

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**UNIDAD DE POST GRADO**



**CUIDADOS HUMANIZADOS POR ENFERMERAS A PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS  
DEL HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”, TERCER TRIMESTRE  
2018**

**POSTULANTE: Lic. Marisol Santusa Choque Paxipati**

**TUTORA: Dra. Karina Alcázar Espinoza**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA  
INTENSIVA**

**LA PAZ- BOLIVIA**

**2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darnos la oportunidad de vida y fortaleza necesaria para continuar en lo adverso, por guiarme en el sendero de lo sensato y darme sabiduría en las situaciones difíciles.

A mis padres que me han dado la existencia y en ella la capacidad por superarme, desear lo mejor en cada paso por este camino difícil y arduo de la vida. Gracias por ser como son porque su presencia, persona han ayudado a construir y forjar la persona que ahora soy. Pilar fundamental de mi formación personal, testigos de mis logros, por su cariño y su ejemplo.

Con todo amor y cariño a mi amado esposo Franklin Choque Mamani por su apoyo incondicional le debo gratitud eterna, sin él habría sido imposible lograr la culminación de esta Investigación

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la culminación de esta Investigación “Propuesta de Intervención”; de manera muy especial a la Dra. Patricia Alcázar, quien supo brindarme de manera inconmensurable no solamente la guía académica en el proyecto, sino también su apoyo para realización del mismo.

Con la misma gratitud reconocer a la Lic. Soledad Quispe y Lic. Justa Cruz, por la colaboración, por los conocimientos y tiempo brindados durante la elaboración de la investigación, sin los cuales difícilmente habría logrado el objetivo.

Al personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” por permitirme realizar el estudio en la Institución y por su gentil asistencia que se me brindo.

## INDICE DE CONTENIDOS

I.INTRODUCCION .....	1
II.JUSTIFICACION .....	3
III.ANTECEDENTES.....	5
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
4.1. Formulación de la Pregunta de Investigación.....	10
V.OBJETIVOS.....	11
5.1. Objetivo General.....	11
5.2. Objetivos Específicos .....	11
VI.MARCO TEORICO.....	12
VII.DISEÑO METODOLOGICO .....	30
7.1.Tipo de estudio .....	30
7.2.Área de estudio .....	30
7.3.Técnicas y procedimiento.....	32
7.4.Universo y Muestra.....	33
7.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	33
7.6. Operacionalización de Variables.....	33
VIII.CONSIDERACIÓN ÉTICA.....	36
IX.RESULTADOS.....	37
X.CONCLUSION.....	51
XI.RECOMENDACION.....	53
XII.BIBLIOGRAFÍA .....	55
XIII.ANEXOS.....	57
a)Consentimiento Informado .....	57
b) Cuestionario .....	58
c) Cronograma .....	62
d) Fotografía.....	63

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Descripción porcentual según edad y sexo de las enfermeras encuestadas.....	37
Tabla 2 Descripción porcentual según filiación religiosa de las enfermeras.....	38
Tabla 3 Tasa porcentual según años de trabajo como enfermeras terapistas en la UCIP.....	39
Tabla 4 Descripción porcentual según grado de estudio de las enfermera.....	40
Tabla 5 Descripción porcentual según conocimiento sobre la teoría de la comprensión facilitada, proceso de participación familiar y humanización de las enfermeras .....	41
Tabla 6 Descripción porcentual de la perspectiva de enfermería acerca de las normas y estrategias que contemplen la humanización .....	42
Tabla 7 Descripción porcentual relacionado con la participación de los padres en los cuidados de enfermería .....	43
Tabla 8 Descripción porcentual relacionado al cuestionamiento del trabajo de enfermería mediante la observación directa por los padres.....	45
Tabla 9 Descripción porcentual relacionada a los horarios de visita.....	46
Tabla 10 Descripción porcentual relacionado a la comunicación “personal de salud familia”.....	47
Tabla 11 Descripción porcentual relacionado a la perspectiva del proceso de informativo “medico- enfermera”.....	48
Tabla 12 Descripción porcentual de los cuidados de enfermería relacionada al diseño de la UCIP.....	49
Tabla 13 Descripción porcentual relacionada a la participación de los padres durante la RCP.....	50

## GLOSARIO DE TERMINOS

<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>RCP:</b>	Reanimación Cardiopulmonar
<b>HU-CI:</b>	Humanizando los Cuidados Intensivos
<b>APP:</b>	Asociación Americana de Pediatría
<b>CCF:</b>	Cuidados Centrados en la Familia.
<b>CCPF:</b>	Cuidados centrados en el Paciente y la Familia.
<b>UCIP/PICU:</b>	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
<b>APP:</b>	Asociación Americana de Pediatría

## RESUMEN

**Introducción.-** Los avances Científico-Tecnológicos han mejorado de forma evidente la práctica médica, pero este progreso no ha ido acompañado paralelamente en sus aspectos “humanos”.

**Objetivo.-** Determinar los cuidados humanizados por enfermeras a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer Trimestre 2018.

**Material y métodos.-** El estudio fue descriptivo de corte transversal. El trabajo se realizó con la población de 25 licenciadas en enfermería. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario validado.

**Resultados.-** La caracterización se encuentra representado por el sexo femenino con un 92%, de 31 a 40 años con el 44%, el 80% son católicos, el 52% tienen de 2 a 4 años de trabajo como enfermeras Terapista, el 72% cursaron estudios de Post Grado en el área de Terapia Intensiva, el 12% tiene conocimiento acerca de la Teoría de comprensión facilitada, participación familiar y humanización. El 80% indica no contar normas y estrategias que contemplen la humanización.

Los cuidados humanizados relacionados a la participación de los padres el 48% permiten realizar cuidados integrales, el 92% indican que se cuenta con horarios de visita establecidos de 30 minutos, el 84% indica que el médico es el encargado de brindar información a los padres, el 12% de los médicos hacen partícipes a los padres durante la RCP.

**Conclusión.-** Los cuidados humanizados en relación a la participación de los padres son: cambiarles el pañal, alimentarles, bañarles, cantarles, tocarles, cambios posturales, darles la mano, confort, fisioterapia. Se cuenta con 30 minutos de visita por la mañana y tarde. Los cuidados en relacionando al diseño son: apagar luces, uso de antifaces, tapones para los oídos, vestir a pacientes estables, permite el acceso a teléfono móvil y equipos informáticos.

Pese a la recomendación de Ética de la AHA no se hace partícipe a los padres durante la RCP.

**Palabra Clave.-** Cuidados humanizados por enfermeras –UCIP

## SUMMARY

**Introduction.** - Scientific-Technological advances have clearly improved medical practice, but this progress has not been paralleled in its "human" aspects.

**Objective.** - To determine the humanized care provided by nurses to hospitalized patients in the Pediatric Intensive Care Unit of the Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría ", Third Trimester 2018.

**Material and methods.**- The study was descriptive of cross section. The work was carried out with the population of 25 nursing graduates. The data collection was done through a validated questionnaire.

**Results.**- The characterization is represented by the female sex with 92%, from 31 to 40 years with 44%, 80% are Catholics, 52% have from 2 to 4 years of work as nurses Therapist, the 72 % attended postgraduate studies in the area of Intensive Therapy, 12% have knowledge about the Theory of understanding facilitated, family participation and humanization. 80% indicate not having norms and strategies that contemplate humanization.

Humanized care related to the participation of parents 48% allow comprehensive care, 92% indicate that there are established visiting hours of 30 minutes, 84% indicate that the doctor is in charge of providing information to parents , 12% of physicians participate with parents during CPR.

**Conclusion.**- The humanized care in relation to the participation of parents are: change their diapers, feed them, bathe them, sing them, touch them, postural changes, shake their hands, comfort, physiotherapy. It has 30 minutes of visit in the morning and afternoon. The care in relation to the design are: turn off lights, use of masks, earplugs, dress stable patients, allows access to mobile phone and computer equipment.

Despite the recommendation of the AHA Ethics, parents are not involved during CPR.

**Keyword.** - Humanized care for nurses –UCIP.

## **I. INTRODUCCION**

Los avances científico-tecnológicos han mejorado de forma evidente la práctica médica, pero este progreso no ha sido acompañado paralelamente en sus aspectos humanos. Los pacientes son desvestidos físicos, despersonalizados por el sistema, que se olvida de sus necesidades emocionales y los convierte en objeto de estudio médico. (1)

Los hospitales son lugares hostiles, el paciente y su familia perciben el ingreso con angustia y preocupación ante la enfermedad, estas emociones se incrementan por situaciones extremas en el límite vida-muerte. (2)

Los pacientes críticos necesitan una atención cálida y confortable ya que son vulnerables, se enfrentan a una enfermedad terrible con muchas incomodidades derivadas de su enfermedad. (3)

La UCI es un lugar hermoso ya que da vida, pero también es un lugar hostil, con luz excesiva y ruido permanente provocado por respiradores, alarmas de monitorización y frecuentes conversaciones de profesionales (muchas veces inadecuadas), que causan molestias, son distorsionadas por la medicación y provocan una mayor confusión. Los pacientes además tienen dolor, miedo, dificultad para dormir, desorientación y se encuentran separados de su familia por una política de visitas restrictiva. (4)

Numerosas publicaciones nos advierten de la necesidad de realizar este cambio, ya que los miembros del entorno familiar presentan una alta prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión. (5)

El eje central ha sido siempre la recuperación física del niño; sin embargo en la actualidad es importante el impacto emocional sobre él y su familia, considerado una

parte fundamental de nuestro trabajo; debemos aliviar su sufrimiento promoviendo valores de confianza con los que puedan afrontar la enfermedad.

La estancia en el hospital y mejorar aspectos de nuestra organización para conseguir una UCI más confortable y humana. (6)

La interacción familia- enfermera es importante para propiciar una atención integral siendo un derecho a estar acompañado de sus padres o de las personas que los sustituya el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria (Carta de derechos de los niños hospitalizados, del defensor del menor en la comunidad de Madrid). (7)

Estas áreas de trabajo abarcan aspectos relacionados con los horarios de visita, la comunicación, el bienestar del paciente, la participación de las familias en los cuidados, la arquitectura e infraestructura humanizada y los cuidados al final de la vida.(9)

## II. JUSTIFICACION

El ingreso de un niño a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos afecta tanto al paciente como a la familia. Los familiares experimentan ansiedad, depresión, estrés, emociones negativas, incluyendo sentimientos de culpa e impotencia, soledad y desesperanza. Estos factores estresantes se acentúan al estar asociados culturalmente, a la idea de sufrimiento y riesgo de muerte inminente.

Desde 1925, inicialmente en Europa y luego en otros continentes, se han hecho esfuerzos para que la madre pueda acompañar a su hijo hospitalizado. Se ha observado efectos beneficiosos en la calidad de la atención médica, mantención del rol afectivo y estado nutricional, disminución de la infección nosocomial, mejoría de la reacción de duelo y menor costo por hospitalización, aunque se han presentado dificultades, éstas son menores y solucionables, relacionadas con trastornos de la dinámica familiar, angustia y ansiedad materna, alteraciones de convivencia y comunicación.

Las necesidades de la familia son cognitivas (necesidad de recibir información clara sobre el diagnóstico y pronóstico), emocionales (consecuencia de la tristeza por la enfermedad), sociales (necesidad de mantener relaciones con amigos para recibir apoyo emocional) y prácticas (aspectos ambientales que pueden mejorar el bienestar durante su ingreso en UCI).

En este contexto, intervenciones realizadas para que la familia entienda lo que está pasando y lo que debe hacer fomentan la sensación de tranquilidad, confort, seguridad; favorece la adaptación y previene resultados psicológicos adversos. Las actividades simples como cambiarles de pañal, alimentarles, bañarles, cantarles, tocarles, cambiarles de posición o darles la mano puede tener beneficios significativos para los niños y sus padres , como disminuir la ansiedad de ambos, aumentar la satisfacción de los padres, disminuir el dolor, reducir la duración de la estancia hospitalaria ,disminuir la tensión entre el equipo y la familia.

Es por eso que es necesario evaluar la acogida e incorporación de los familiares en los planes de cuidado en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y motivar a los profesionales de enfermería para que retomen la familia como un paciente legítimo y como una entidad que puede en sí misma necesitar de cuidados de enfermería y de autocuidados.

Estudios demostraron que la Restricción familiar “no es cuidado, no demuestra compasión, no es necesaria”, y que su participación activa constituye una estructura de apoyo que disminuye la aparición de delirios, síndromes psicóticos y alteraciones afectivas. Reduce el aburrimiento, el estrés, la ansiedad.

Promociona la recuperación, la felicidad, la satisfacción; facilita la educación, la comunicación, y disminuye las complicaciones cardiovasculares, lo que redundaría en una disminución de la actividad autonómica (menor tono vasomotor, menor trabajo del ventrículo izquierdo, menor actividad plaquetaria) y un perfil hormonal más favorable (descenso de TSH, cortisol).

Cuidar humanamente lleva consigo beneficios tanto para los profesionales de Enfermería y al equipo multidisciplinario ya que proporciona un ambiente de trabajo ético, agradable, como para el paciente-familia, que pasa a ser el centro de la atención, siendo cuidado de forma holística e integral, comprometidos con una nueva actitud en el modo de cuidar.

El Hospital de Niño “Dr. Ovidio Aliga Uría”, sería el pionero en Bolivia, en contar con una Política de Humanización, caracterizado por una atención de trato amable, oportuno, personalizado y de respeto hacia la confidencialidad y dignidad del paciente.

Para ofrecer una Humanización de los Cuidados es necesario un cambio en las políticas de visitas y acompañamiento familiar en la UCIP. Buscar la excelencia requiere un cambio de actitud y compromiso ya no solo excelentes desde el punto de vista técnico, sino más humanos, contemplando al profesional de Enfermería como motor del cambio.

### **III. ANTECEDENTES**

#### **3.1. Participación familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Opinión de Enfermería**

Estudio realizado el 2013 por Ruiz A, Hospital Universitario General Gregorio Marañón Madrid; reflejar la opinión de los profesionales en enfermería, que desarrollan su labor asistencial, los resultados fueron que el ingreso de un niño en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, afecta tanto al paciente como a la familia.

