales.
- Posibilidad de acceder a la terraza cubierta colindante.
- WC portátil.

2.- **Modificaciones estructurales que faciliten la permanencia de los familiares.**



- Adquisición de sillas y percheros en los boxes
- Modificaciones en las salas de espera:
 - Se ha habilitado aseo de visitas adaptado a la normativa vigente para uso de personas con movilidad reducida.
 - Se ha construido una sala de espera con mayores comodidades (sofás, mesas), con máquinas expendedoras de bebidas calientes y frías. Permite el descanso y la estancia confortable en situaciones especiales o de mayor gravedad.

3.- Modificaciones estructurales en la **sala de información**.

RESULTADOS

Culminada la mayoría de las buenas prácticas del plan de humanización con la ayuda de Proyecto HU-CI, fuimos auditados por AENOR, empresa de certificación externa quién emitió un informe que nos avala como una HUCI con un nivel avanzado en humanización. Los resultados: a nivel global se observa un elevado porcentaje de cumplimiento de un 88,13% del total de buenas prácticas recogidas en el manual, 141 acciones cumplidas, 12 en proceso y 8 no se cumplen del total de 160 prácticas. Al desglosarlas por grado de relevancia, se cumplen el 97.7% de las obligatorias, el 96.43% de las elementales y el 66.67 % de las deseables.

En dicho informe destacan como puntos fuertes: el gran trabajo realizado por todo el equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Galdakao (Bizkaia). El grado de cumplimiento de las buenas prácticas que es muy elevado y de alta calidad. Ha quedado patente la gran ilusión y empeño puesto en la realización de este proyecto, con el desarrollo y puesta en marcha de gran cantidad de medidas que no son de fácil consecución en un tiempo limitado. Eso trasluce una importante cohesión en el equipo y una cultura de humanización construida y trabajada previamente que han facilitado la consecución de los objetivos.

Igualmente, proponen áreas de mejora fundamentalmente en lo relacionado con el registro de asistencia en actividades formativas o la ausencia de programa de alguna de éstas actividades.



EVALUACIÓN Y REVISIONES

En el plazo de 2 años se pasará una nueva auditoría de AENOR en la que deberemos demostrar que se han solventado los problemas descritos y en la que ha de demostrarse la implementación del seguimiento del PICS.

Además, en el proyecto se ha identificado varias áreas y buenas prácticas en las que la opinión de los agentes sanitarios resulta esencial para evaluar y mejorar las acciones que se han adoptado. Es necesario conocer el impacto de la implantación de las medidas. Estas áreas son: horario de visitas de familiares, información a familiares y pacientes, humanización de la infraestructura de familiares y pacientes, comunicación entre los profesionales, calidad percibida en el bienestar del paciente durante su estancia en UCI, percepción de los profesionales sobre el desarrollo de la humanización en UCI, síndrome de desgaste profesional.

Para estas áreas el Grupo de Desarrollo de la Humanización en UCI, junto con la Unidad de Calidad y la Unidad de Investigación elaborará las encuestas de medición del grado de satisfacción. El momento de su realización dependerá del área a la que se refiera. Idealmente, para algunos parámetros, sería preferible realizar la encuesta antes y después de realizada una acción, pero probablemente no será posible para la mayoría de ellas debido al retraso que supondría en la implantación de dicha medida, por lo que consideraremos válido el obtener fotos puntuales de lo que ocurre en ese momento.

El análisis de estas encuestas se dará a conocer al personal de la Unidad y a la Dirección del Centro.