La información y el apoyo aumentan su participación y hace que estos se involucren en el cuidado de su hijo. Muestra de acuerdo un régimen de puertas abiertas. Fueron capaces de reflexionar su práctica y modificarla para que el mundo que nos rodea sea más humano. (16)

#### **3.2. Buscando Humanizar los Cuidados Intensivos**

Estudio realizado el 2016 por Heras G. Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz, Madrid, Hospital Español - Montevideo, Uruguay; reflejan presencia y participación familiar en los cuidados, si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que lo desean, podrían colaborar en algunos cuidados básicos (el aseo personal, la administración de comidas o la rehabilitación), bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Teniendo un efectos positivos sobre el pacientes y el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía, comunicación de las partes implicadas.

No se ha relacionado con consecuencias negativas , se acompaña de cambios de actitud de los profesionales en relación a la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados y una mayor aceptación de la situación. Favoreciendo el proceso del duelo. (17)

### **3.3. Percepción de los familiares del paciente crítico acerca del apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.**

Estudio realizado el 2013 Colonia K. Lima, Perú; los resultados indica que 64% de los familiares percibe apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI en relación al aspecto emocional, tolerancia en la visita y escucha a al familiar; el 96% tiene una percepción de expresiones de afecto y apoyo, el 92% tiene percepción muy favorable en las dimensiones de información en forma clara y sencilla, el 50% tiene una percepción desfavorable sobre la flexibilidad en la visita a los familiares.  
(18)

### **3.4. Necesidades de las familias de pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos**

Estudio realizado el 2012 por Allende S. en la ciudad de Córdoba; reflejan que cuidar a la familia es uno de los principales centros de interés de la enfermería.

El 75% de los familiares tiene interés por aportar sobre el cuidado al paciente y recibir la información necesaria, el 71 % tiene la necesidad de acompañar al familiar, el 63% de los familiares se encuentran conforme con la atención que reciben por parte del servicio de enfermería. Solo el 58 % de los familiares, prefieren mantener una determinada privacidad al recibirá el informe del parte médico de paciente, mientras que la necesidad de comunicación con el profesional de la salud ocupa un 55% de interés.

Por lo tanto, de acuerdo al orden de importancia de las necesidades de los familiares serian: necesidad de participación en los cuidados del familiar; necesidad de información; necesidad de seguridad y confianza y por ultimo comodidad y confort.  
(19)

### **3.5. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos**

Elaborado el 2010 por Albístur M. Hospital Policial, Uruguay.

Los resultados indican que el 49% de las familias que no permanecían en el hospital porque no tolerar la angustia porque confiaban en que su familiar “estaba bien atendido” y que además “había que trabajar”.

El 66% verbalizaron sus preocupaciones en el sentido de “si se va a morir”, el 54% “si va a sobrevivir el episodio”. El 69% de las familias verbalizaron su inquietud con relación a la calidad de vida y 74% de ellos, lo querían “vivo y con calidad de vida” y 26%, “vivo, aun sin calidad de vida”.

El 90% manifestaban preocupación por el sufrimiento físico del paciente, el 97% de las familias se preocuparon respecto a “si el enfermo entendía lo que pasaba y lo que se le decía”, el 98% preguntaron si el paciente podía reconocerlos, el 93% si podían hablarle y 94% qué le podían decir a su familiar internado.

El 77% de las familias expresaron que la UCI “es el lugar donde se internan a los pacientes con riesgo de vida”; 7% que es el lugar donde “se les devuelve a la vida”; 14% la vivían como un “lugar angustiante” y 2% lo consideraron “un lugar caótico y agresivo”.

El 27%, especificaron que esperaban la atención “completa” del equipo de salud.

El 82% de las familias, la percibían incómoda y 85% manifestaban la necesidad de contar con mayor privacidad y confort,

El 84% manifestaron estar conformes porque “sólo les interesaba estar informados”. El 16% mostraron disconformidad, reclamando mayor confort (sillas y sillones) y mayor privacidad que la disponible.

En relación a la Comunicación 80% de las familias manifestaron haber comprendido lo expresado por el médico informante, y 17% expresaron confusión; el 72% lo percibieron “realista y seguro”, 11% “cauteloso” y 2% “angustiado y preocupado”.

(14)

### **3.6. El cuidado centrado en el paciente y la familia en la hospitalización pediátrica**

Elaborado el 2016 por Fernández I. Escuela Universitaria de Enfermería A Coruña; refleja búsquedas bibliográficas en bases de datos de ciencias de la salud y en bases de datos primarias. Se realizó la síntesis de los artículos agrupándolos en 4 líneas temáticas: Cuidados centrados en la familia y el paciente, opinión de los padres y su presencia, participación en el cuidado, presencia de los padres durante la realización de procedimientos invasivos y opiniones acerca del CCF de padres y profesionales.

El modelo de CCF es un modelo muy utilizado en los servicios de pediatría que contempla a la familia como parte inherente del paciente y la incluye dentro de la planificación y realización de los cuidados y los artículos revisados, respaldan la validez de este modelo y los efectos positivos que conlleva su aplicación. (13)

### **3.7. Sobrecarga emocional de las familias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

Realizada por Etxeberria J. Universidad de Navarra, España; refleja análisis de artículos y tesis se constata el impacto que supone el ingreso en UCI sobre las necesidades emocionales de los familiares y a partir de ahí se pudieron identificar factores que inciden con especial intensidad en la sobrecarga emocional que sufren los familiares en estas unidades: la política de visitas, la relación establecida entre la enfermera y la familia y la información transmitida por parte de los profesionales. De todo ello se concluye que existe una necesidad de atender las necesidades de los familiares mediante un abordaje multidisciplinar. (12)

### **3.8. Necesidades de la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos.**

Realizado el 2011 por Belio P, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra, España, los resultados indican que las necesidades de las familias son: cognitiva, emocional, social y práctica.

Este trabajo revela la importancia de que las enfermeras de Cuidados Intensivos identifiquen las necesidades que presenta la familia durante el ingreso del paciente en UCI para poder así prestar una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento que alivie el sufrimiento de los familiares. (11)

## **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El personal de Enfermería reúne todas las cualidades que se puede esperar de un buen profesional de enfermería terapeuta. Pero a pesar de ello en muchas ocasiones la sensación después del trabajo no era de total satisfacción, sentía que faltaba algo en los cuidados, que no había sido capaz de dar al paciente/familia todo lo que se podía ofrecer para que ese cuidado hubiera sido más completo.

He observado la alegría, la sorpresa, convertidos en el agradecimiento y respeto por hacer partícipes en los cuidados a los padres. Todo ello, ha provocado que fueran aflorando en mí un cúmulo de sentimientos y emociones que han arraigado en mi interior.

Con el paso de los años y el trato diario con los pacientes he tenido la posibilidad de ver cómo estos y sus padres viven, sienten los diferentes procesos de la enfermedad; estar cara a cara con la muerte, el dolor, la depresión, la desesperanza, en definitiva, el sufrimiento al mismo tiempo.

En el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliga Uría”, tiene una Reglamentación Normativa Restringida de Visitas UCI cerrada, limitándolas a dos sesiones de treinta minutos al día, sin implicación alguna de los padres en los cuidados del paciente.

En la actualidad se está produciendo un cambio paulatino en las Políticas Restrictivas en las Unidades de Terapias Intensivas, porque se ha demostrado que la liberación de las visitas influye positivamente en los pacientes produciendo un efecto positivo tanto en el estado emocional como en su recuperación.

La enfermera tiene un papel fundamental para permitir la participación de los padres en los cuidados y que supone un aspecto de calidad de los cuidados.

Es por eso que el personal de Enfermería del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliagas deberá interactuar con los padres para poder brindar una atención integral, evitando efectos psicológicos adversos y generar entornos terapéuticos humanizados.

#### **4.1. Formulación de la Pregunta de Investigación**

¿Cuáles serán los cuidados humanizados por enfermeras a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer Trimestre 2018?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo General**

¿Determinar los cuidados humanizados por enfermeras a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer Trimestre -2018?

### **5.2. Objetivos Específicos**

1. Describir la caracterización del personal de enfermería.
2. Identificar el grado de conocimiento sobre la teoría de la comprensión facilitada, proceso de participación familia en el cuidado de la persona en estado crítico, y humanización.
3. Describir los cuidados humanizados: participación de los padres, visitas familiares, comunicación y diseño a la UCIP.
4. Analizar la participación de los padres durante la Reanimación Cardiopulmonar o procedimientos Invasivos.

## VI. MARCO TEORICO

### 6.1. Cuidados humanizados intensivos

En una organización humanizada existe un compromiso personal y colectivo por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas, el entorno y uno mismo, especialmente cuando tomamos conciencia de la vulnerabilidad ajena y de la necesidad de ayuda de los pacientes.

Son muchas las líneas estratégicas que pueden considerarse a la hora de humanizar las UCI y todas ellas permiten un amplio margen de mejora.

Dentro del Proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos, se ha diseñado un marco conceptual con el objetivo de desarrollar acciones específicas que contemplen la humanización como una dimensión transversal de la calidad relacionados con los horarios de visita, la comunicación, el bienestar del paciente, la participación de las familias en los cuidados, el síndrome de desgaste profesional, el síndrome post-UCI, la arquitectura e infraestructura humanizada y los cuidados al final de la vida.



### **6.1.1. Flexibilización de los horarios de visita**

La política de visitas de familiares a los pacientes ingresados en la UCI ha seguido un modelo restrictivo al considerar que este enfoque favorece el cuidado y facilita el trabajo de los profesionales. Pero su fundamento real, ha sido más la costumbre y la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes. Las familias reclaman más tiempo y la posibilidad de compaginar las visitas con sus obligaciones personales y laborales. La experiencia de algunas unidades, como por ejemplo las UCI pediátricas y neonatales, donde la familia se considera fundamental en el cuidado integral del paciente, ha llevado a la necesidad de considerar otros modelos. En la actualidad la flexibilización de horarios o la instauración de “puertas abiertas” en la UCI es posible y beneficioso para pacientes, familiares y profesionales. Conseguir extender el modelo, requiere aprender de las experiencias positivas de algunas unidades, participación de los profesionales, formación, cambios en las actitudes y hábitos que permitan una modificación aperturista de la política de visitas, adaptada a la idiosincrasia de cada Unidad. La figura de “cuidador principal” puede favorecer la presencia de los familiares adaptado a las necesidades individuales de cada paciente y de su entorno.

### **6.1.2. Comunicación**

El trabajo en equipo en la UCI, imprescindible en cualquier ámbito sanitario, requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva. El traspaso de información (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no solo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y exigen procedimientos estructurados que los hagan más efectivos y seguros. Dar relevancia a este proceso, un liderazgo adecuado y el uso de herramientas que faciliten la participación multidisciplinar son elementos clave en la mejora de la comunicación.

Los conflictos entre los profesionales que integran los equipos de UCI son frecuentes, causados en muchas ocasiones por fallos en la comunicación.

Estos conflictos amenazan el concepto de equipo e influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia, generan desgaste profesional e impactan de forma negativa en los resultados. El entrenamiento en habilidades no técnicas y las estrategias de soporte pueden favorecer la cohesión de los equipos.

La información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI. En el paciente crítico, muchas veces incompetente, el derecho a la información se transfiere con frecuencia a sus familiares. Informar de forma adecuada en situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas, para las que muchos profesionales no han recibido formación específica. Una correcta comunicación con pacientes y familiares favorece un clima de confianza y respeto, y facilita la toma conjunta de decisiones. En general, no existen unas políticas específicas de cómo debe llevarse a cabo el proceso informativo en la UCI, siendo todavía frecuente la información limitada a una vez al día, sin adaptarse a las necesidades específicas de pacientes y familiares, y todavía en muy pocas ocasiones se contempla la información conjunta médico-enfermera.

La incapacidad de comunicarse o hablar de muchos pacientes críticos genera sentimientos negativos, son una fuente importante de estrés y frustración para paciente, familiares y profesionales. El uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación debe incorporarse sistemáticamente como herramienta para mejorar la comunicación en estos pacientes.

### **6.1.3. Bienestar del Paciente**

Son muchos los factores que causan sufrimiento y disconfort a los pacientes críticos. Los pacientes sufren dolor, sed, frío y calor, dificultad para descansar por exceso de ruido o iluminación y se ven limitados en la movilización, muchas veces por el uso de contenciones innecesarias, o en la comunicación. La valoración y control del dolor, la sedación dinámica adecuada a la condición del paciente y la prevención y el manejo del delirium agudo son piezas imprescindibles para mejorar el confort de los pacientes. Además de las causas físicas el sufrimiento psicológico y emocional puede ser muy elevado.

Los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión, entre otras. La evaluación y soporte a estas necesidades debe contemplarse como un elemento clave de la calidad asistencial. Asegurar una adecuada formación de los profesionales y promover medidas encaminadas a tratar o mitigar estos síntomas asegurando el bienestar de los pacientes constituye un objetivo principal en la atención del enfermo crítico.

#### **6.1.4. Presencia y Participación Familiar en los Cuidados**

Los miembros del entorno familiar presentan una alta prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Aunque en general los familiares desean participar en el cuidado, muchos considerarían permanecer junto a sus seres queridos, especialmente en momentos de alta vulnerabilidad, la presencia y participación de los familiares en la UCI es muy limitada. Las barreras se han centrado en el posible trauma psicológico y ansiedad que puede generar a la familia, la interferencia en los procedimientos, la distracción y el posible impacto sobre el equipo sanitario.

Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que lo desean, podrían colaborar en algunos cuidados básicos (el aseo personal, la administración de comidas o la rehabilitación), bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, ellos mismos y sobre el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas.

Aunque los estudios no son concluyentes la presencia de los familiares durante determinados procedimientos no se ha relacionado con consecuencias negativas, y se acompaña de cambios de actitud de los profesionales, como una mayor preocupación de los éstos en relación a la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación favoreciendo el proceso del duelo.

### **6.1.5. Arquitectura e Infraestructura Humanizada**

El entorno físico de las UCI debe permitir que el proceso asistencial se realice en un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares. Existen guías publicadas (Evidence Based Design) que buscan reducir el estrés y promover el confort centrados en las mejoras arquitectónicas y estructurales de las UCI adecuadas a los usuarios y a los flujos de trabajo por proceso. Contemplan condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario, y decoración. Estas modificaciones pueden influir positivamente en los sentimientos y en las emociones favoreciendo espacios humanos adaptados a la funcionalidad de las unidades. Otros espacios como las salas de espera deben rediseñarse de manera que se conviertan en “salas de estar” y ofrezcan un mayor confort y funcionalidad a las familias.

### **6.1.6. Cuidados al Final de la Vida**

Los cuidados paliativos e intensivos no son opciones mutuamente excluyentes sino que debieran coexistir durante todo el proceso de atención del enfermo crítico. Aunque el objetivo fundamental de los cuidados intensivos es restituir la situación previa al ingreso del paciente, en ocasiones esto no es posible y debe modificarse de forma dinámica y orientarse a reducir el sufrimiento y ofrecer los mejores cuidados, especialmente al final de la vida. La atención paliativa busca proporcionar un cuidado integral del paciente y su entorno con intención de permitir una muerte libre de malestar y sufrimiento para el paciente y familiares de acuerdo con sus deseos y estándares clínicos, culturales y éticos.

La limitación de soporte vital, frecuente en el enfermo crítico debe realizarse siguiendo las guías y recomendaciones establecidas por las sociedades científicas. Debe aplicarse integrada en un plan de cuidados paliativos global, de forma multidisciplinar con el objetivo de cubrir las necesidades de los pacientes y familiares tanto físicas, como psicosociales y espirituales. La existencia de protocolos específicos y la evaluación periódica de la atención ofrecida constituyen requisitos básicos.

Las complejas decisiones que se toman en torno a los enfermos críticos al final de la vida pueden producir discrepancias entre los profesionales sanitarios y entre estos y los familiares. Los profesionales deben disponer de las competencias y herramientas necesarias para la resolución de estos conflictos incorporando la discusión abierta y constructiva en estas situaciones como estrategias de afrontamiento para reducir la carga emocional derivada de las mismas. (15)

## **6.2. Participación Familiar**

Se hace evidente la responsabilidad que posee el profesional de enfermería para identificar oportunamente a aquellos familiares que podrían asumir el rol de cuidador, darlo a conocer y realizar el registro correspondiente en la historia clínica.

Este proceso de identificación del cuidador requiere que el profesional de enfermería posea una adecuada competencia en entrevista clínica, relación de ayuda, valoración y diagnóstico de respuestas humanas de afrontamiento, desesperanza, impotencia, déficit de conocimientos y manejo del régimen terapéutico, además de habilidades en el uso de técnicas de comunicación en situaciones difíciles, uso de escalas de valoración de la función familiar, establecimiento de relaciones empáticas, escucha activa y un modelo de práctica orientado al paciente .

La teoría de Parce considera la práctica de enfermería “una participación intersubjetiva que permite guiar al familiar en la elección de las posibilidades en el proceso cambiante de la salud”. Ello es fundamental tanto en el proceso de participación familiar como en la estancia de un paciente en la unidad de cuidado intensivo, porque los dos suponen la toma constante de decisiones. Antes, dicho se procesó se basaba en los modelos paternalista y de autonomía del paciente o su sustituto, pero ha evolucionado hasta el modelo actual, en el cual la opinión del personal de salud, el paciente y su familia sustentan una toma de decisiones compartida y de común acuerdo; tendencia que disminuye la ansiedad de las familias, tiene en cuenta los deseos del paciente y le permite al equipo de salud facilitar el proceso. Con base en el actual modelo, el proceso de participación familiar implica la toma de decisiones multidisciplinarias.

El establecimiento de un clima compartido favorece la relación de los agentes implicados: paciente, familia y profesionales de salud, de forma que se exponen todas las opciones disponibles, las consecuencias de cada decisión y se utilizan los medios de apoyo necesarios para facilitar el proceso. Ello hace imprescindible que el personal sanitario posea las suficientes habilidades de comunicación, facilitación y destrezas en el manejo de conflictos, de manera que el proceso se lleve a cabo bajo las mejores condiciones.

Conocer la dinámica de la participación familiar y sus implicaciones para el cuidado del paciente crítico hace necesario tener en cuenta los distintos escenarios de participación de la familia en el cuidado de la persona críticamente enferma. Muchos de ellos todavía generan polémica y controversia.

Ante la identificación de las necesidades familiares, algunas instituciones poco a poco han contemplado la posibilidad de abrir espacios que favorezcan la participación de la familia en el cuidado de la persona críticamente enferma, y allí es donde la liberalización de las visitas se constituye en el primer paso para vincular a la familia en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente crítico; sin embargo, no se han contemplado otros espacios de participación familiar que, aunque más críticos, son igualmente importantes para la satisfacción de las necesidades familiares.

Al llevar a cabo una revisión documental sobre este aspecto, se identificaron pocos estudios; sin embargo, cabe destacar las percepciones positivas de los profesionales de enfermería, entre las cuales se encuentra que la participación de la familia en el cuidado del paciente crítico les proporciona seguridad, mejora los canales de comunicación e información y facilita el duelo; así mismo, coinciden con los efectos que han experimentado los familiares, reflejados en la disminución de la ansiedad y aumento de la satisfacción del cuidado.

Entonces bajo el enfoque holístico del cuidado, la enfermería actual extiende sus intervenciones no solo a los pacientes, sino a sus familiares, lo cual se refleja en los esfuerzos constantes para integrarlos al proceso de participación familiar.

Donde se pretende una recuperación más rápida de la persona en estado crítico y la satisfacción de los actores implicados en el proceso, de manera que ello se refleje en la calidad del cuidado de enfermería. (13)

### **6.3. La Teoría en el proceso de participación familiar**

La participación familiar es un proceso en el cual familiares del paciente crítico se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, con ayuda del profesional de enfermería, al cuidado del paciente en estado crítico, en función de sus posibilidades y el estado de salud del paciente, a partir de un acuerdo entre el familiar, la enfermera y el paciente cuando la condición de salud lo permita.

- a) Según Hansen Y Marriner. Se basa en las ciencias humanas que describen la interrelación del hombre con el entorno; de manera que dicha reciprocidad contribuye al significado que adquiere la salud para el individuo de acuerdo con los constituyentes particulares de cada situación.
- b) Según Parse. Destaca la interrelación del hombre con el entorno. La familia se constituye en un componente fundamental, pues el hombre interpreta y da significado a sus patrones de relación con cada uno de los miembros de su familia.

Es importante considerar que el grupo familiar deja de funcionar normalmente cuando se produce una crisis situacional como la hospitalización de uno de sus miembros en la Unidad de Cuidado Intensivo; entonces, ubicando a la persona críticamente enferma como parte de un entorno o estructura familiar, es congruente pensar que la participación de los allegados en el cuidado del paciente crítico modifica el significado que el paciente o la familia dan a la enfermedad y genera beneficios que impactan positivamente en su recuperación y mantienen la esperanza en el proceso de mejoría de la enfermedad.

### **6.3.1. Principios:**

#### **a) La Estructuración del Significado**

Surge de un proceso de valoración que realiza el individuo a partir de su percepción acerca de determinada situación, la cual puede manifestarse por medio del lenguaje verbal o no verbal. También surge de la interrelación del hombre con el mundo, así como de su percepción del propósito de la vida y de los momentos significativos, en los cuales la familia desempeña un papel relevante. De la misma forma, las necesidades familiares cobran gran importancia en el proceso, en la medida en que determinan el significado que la familia les otorga a la salud del paciente y a la situación en general.

Identifican y destacan las necesidades de tipo social y práctico, donde la cercanía y el deseo de la participación activa en el cuidado del paciente, especialmente en la:

- Alimentación
- Higiene son significativas.

Las necesidades de las personas críticamente enfermas varían de acuerdo con su condición de salud y con el significado que estos les haya dado; no obstante, los pacientes críticos requieren cuidados especializados que faciliten su proceso de comunicación y que eviten las complicaciones de una hospitalización prolongada, como las infecciones cruzadas, el síndrome de des acondicionamiento físico, las úlceras por presión y el delirium; por tal motivo es necesario establecer espacios en las unidades de cuidado intensivo que le permitan al familiar participar activamente según las condiciones del paciente en los cuidados que se le proporcionan, y así favorecer la recuperación de la persona críticamente enferma.

## **b) La Cocreación**

Se fundamentan en una reciprocidad paradójica entre la revelación-ocultación, la capacidad-permisividad-limitación y la conexión-separación.

- Revelación-ocultación.- El paciente en estado crítico evidencia algunos patrones comportamentales o aspectos relacionados con la enfermedad; pero de forma simultánea oculta otros que no puede revelar por su condición.

Según Torres y Morales, la familia da a conocer al profesional de enfermería algunos aspectos de la persona antes de enfermar y lo provee de recursos importantes que favorecen el bienestar de la persona críticamente enferma, como el conocimiento sobre el proceso de enfermedad, la vivencia esperada de la situación y los mecanismos de afrontamiento (cognitivo-emocional). El familiar ejerce, entonces, un papel esencial en la actualización constante del rol desempeñado por el paciente y se convierte, así, en una fuente de humanización para los miembros del equipo de salud.

- Permisividad-Limitación.- El paciente en estado crítico es incapaz de realizar todas las actividades que desea, pues su condición de inestabilidad hemodinámica o el efecto de algunos medicamentos, como los sedantes, no se lo permiten; de modo que queda limitado, y ello le exige reorientar sus relaciones, en la búsqueda que quien satisfaga sus necesidades básicas, de comunicación y de confort.
- La conexión-separación.- Implica para el paciente crítico la distancia con sus seres queridos. En la medida en que las políticas institucionales son todavía muy restrictivas y limitan el ingreso de los familiares a la Unidad de Cuidado Intensivo, el paciente, en la búsqueda de nuevas relaciones, establece lazos con el personal de enfermería, que se convierte en el principal cuidador.

### **c) La Cotrascendencia**

Se relaciona fuertemente con las fases del proceso de participación familiar, en que los cuidadores se involucran de forma activa en el cuidado del paciente crítico para ayudarlo en su recuperación., demuestra que el proceso de participación familiar en el cuidado de la persona críticamente enferma implica la relación entre la impulsión o el poder, desde la conceptualización de Parse, y la fase de motivación.

En la cual el cuidador toma conciencia ante la posibilidad de ayudar a su ser querido en estado crítico por medio de su participación en el cuidado.

Por lo tanto, a través de la “generación” es capaz de materializar su vinculación voluntaria, gradual y guiada, para que en función de sus posibilidades y de la situación de la paciente haga operativa la iniciativa y se involucre en las acciones de cuidado.

#### **6.3.2. Acciones Transformadoras.**

Según Hidalgo, la participación de la familia se convierte en un proceso continuo, establecido de común acuerdo entre el personal de enfermería y los familiares, cuya intención va más allá del proceso de acompañamiento y tiene como objetivo generar acciones transformadoras que maximicen los efectos benéficos de la interacción, con base en una excelente comunicación terapéutica y relación de ayuda.

El proceso de transformación guarda relación con las otras dos fases de la participación familiar (básica y avanzada), pues el cuidador, en el ejercicio de su rol, tiene la capacidad de decidir el momento en el cual intensificará su vinculación y ascenderá en el cuidado de la persona en estado crítico, de acuerdo con los recursos que vaya adquiriendo, el deseo del paciente (cuando la condición de salud lo permita) y la determinación del equipo asistencial. Ello desencadena unos cambios que llevan, finalmente, a una mayor participación en los cuidados del paciente crítico.

- Participación básica.- Implica el inicio en la colaboración del cuidado por parte del familiar, sobre todo en los aspectos de menor demanda (componentes

cognitivos y emocionales), los cuales deben individualizarse de acuerdo con el paciente y el cuidador; por la otra, según Rodríguez y colaboradores.

- Participación avanzada.-Desarrollo de acciones que requieren una intervención educativa específica, para que la colaboración por parte del familiar se preste activamente. (11)

### **6.3.3. Sistema conceptual teórico- empírico (SCTE):**

#### **a) Componente Conceptual**

Deriva del modelo de adaptación de Roy y la teoría de la información organizacional de Weick. De la primera toma los conceptos meta paradigmáticos y el planteamiento de la enfermedad como disrupción que requiere compensación y adaptación. De la segunda se apropia de los planteamientos alrededor de la interpretación de los mensajes, el entorno, la reflexión y el entendimiento.

#### **b) Componente Teórico**

David define la comprensión facilitada como un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo por el que las enfermeras involucradas a la familia en el proceso de cuidado y le ayudan a interpretar la información que reciben del ambiente, de manera tal que tengan de esta una conciencia correcta y positiva. Frente a la hospitalización de una persona en cuidado intensivo, la familia necesita, para estar bien, darle sentido a la situación, comprender lo que está pasando, adaptarse a su nuevo rol y entender lo que deben hacer.

#### **c) Componente Empírico**

Conformado por todas aquellas actividades o intervenciones de comunicación que incluyen la escucha empática, la resolución de dudas, la aclaración del significado del entorno que rodea al paciente, la revisión de necesidades insatisfechas, la elaboración- resolución de preguntas y las actividades guiadas a la cabecera del paciente.

#### **6.3.4. Aplicación de la Teoría de la Comprensión Facilitada**

Basados en el SCTE y ayudados por la metodología de marco lógico para la gestión de proyectos, se propone a continuación una estrategia orientada a mejorar la atención de las familias con pacientes en cuidado crítico.

Su elaboración surge de la realización de una serie de pasos que permitieron:

1. Comprender de forma sencilla y esquemática el problema que involucra a los familiares de los pacientes en la UCI, sus causas y consecuencias.
2. Reconocer que las enfermeras, por su desempeño y por el contacto directo que ejercen, son las personas idóneas para mejorar, aliviar o empeorar el desconocimiento y la experiencia de los familiares de paciente hospitalizado en cuidado crítico.
3. Establecer objetivos, medios y la situación futura a la que se desea llegar con la implementación de la Teoría de la comprensión facilitada.
4. Identificar y planear diferentes actividades que, analizadas desde su factibilidad económica, temporal y de recursos, permiten dar solución al problema y cumplir con los objetivos establecidos
5. Seleccionar para este caso (alternativa óptima) la elaboración de un plan de cuidados estandarizado, que es la protocolización y sistematización de las intervenciones de enfermería para un problema de salud específico. Su utilización supone una herramienta útil y un instrumento de referencia que garantiza mejorar el manejo de recursos, optimizar la utilización del tiempo, buscar alternativas de mejoramiento, desarrollar actividades con los mejores estándares de calidad, adecuar las necesidades de las personas a los procesos, homologar el lenguaje dentro de la práctica y asegurar las acciones.

El plan, hecho desde la teoría de la comprensión facilitada y apoyado desde las taxonomías NANDA, NIC y NOC, cuenta con cuatro diagnósticos prioritarios de las posibles situaciones más frecuentes que la familia debe enfrentar cuando un ser

querido está en una condición crítica de su salud. Presenta la valoración e identificación de los aspectos que caracterizan el comportamiento frente a este problema, determina las acciones a realizar para prevenir, reducir o eliminar la situación, el resultado esperado y finalmente, hace una lista de intervenciones generales y/o específicas con las que se espera brindar atención a la familia.

Mejorar la comunicación, beneficiar la comprensión, aumentar el confort, la satisfacción, favorecer la buena práctica y la réplica de cuidados de excelencia durante el cuidado crítico.

<b>PROBLEMA:</b> La Familia con un ser querido en UCIP se enfrenta a una situación que desconoce, no comprende y para la que no está preparada	
<b>CAUSA</b>	<b>EFEECTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desconocimiento de la naturaleza inesperada y grave de la enfermedad</li> <li>✓ No claridad del estado de salud y pronóstico por el uso de un lenguaje ambiguo, complejo, estereotipado y muchas veces incomprensible.</li> <li>✓ Ininteligibilidad del ambiente tecnificado y poco común. Medios y dispositivos de tratamiento extraños</li> <li>✓ Rupturas del rol familiar</li> <li>✓ Dudas con las funciones a desempeñar y el cómo proceder con el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desconcierto</li> <li>✓ Incapacidad</li> <li>✓ Miedo</li> <li>Angustia</li> <li>✓ Disconfort</li> <li>✓ Impotencia</li> </ul>

<b>OBJETIVOS:</b> Prevenir resultados psicológicos adversos en La familia del paciente Critico. Favorecer el entendimiento de la nueva situación y del rol que trae consigo.	
<b>MEDIOS</b>	<b>FINES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocimiento de la naturaleza inesperada y grave de la enfermedad</li> <li>✓ Claridad del estado de salud y pronóstico del paciente en cuidado crítico</li> <li>✓ Entendimiento del ambiente tecnificado, de los medios dispositivos y funcionamiento de la unidad de cuidado crítico.</li> <li>✓ Ajuste de la dinámica familiar</li> <li>✓ Empoderamiento de la funciones o desempeñar y el cómo proceder con el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinación</li> <li>✓ Satisfacción</li> <li>✓ Seguridad</li> <li>✓ Confort</li> <li>✓ Adaptación</li> <li>✓ Tranquilidad</li> </ul>

#### **6.3.4.1. Necesidades Cognitivas**

Estas necesidades son aquellas que hacen referencia al conocimiento de los familiares sobre el paciente y las peculiaridades de la UCI.

Diversos estudios señalan que la información es la mayor necesidad de las familias. Los familiares demanda explicaciones sobre el estado de salud de su ser querido pero también sobre lo que está ocurriendo alrededor del paciente. En este sentido es importante que la información médica y la de enfermería sean complementarias y que exista una adecuada coordinación de la misma para que así los familiares reciban la mejor información posible.

La literatura apunta que las familias esperan que las enfermeras informen sobre los signos vitales, el cuidado, el confort y el descanso del paciente, así como sobre el tratamiento y los aspectos concretos de las UCI, tales como el equipo tecnológico, el número de teléfono y el equipo de profesionales que trabajan en la unidad .De igual modo, señalan que esperan de los médicos que les notifiquen cada día las condiciones, pronóstico y tratamiento del paciente y cuando estén en casa también

reciban información telefónica sobre los cambios en el pronóstico del paciente. Además los familiares desean tener la certeza de que su ser querido está recibiendo el mejor cuidado posible.

Por otra parte, las familias deben recibir información sobre las reglas y normas del hospital, y concretamente de las UCI, ya que cuando éstas desconocen la dinámica de información en las UCI buscan explicaciones de manera informal, en los pasillos o llamando por teléfono a la unidad. Esto se debe a que la percepción de los familiares sobre la información recibida es poco clara, no frecuente ni consistente. Por el contrario, perciben que la información se da rápidamente y en un contexto frío. Por ello, varios autores proponen que la información facilitada a los familiares sea estructurada, clara y se realice en un ambiente empático.

La falta de una comunicación efectiva con las familias del paciente en UCI precipita en los familiares sentimientos de preocupación, ansiedad, frustración, soledad, desánimo, enfado, tristeza y miedo. Para aliviar el sufrimiento de las familias, Álvarez y Kirbyreiv indican la importancia de proporcionar una información clara, oportuna y consistente que brinde guía y orientación para mantener la confianza en la recuperación del paciente.

#### **6.3.4.2. Necesidades Emocionales**

Este tipo de necesidades hace referencia a los sentimientos que experimentan los familiares a consecuencia del ingreso de su ser querido en la UCI, experimentan emociones positivas, relacionadas con la esperanza de mejoría de su familiar, y emociones negativas producidas por el miedo a perder a su ser querido. Estas emociones y sentimientos de incertidumbre pueden provocar una fuerte sensación de impotencia y de incapacidad para ayudar a su ser querido. Por ello, el apoyo emocional a las familias por parte de los profesionales de la salud es un aspecto importante que contribuye a su bienestar. A su vez, la familia siente que el vínculo que se crea con los profesionales de cuidados intensivos es intenso<sup>32</sup>. No obstante, la evidencia señala que con frecuencia las enfermeras desestiman las necesidades emocionales de los familiares, por lo que realizan pocos cuidados a este respecto.

Por su parte Henneman y Cardin postulan que algunos familiares necesitan un mayor apoyo emocional o consuelo cuando sus seres queridos están en la UCI, al encontrarse en una situación de vulnerabilidad e incertidumbre. En estos casos, puede ser necesaria la colaboración de otros equipos, como los servicios sociales o el apoyo espiritual. De hecho, estudios llevados a cabo con familiares de pacientes neurológicos y poli traumatizados, así como pacientes en situaciones de muerte inminente, muestran la necesidad de las familias de contar con la presencia de sacerdotes. Esta figura ayuda a dar sentido a la situación que la familia está viviendo y favorece así su confort emocional. Además, la religiosidad puede ayudar a la familia a tener esperanza y puede dar los recursos necesarios para superar una situación difícil. Cualquiera que sea la fuente de apoyo, la esperanza es percibida por la familia como una necesidad que proporciona sentido y alivia el sufrimiento.

Cada miembro de la familia la obtiene de diversas fuentes como son las enfermeras, los médicos, Dios, ellos mismos, otros miembros de la familia, otros pacientes o el personal no sanitario. Como ya se ha señalado, los familiares pueden obtener alivio a su sufrimiento por parte del personal sanitario, pero para que esto suceda es importante que tengan seguridad y confianza en los profesionales de la salud. Por último, una de las principales necesidades emocionales expresadas por los familiares corresponde a la necesidad de proximidad con su ser querido. Las familias que se encuentran alejadas del paciente muestran mayor ansiedad a diferencia de aquellas que pueden estar cerca del enfermo. De hecho se ha descrito que los familiares que están en su domicilio desean volver lo antes posible al hospital para estar junto a su familiar.

#### **6.3.4.3. Necesidades Sociales**

Las necesidades sociales hacen referencia a las relaciones de las familias con otras personas de su entorno cercano, como por ejemplo la familia extensa o amigos. El tener a un ser querido ingresado en la UCI afecta a los roles familiares, a las relaciones y a las responsabilidades del resto de los miembros de la familia, lo que precipita la interrupción de la normalidad familiar y social. Esta situación puede

requerir del apoyo de otras personas del entorno como los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Como ya se ha señalado, la proximidad, es decir, estar cerca del ser querido y verlo con regularidad, o incluso estar continuamente a su lado<sup>23</sup>, es importante para el entorno social; especialmente para las mujeres, al ser éstas casi siempre las encargadas de la salud del resto de sus miembros. Este motivo lleva a los familiares a expresar su disconformidad con la duración y el horario de visitas de las UCI y a manifestar su deseo de unos horarios más flexibles. La posibilidad de un horario flexible ayuda a los familiares a sentirse partícipes en el cuidado de su ser querido.

#### **6.3.4.4. Necesidades Prácticas**

Por último, están las necesidades prácticas que engloban todo aquello que contribuye a que la familia se sienta cómoda: las salas de espera, los teléfonos, las cafeterías y la cercanía física. Cabe señalar que los familiares perciben estas necesidades como las menos importantes.

Karlsson, en su estudio descriptivo retrospectivo sobre la satisfacción de los familiares con el cuidado recibido en cuidados intensivos, señala que el punto con el que las familias están más insatisfechas son las salas de espera. Este resultado revela la importancia de la confortabilidad y la cercanía a la UCI de la salas de espera, así como que los baños estén próximos; este aspecto se hace más evidente cuando el entorno del paciente necesita tener un tiempo para recobrar fuerzas. Un aspecto a tener en consideración según los estudios revisados es que los familiares consideran que las salas de espera son un lugar pequeño, frío, sucio, confuso, aterrador y donde se deben estar alerta o no estar. Además señalan que estas estancias son incómodas y poco íntimas.

No obstante, en ocasiones estas salas favorecen el soporte emocional entre familias que están viviendo situaciones parecidas. Además, las salas de espera son consideradas como un lugar donde pueden recibir información sobre el pronóstico de su ser querido o sobre aspectos estructurales del hospital como los servicios que tiene el centro. (1)

## **VII. DISEÑO METODOLOGICO**

### **7.1. Tipo de estudio**

- Descriptivo de corte transversal

### **7.2. Área de estudio**

La historia del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, está ligada a la fundación de la Sociedad Boliviana de Pediatría, la misma que inicio sus actividades el 7 de abril de 1943. Sus miembros fundadores fueron: Cecilio Abela D; Carlos Ferrufino B; Enrique Hertzog G; Juan Antonio Osorio, Roberto Pacheco I; Néstor Salinas A. y Ernesto Trigo Pizarro. Estos distinguidos Pediatras que iniciaron sus actividades científicas a nivel de consultorio, tuvieron la brillante idea de formalizar la creación del Hospital Del Niño.

El proyecto se concreta con el Congreso en la Ciudad de Buenos Aires en 1949 y los delegados de Bolivia lograron que las Sociedades de Pediatría de Sud América hagan un pedido formal a la OMS Y UNICEF para que participen activamente en el proyecto.

Definido el plan general de trabajo el 7 de julio de 1950, el Gobierno asignó 150.000 dólares para la construcción del edificio; UNICEF, 75.000 dólares para equipos y enseres, incluyendo el sistema de calefacción; la OMS concedió becas para Médicos y Enfermeras y el SCISP, becas para el personal administrativo.

En el año 1953 se había terminado la obra gruesa del edificio, calculando una capacidad de 212 camas, pero a consecuencia de la revolución de 1952, el manejo económico fue alterado a las obras quedaron paralizadas por tiempo indefinido con la consecuente frustración y el alejamiento de varios pediatras de nuestro país.

Cabe mencionar que la piedra fundamental fue colocada el 2 de diciembre de 1948, en los predios del Hospital General colindantes con el Instituto de Bacteriología.

Hubo también un financiamiento sustentado por los ingresos de Lotería Nacional que posibilito contraer un empréstito bancario mediante Decreto el cual tenía el objetivo de invertir el dinero en la construcción de Hospitales de Niños en cada una de las capitales departamentales. En 1971 se presentó la oportunidad para culminar esta obra los Drs. Guillermo Aponte y Javier Goitia, asumieron alternativamente funciones en el Ministerio de Salud, reiniciando el trabajo de la obra fina, pero vino un golpe de estado militar que postergo nuevamente aunque por menos tiempo la culminación del hospital.

Finalmente en 1972 se terminó la obra durante el Ministerio del Dr. Carlos Valverde Barbery (bioquímico-farmacéutico), y es el 10 de agosto que empieza el trabajo en nuestro Hospital. Como anécdota cabe remarcar que durante el primer día se internaron 11 pacientes, siendo la capacidad en aquel momento, de 50 camas en su totalidad.

El Hospital del Niño empezó sus actividades con material que fue transferido de la antigua sala de Pediatría que es ocupada actualmente por neurocirugía en el Hospital de Clínicas.

Los servicios que se brindaba en aquella época eran de Pediatría General, Ortopedia y Traumatología, Cirugía General y Quemados. El primer director fue el Dr. Alfredo Negrón M. al empezar las actividades del hospital también se dio inicio a la Residencia Medica y los primeros médicos en formarse fueron los Drs. Pedro Yaksic, Fidel Navarro, Jaime Delgadillo y Dante Chumacero.

Reconocido personaje y fundador de nuestro Hospital el Dr. Ovidio Aliaga (lamentablemente fallecido) apporto valioso conocimiento con su profesionalidad, ánimo y la sencillez que lo caracterizaban fue el que más fidelidad profeso al Hospital, continuo como médico de planta, como docente y culmino en la Dirección alcanzando el éxito que se había propuesto. Pero el destino le tenía reservado una muerte prematura, conmoviéndonos a todos los que formábamos parte de ese círculo profesional. Las enseñanzas en base a sacrificio y tenacidad, son las virtudes que nos llegaron a los amigos.

El Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” que presta sus servicios desde el 10 de agosto de 1972 como un hospital pediátrico público destinado a la atención de niños y niñas hasta los 14 años. Se ha convertido en un centro de referencia de patologías pediátricas a nivel local y nacional gracias a la incorporación de especialistas con formación en las diferentes áreas de la Pediatría brindando atención cada vez más sofisticada de acuerdo a las necesidades de la población infantil, ha contribuido en su desarrollo con la formación del recurso humano siendo la primera residencia de Pediatría en nuestro país y pionera en la elaboración de normas y aplicación de políticas de salud para contribuir a la disminución acelerada de la mortalidad infantil.

Del mismo modo ha desarrollado un sistema informático del expediente clínico que introduce a los usuarios externos (pacientes) en un registro que permite su admisión, atención y distribución en la consulta externa, internación, programación quirúrgica y servicios complementarios facilitando su acceso al sistema hospitalario.

Este desarrollo ha determinado que se le otorgue el certificado de Hospital acreditado por el Ministerio de Salud y Deportes. Hoy el Hospital de Niño es un establecimiento de Tercer Nivel de Atención, con capacidad de resolución de alta complejidad, donde se desarrolla actividades normativas de promoción, prevención, atención ambulatoria y de internación, curación y rehabilitación así como de investigación. Hoy en día constituye el mayor centro de salud como Hospital Pediátrico a nivel Nacional.

### **7.3. Técnicas y procedimiento.**

El cuestionario se aplica al personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica de los turnos: mañana, tarde, noche “A”, noche “B”, noche “C” y fin de semana; previo consentimiento informado, mediante la tabulación de los resultados pasaron a tabla porcentual ; con la base de datos se trabaja con el paquete “EXCEL”, elaborando gráficos porcentuales.

#### 7.4. Universo y Muestra

El trabajo se realizó con la población de 25 licenciadas en enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliga Uría”.

#### 7.5. Criterios de inclusión y exclusión:

##### a) Criterios de Inclusión:

- Enfermera del Servicio de UCIP
- Enfermera presente en el Servicio
- Enfermeras que desean participar en el estudio

##### a) Criterios de exclusión:

- Enfermera que estén Completando horas y no sean parte del Servicio de UCIP
- Enfermera que se encuentre de vacación, bajas médicas.
- Enfermeras no desean participar en el estudio

#### 7.6. Operacionalización de Variables

Variables	Concepto	Tipo de variables	Escala	Indicador
Sexo	El sexo biológico es nuestra anatomía como femenino, masculino o intersexual. Incluye los órganos sexuales internos y externos, los cromosomas y las hormonas.	Cualitativo	-Masculino -Femenino	Tabla de frecuencia porcentual
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del recién nacido	Cuantitativo.	-27- 30 AÑOS -31 - 40 AÑOS -41 - 50 AÑOS -51 - 59 AÑOS	Tabla de frecuencia porcentual

Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Cualitativo	-Católica -Cristiana -Adventista	Tabla de frecuencia porcentual
Experiencia laboral	Acción o actividad de trabajar.	Cuantitativo	<1 año 2 - 4 años 6 - 9 años 11 - 19 años	Tabla de frecuencia porcentual
Grado de Estudio en el Área de Terapia Intensiva	Un título académico, titulación académica o grado académico, es una distinción dada por una institución.	Cualitativo	- Diplomado - Especialidad -Especialidad -Maestría	Tabla de frecuencia porcentual
Relacionado a la Teoría comprensión facilitada, participación familiar y humanización	Conjunto de conceptos, proposiciones y definiciones que se encuentran relacionadas entre sí y que son recogidas desde un punto de vista sistemático de fenómenos con el objetivo de explicar o poder predecir un determinado fenómeno	Cualitativo	- Conoce - No conoce	Tabla de frecuencia
Relacionado a los cuidados de enfermería.	Es la acción de cuidar preservar, guardar, conservar, asistir, el cuidado implica ayudar a	Cualitativo	-Cambiarles el pañal -Alimentarles -Bañarles	Tabla de frecuencia Porcentual

	uno mismo tratar de incrementar su bienestar		-Cantarles -Tocarles -Cambios Posturales -Darles la mano -Confort -Fisioterapia (Bajo supervisión)	
Relacionados a las visitas familiares	PUERTAS ABIERTAS.- Unidades entre cuyos objetivos se encuentra la reducción o eliminación de cualquier limitación impuesta en las dimensiones temporal, física y de relaciones para las que no haya justificación	Cualitativo	-Sistema de Puertas Abiertas durante el día - 12:30 a 13:00 y 17:30 a 18:00 - 24 horas	Tabla de frecuencia Porcentual
Relacionado a la comunicación	El traspaso de información (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no solo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y exigen procedimientos estructurados que los hagan más efectivos y seguros	Cualitativo	- Médico - Enfermera -Médico-Enfermera	Tabla de frecuencia porcentual
Relacionado al diseño de la	El entorno físico de las UCI debe permitir que el	Cualitativo	-Apagar luces - Uso de	Tabla de frecuencia

unidad de cuidados intensivos	proceso asistencial se realice en un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares		antifaces -Tapones para los oídos. - Vestir a pacientes estables -Permite el acceso a teléfono móvil y equipos informáticos	porcentual
Relacionado a la participación de los padres durante la RCP o procedimientos invasivos	Los cuidados paliativos e intensivos no son opciones mutuamente excluyentes sino que debieran coexistir durante todo el proceso de atención del enfermo crítico.	Cualitativo	-Participación de los Padre -No participación de los padres	Tabla de frecuencia porcentual

## VIII. CONSIDERACIÓN ÉTICA

Se realizó el trabajo de Investigación en el Hospital del Niño “Dr., Ovidio Aliga Uría”, presentando la respectiva propuesta de intervención, cartas de Solicitud de permiso para la ejecución a: Dirección, Jefatura de enseñanza, Jefatura de enfermería y Jefatura de enfermería de la UCIP. El cuestionario fue validado por expertos procediendo a la encuesta previo consentimiento informado.

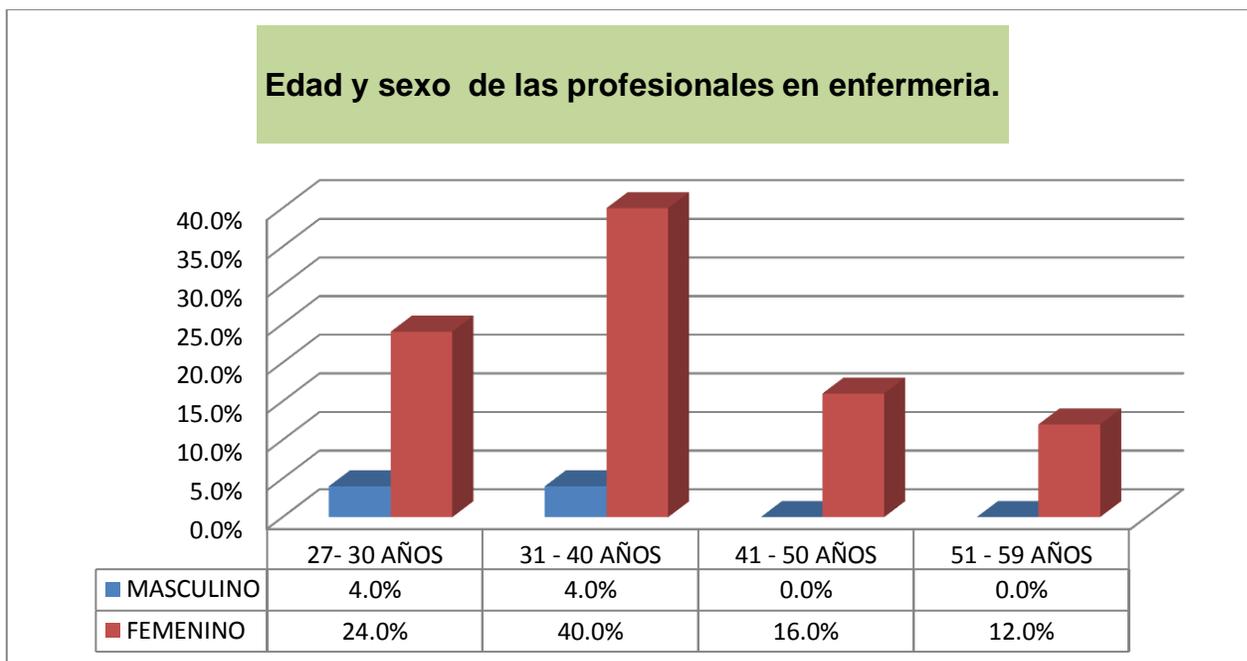
## IX. RESULTADOS

Tabla N°1

Descripción porcentual según edad y sexo de las enfermeras encuestadas de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer trimestre 2018.

Edad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
27- 30 años	6	24,0%	1	4,0%	7	28,0%
31 - 40 años	10	40,0%	1	4,0%	11	44,0%
41 - 50 años	4	16,0%	0	0,0%	4	16,0%
51 - 59 años	3	12,0%	0	0,0%	3	12,0%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>92,0%</b>	<b>2</b>	<b>8,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>

Gráfico N° 1



**Fuente:** Elaboración propia

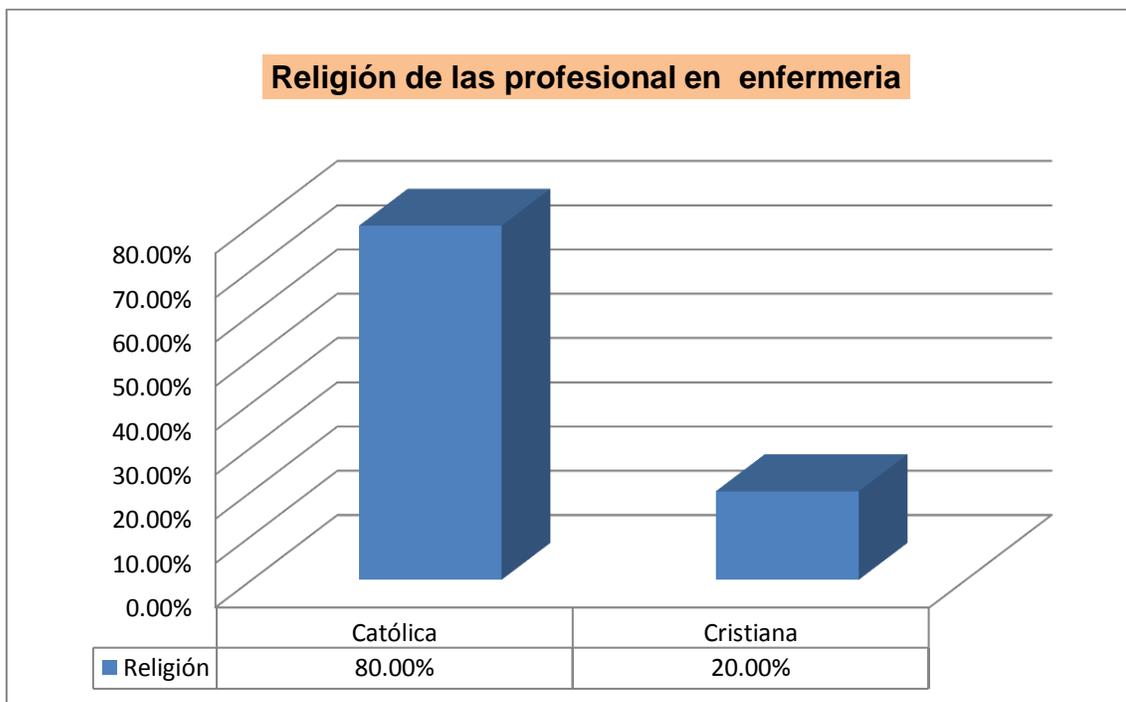
**Análisis:** El mayor porcentaje se encuentra representado con el 92% por el sexo femenino, el 44% de 31- 40 años de edad.

**Tabla N° 2**

**Descripción porcentual según filiación religiosa de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer trimestre 2018.**

	Católica	%	Cristiana	%	Total	%
Religión	20	80,0%	5	20,0%	25	100,0%
Total	20	80,0%	5	20,0%	25	100,0%

**Gráfico N° 2**



**Fuente:** Elaboración propia

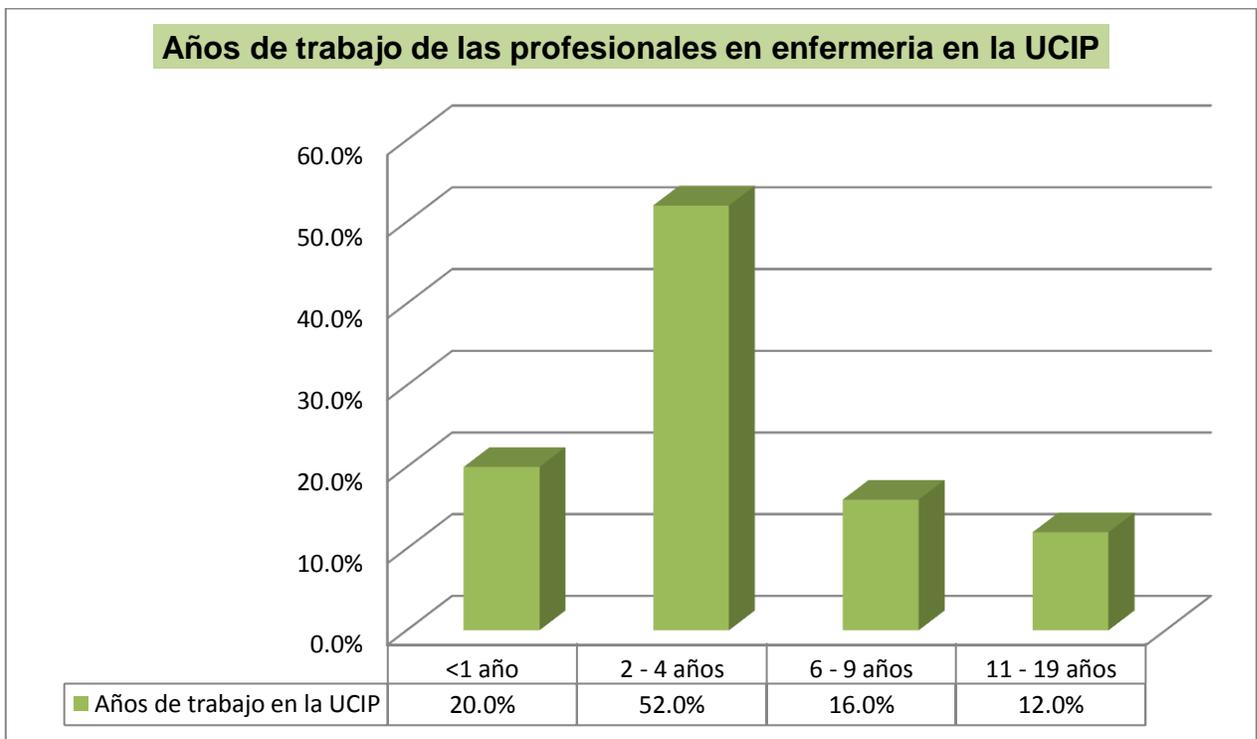
**Análisis:** El 80% del personal de enfermería son católicos, el 20% son cristianos.

**Tabla N°3**

**Tasa porcentual según años de trabajo como enfermeras terapistas en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer trimestre 2018.**

Años de trabajo en la UCIP	Enfermeras encuestadas	%
<1 año	5	20,0%
2 - 4 años	13	52,0%
6 - 9 años	4	16,0%
11 - 19 años	3	12,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>

**Gráfico N°3**



**Fuente:** Elaboración propia

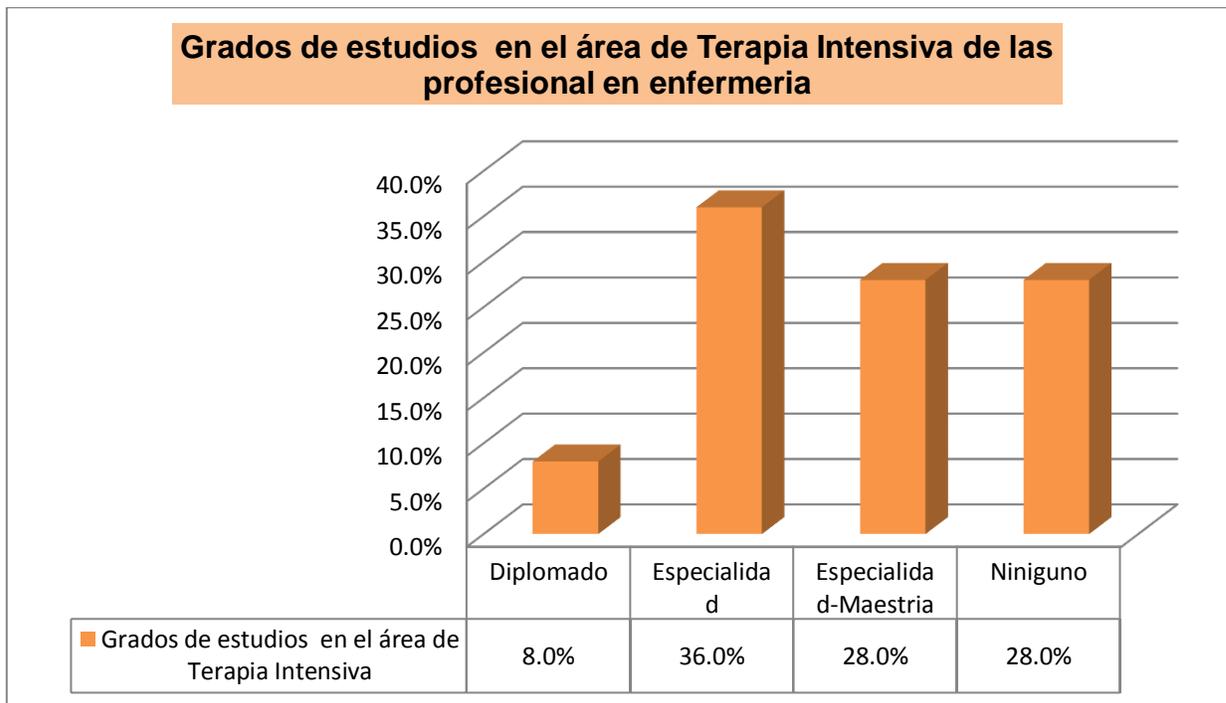
**Análisis:** Con una mayor porcentaje de 52% tiene de 2 a 4 años de trabajo en la UCIP y con un mínimo porcentaje del 12% de 11 a 19 años.

**Tabla N°4**

**Descripción porcentual según grado de estudio de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer trimestre 2018.**

Grados de estudio en el Área de Terapia Intensiva	Total	%
Diplomado	2	8,0%
Especialidad	9	36,0%
Especialidad-Maestría	7	28,0%
Ninguno	7	28,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>

**Grafico N°4**



**Fuente:** Elaboración propia

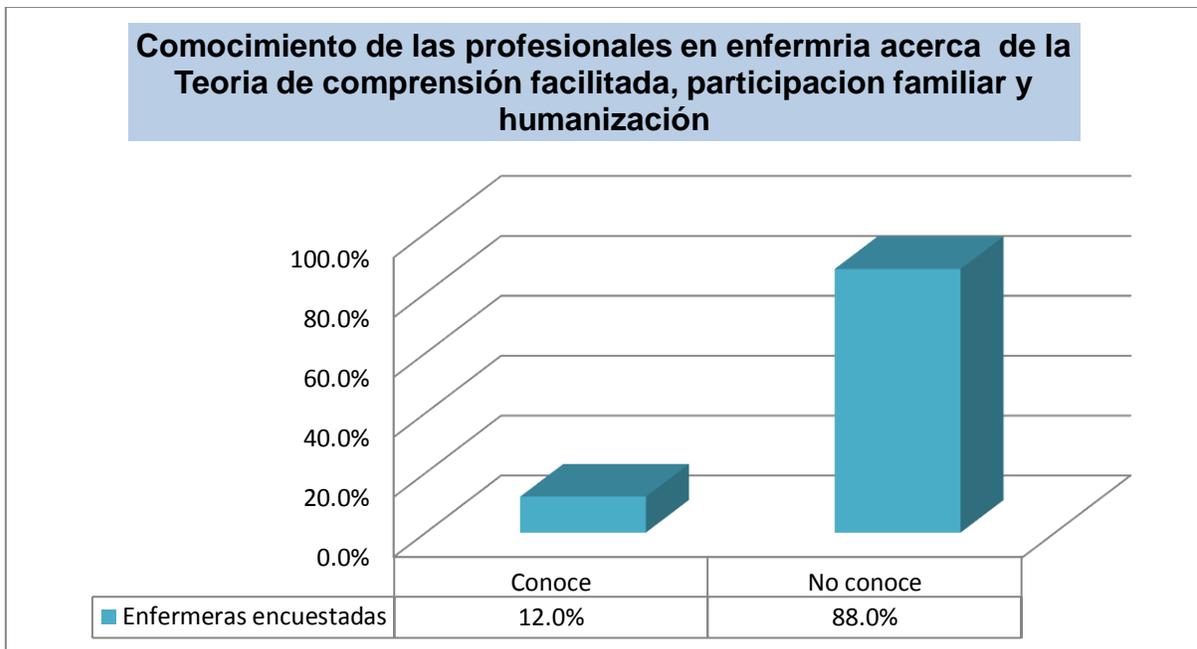
**Análisis:** Con un mayor porcentaje de 72% de las enfermeras cursaron estudios de post grado en el área de terapia intensiva. El 36 % de las enfermeras son especialistas y el mínimo porcentaje de 28 % no realizó ningún estudio.

**Tabla N° 5**

**Descripción porcentual según conocimiento sobre la teoría de la comprensión facilitada, proceso de participación familiar y humanización de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer trimestre 2018.**

Conocimiento relacionado a la teoría de la comprensión facilitada y proceso de participación familiar y humanización	Enfermeras Encuestadas	%
Conoce	3	12,0%
No conoce	22	88,0%
Total	25	100,0%

**Grafico N°5**



**Fuente:** Elaboración propia

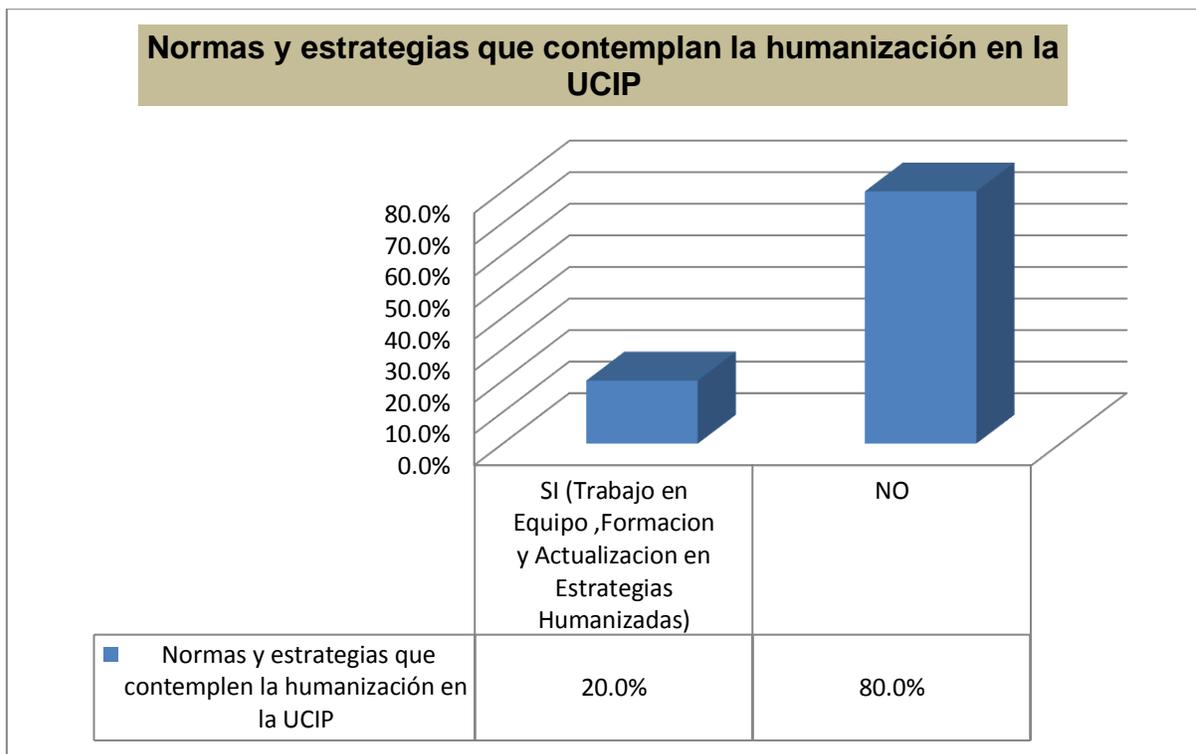
**Análisis:** El 12% de las enfermeras de la UCIP del Hospital del Niño conoce acerca de la teoría de comprensión facilitada, participación familiar, humanización y con un mayor porcentaje del 88% no tiene conocimiento relacionado a la teoría.

**Tabla N°6**

**Descripción porcentual acerca de normas y estrategias que contemplan la humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer trimestre 2018.**

Normas y estrategias que contemplan la humanización en la UCIP	Si	%	No	%	Total	%
Total	5	20,0%	20	80,0%	25	100,0%

**Gráfico N°6**



**Fuente:** Elaboración propia

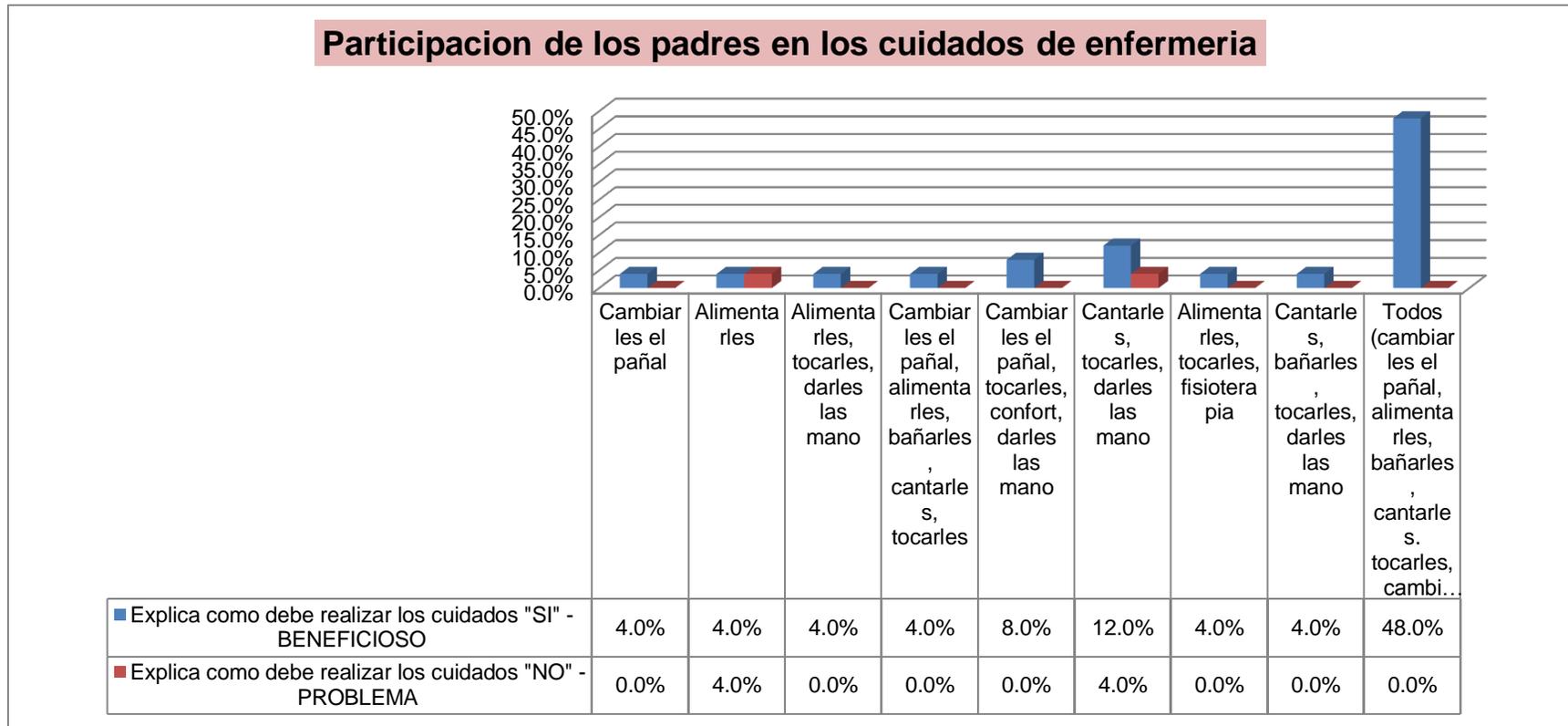
**Análisis:** El mayor porcentaje del 80%, de las enfermeras indica que no se cuenta con normas y estrategias que contemplan la humanización en la UCIP del Hospital del Niño.

**Tabla N°7**

**Descripción porcentual relacionado con la participación de los padres en los cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer trimestre 2018.**

Participación de los padres en los cuidados de enfermería.	Explica cómo debe realizar los cuidados "SI"	%	Explica cómo debe realizar los cuidados "NO"	%	Total	%
Cambiarles el pañal	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
Alimentarles	1	4,0%	1	4,0%	2	8,0%
Alimentarles, tocarles, darles las mano	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
Cambiarles el pañal, alimentarles, bañarles, cantarles, tocarles	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
Cambiarles el pañal, tocarles, confort, darles las mano	2	8,0%	0	0,0%	2	8,0%
Cantarles, tocarles, darles las mano	3	12,0%	1	4,0%	4	16,0%
Alimentarles, tocarles, fisioterapia	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
Cantarles, bañarles, tocarles, darles las mano	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
Todos (cambiarles el pañal, alimentarles, bañarles, cantarles. tocarles, cambios posturales, darles la mano, confort, fisioterapia))	12	48,0%	0	0,0%	12	48,0%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>92,0%</b>	<b>2</b>	<b>8,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>

Grafico N° 7



**Fuente:** Elaboración propia

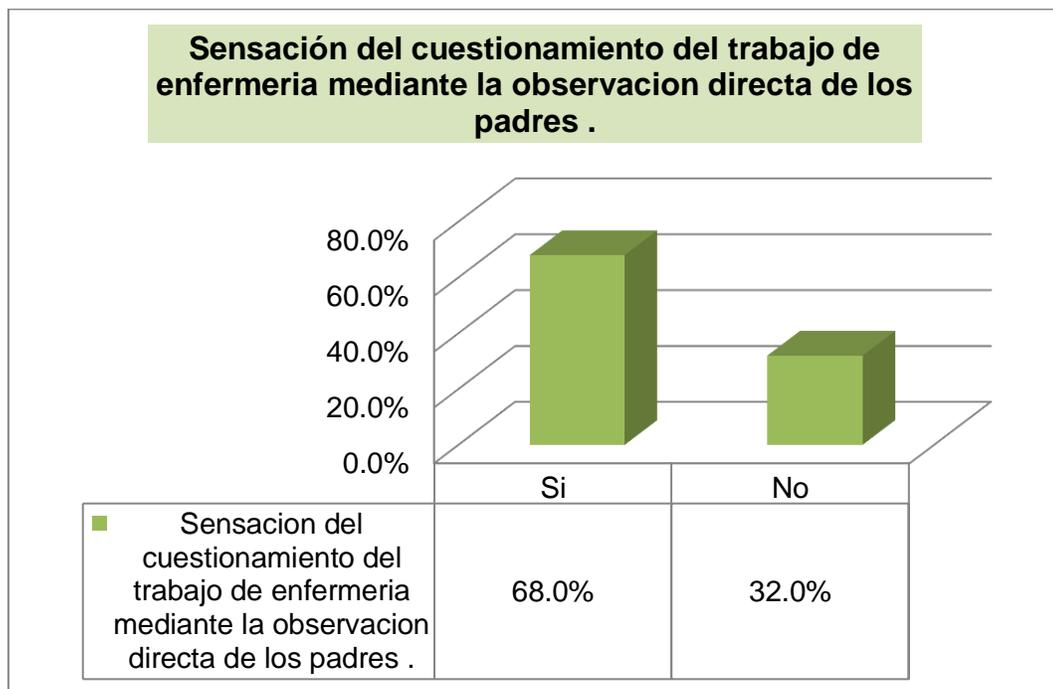
**Análisis:** El 100% del personal de Enfermería permite realizar de uno hasta cuatro cuidados de Enfermería, el 48 % permite realizar cuidados más integrales a los padres de familia. El 92% del personal de Enfermería realiza la respectiva explicación y tiene la percepción de ser beneficioso para ambas partes.

**Tabla N° 8**

**Descripción porcentual relacionado al cuestionamiento del trabajo de enfermería mediante la observación directa por los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” Tercer trimestre 2018.**

Sensación de cuestionamiento del trabajo de enfermería mediante la observación directa de los padres	Si	%	No	%	Total	%
Total	17	68,0%	8	32,0%	25	100,0%

**Gráfico N°8**



**Fuente:** Elaboración propia

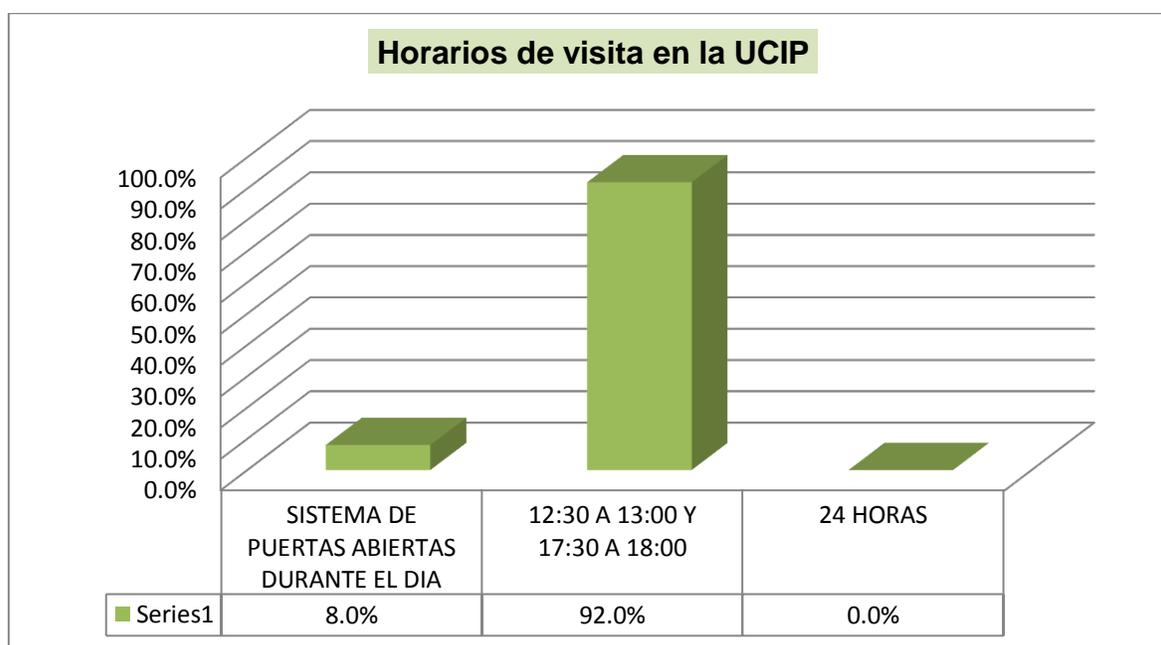
**Análisis:** Con un porcentaje mayor de 68 % de las enfermeras, tiene la sensación de cuestionamiento por parte de los padres mediante la observación directa.

**Tabla N°9**

**Descripción porcentual relacionada a los horarios de visita en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” Tercer trimestre 2018.**

Horarios de visita	Sistema de puertas abiertas durante el día	%	12:30 a 13:00 y 17:30 a 18:00	%	24 horas	%	total	%
Total	2	8,0%	23	92,0%	0	0,0%	25	100,0%

**Gráfico N°9**



**Fuente:** Elaboración propia

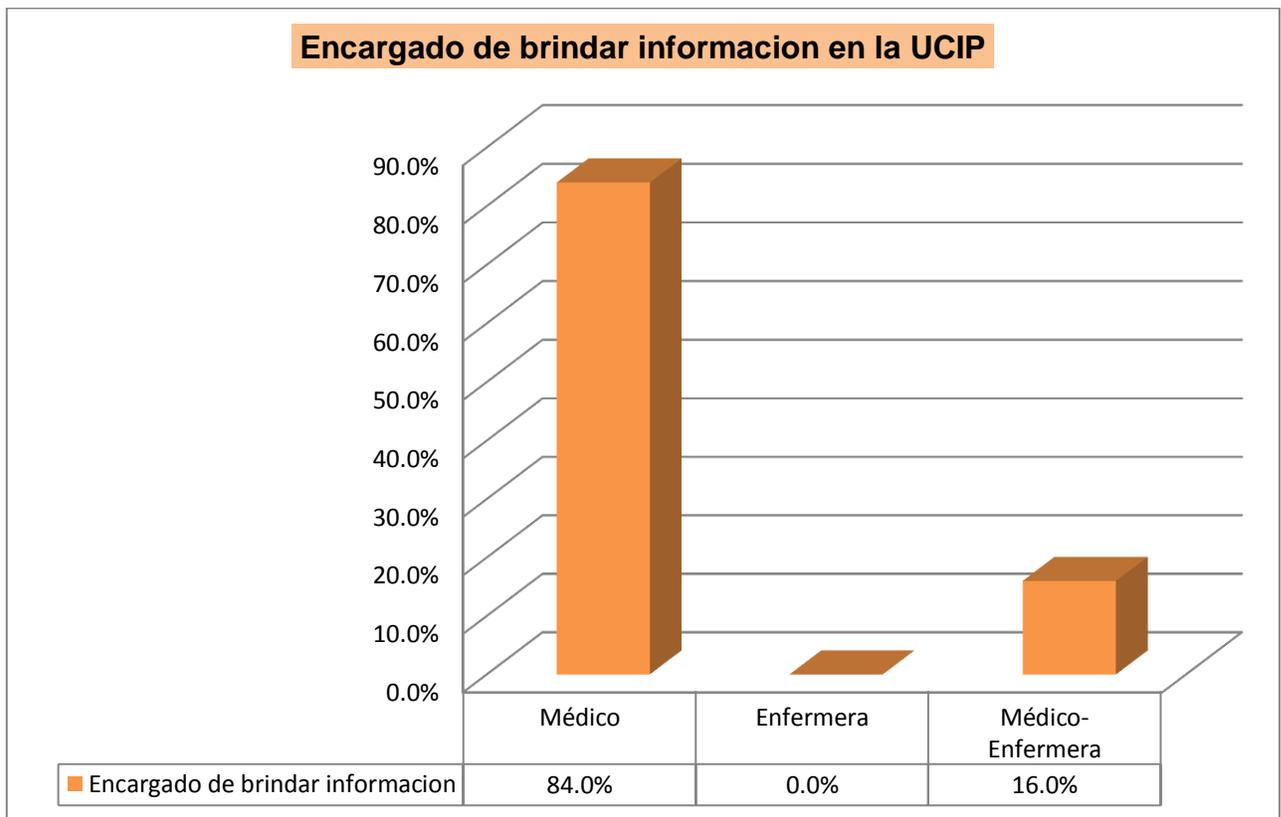
**Análisis:** Con el mayor porcentaje de 92% de las enfermeras encuestadas indicar que se cuenta con horarios establecidos 30 minutos por la mañana y por la tarde en la UCIP del Hospital del Niño. Teniendo como mínimo porcentaje de 8 % de emplean la estrategia de Puertas Abiertas durante el día.

**Tabla N°10**

**Descripción porcentual relacionado a la comunicación “personal de salud - familia” en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer Trimestre 2018.**

Encargado de brindar Información	Médico	%	Enfermera	%	Médico-Enfermera	%	Total	%
Total	21	84,0%	0	0,0%	4	16,0%	25	100,0%

**Gráfico N°10**



**Fuente:** Elaboración propia

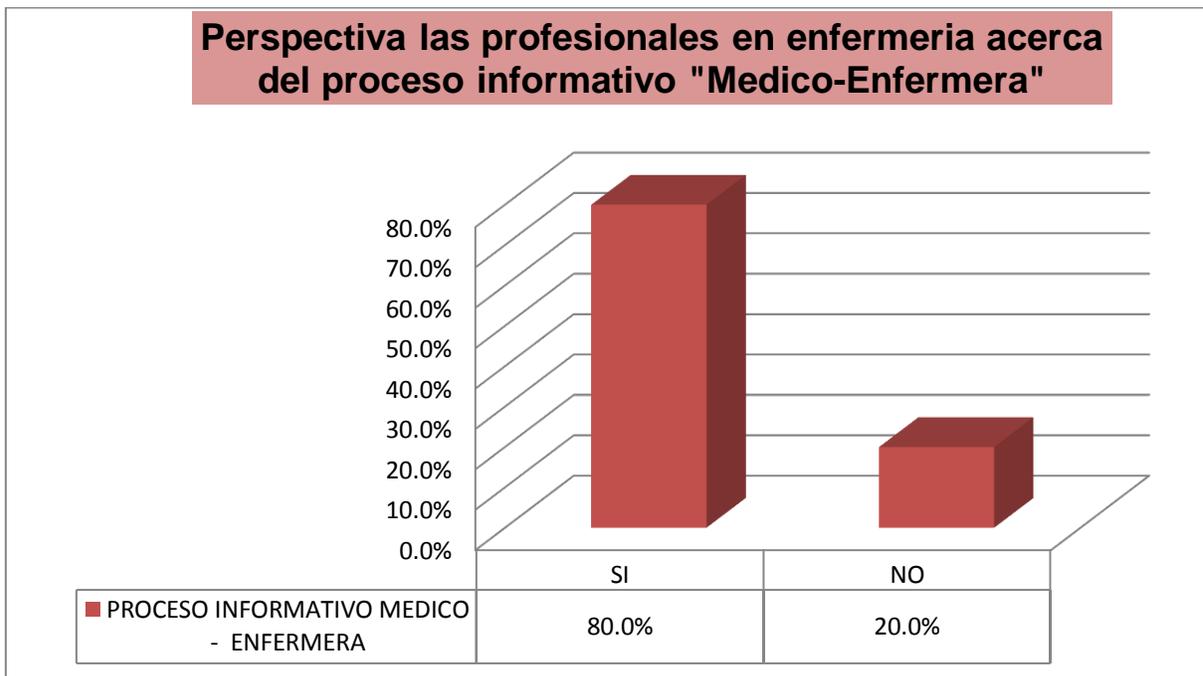
**Análisis:** El mayor porcentaje se encuentra representado con el 84% indicando que el Médico es el encargado de brindar información a los padres.

**Tabla N°11**

**Descripción porcentual relacionado a la perspectiva del proceso de informativo “medico- enfermera” en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer Trimestre 2018.**

Proceso informativo médico - enfermera	Si	%	No	%	Total	%
Total	20	80,0%	5	20,0%	25	100,0%

**Gráfico N°11**



**Fuente:** Elaboración propia

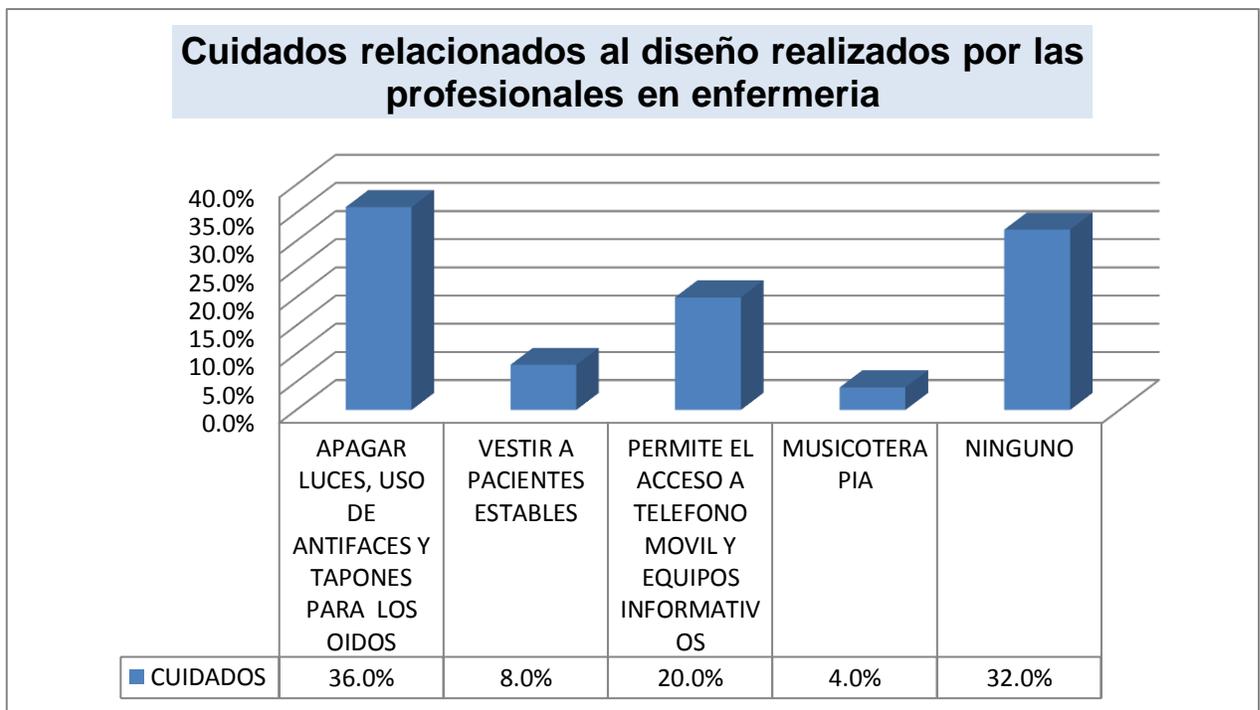
**Análisis:** El mayor porcentaje se encuentra representado por el 80% de las enfermeras quienes indican que debería existir el proceso informativo “medico - enfermería”, porque enfermería lleva más tiempo con los pacientes, para una mejor comunicación, información completa, trabajo en equipo, ambos son responsables.

**Tabla N°12**

**Descripción porcentual de los cuidados de enfermería relacionada al diseño de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer trimestre 2018.**

Cuidados	Total	%
Apagar luces, uso de antifaces y tapones para los oídos	9	36,0%
Vestir a pacientes estables	2	8,0%
Permite el acceso a teléfono móvil y equipos informativos	5	20,0%
Musicoterapia	1	4,0%
Ninguno	8	32,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>

**Gráfico N°12**



**Fuente:** Elaboración propia

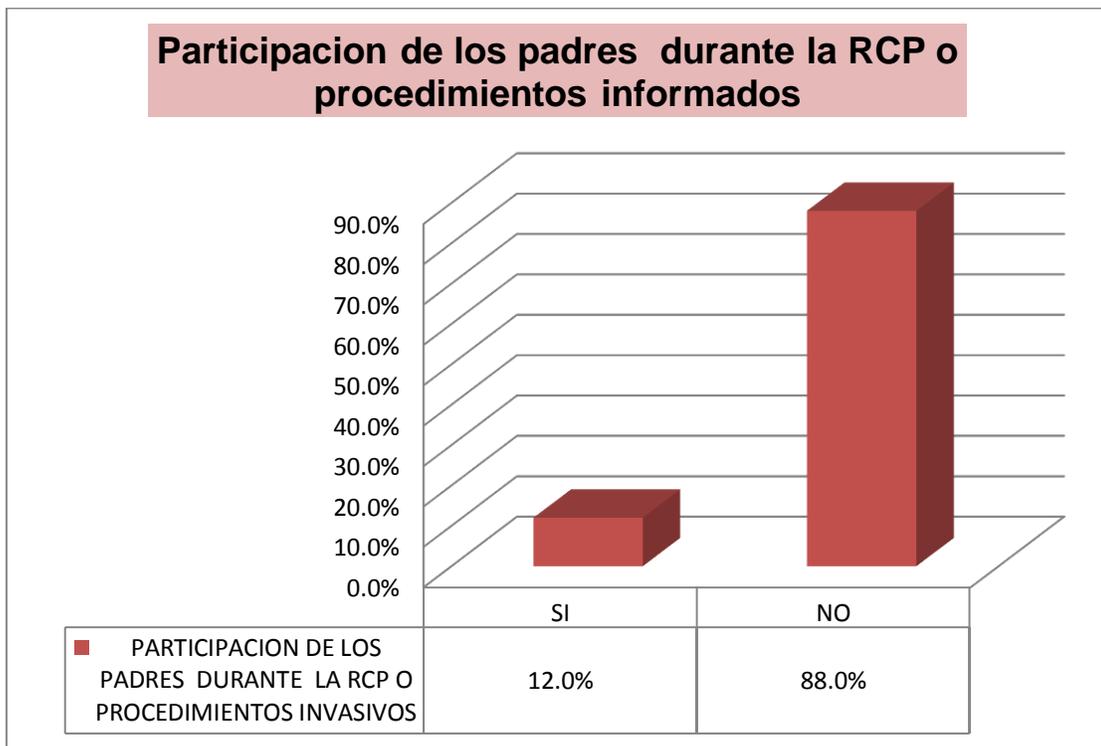
**Análisis:** Con una mayor porcentaje de 68% del personal de enfermería realiza cuidados relacionados a mejorar el bien estar del paciente crítico. El 32 % no realiza ningún cuidado.

**Tabla N°13**

**Descripción porcentual relacionada a la participación de los padres durante la RCP y procedimientos invasivos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” Tercer trimestre 2018.**

	Si	%	No	%	Total	%
Participación durante la RCP o procedimientos invasivos	3	12,0%	22	88,0%	25	100,0%

**Gráfico N°13**



**Fuente:** Elaboración propia

**Análisis:** El 88% del personal de enfermería indica que no hicieron participes a los padres durante la RCP o Procedimientos Invasivos. Mientras que el 12% observó la participación de los padres; manifestando que el padre tiene derecho a saber la verdad, estar preparados para el deceso.

## X. CONCLUSION

1. La caracterización de las 25 licenciadas en enfermería encuestadas de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliga Uría”, se encuentra representado por el sexo femenino con el 92%, el 44% de 31 a 40 años de edad, el 80% son católicos, el 52% tiene de 2 a 4 años de trabajo en la UCIP y con un mínimo porcentaje de 11 a 19 años de trabajo representado por el 12%, el 72% cursaron estudios de Post Grado en el área de Terapia Intensiva.
2. El grado de conocimiento del personal de enfermería es mínima representado por el 12% acerca de la teoría de comprensión facilitada, participación familiar y humanización, el 88% no tiene conocimiento, el 80% indican que no se cuenta con normas y estrategias que contemplen la humanización en la UCIP
3. Los Cuidados Humanizados son relacionados a la participación de los padres indicando que el 100% del personal de enfermería permite realizar de uno hasta cuatro cuidados de enfermería, el 48% permite realizar todos los cuidados a los padres de familia como cambiarles el pañal, alimentarles, bañarles , cantarles, tocarle, cambios posturales, darles la mano, confort , fisioterapia. El 92% del personal de enfermería realiza la respectiva explicación y tiene la percepción de ser beneficioso para ambas partes. El 68% de las enfermeras tiene la sensación de cuestionamiento por parte de los padres mediante la observación directa.

En relación a las visitas familiares el 92% de las enfermeras encuestadas indican que se cuenta con horarios establecidos de treinta minutos por la mañana y por la tarde en la UCIP, el 8% emplea la estrategia de puertas abiertas durante el día.

En relacionado a la comunicación el 84% indica que el Médico es el encargado de brindar información a los padres, 80% indican que debería existir el proceso pacientes, para una mejor comunicación, información completa, trabajo en equipo, ambos son responsables.

En relacionado al diseño de la UCIP el 68% del personal de enfermería realizan cuidados relacionados a mejorar el bien estar del paciente Crítico como: apagar luces, uso de antifaces, tapones para los oídos, vestir a pacientes estables,

permite el acceso a teléfono móvil y equipos informáticos, el 32% no realiza ningún cuidado.

4. El 88 el personal de enfermería no observa la participación de los padres durante la RCP o procedimientos invasivos sin embargo el 12% indica que los médicos hacen partícipes a los padres porque los padres tiene derecho a saber la verdad y estar preparados para el deceso.

En la Guías de la AHA para RPC Y ACE DEL 2015 “Permitir la presencia, e incluso colaboración de familiares” basada en los posibles efectos beneficiosos.

## **XI. RECOMENDACION**

1. Humanizar es buscar la excelencia, desde un punto de vista multidimensional abordando todas las facetas de una persona y no solamente la clínica, aportando mayor cercanía y ternura, con autocrítica y capacidad de mejora.
2. Las Unidades de Cuidados Intensivos y los profesionales del enfermo crítico tienen el compromiso moral de liderar el cambio:
  - ✓ Flexibilizando en la política de visitas de las UCI, el cambio en la apreciación de los familiares (que pasan a ser objetivo de los cuidados de enfermería)
  - ✓ Implicación en los cuidados del paciente, línea de investigación que debe continuar avanzando.
  - ✓ Los trabajos sobre aspectos éticos, como la intimidad del paciente o la muerte del mismo en UCI, que han sido objeto de menor número de estudios, posiblemente vayan aumentando debido al aumento de la esperanza de vida de la población y las posibilidades de la tecnología en soporte vital.
3. Incorporar ESTRATEGIAS que tender las necesidades de los familiares de pacientes ingresados mediante un abordaje multidisciplinar, identificando las necesidades individuales de las familias para planificar intervenciones efectivas.
4. Planteando intervenciones para integrar a las familias en el cuidado de los pacientes
5. Estableciendo criterios de transmisión de información según competencias, de manera que la necesidad de información de las familias queden cubiertas.
6. Actuaciones de tipo estructural, organizativo, protocolario, social etc. Es por ello que se incide en señalar que todos estos aspectos requieren de un enorme esfuerzo multidisciplinario.
7. Flexibilizando las políticas de visitas, abrir las puertas de la UCI liberalizando el horario de visitas y mejorar los cuidados dirigidos a la familia es una de las asignaturas pendientes que no debemos retrasar más. Debemos dotar a la UCIP de modernos respiradores y equipos de monitorización, pero también debemos invertir en organización, diseño, bienestar ambiental y humanización. Necesitamos rediseñar la práctica clínica para que la atención en la UCI sea más

confortable y humana. No se debe aplazar más el cambio ya que es una demanda social y profesional ineludible.

8. Realizar estudios de Investigaciones que contemplen aspectos Éticos de Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, por ejemplo, muy poco se conoce sobre efectos de la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar o acerca de la presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos, como paso de catéteres o intubación endotraqueal y cuidados al final de la vida.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pérez G. El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. 2012 ; 24-6.
2. Pardavila M. Necesidades de la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos. 2012; 51-67.
3. Cabrera S. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: Percepción de los familiares y del profesional. 2011;(6):273-80.
4. Salazar B. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. 2013; 34-45.
5. Farrell M. Visiting hours in the Nurs Forum. 2005(1):18-28.
6. Zaforteza C. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? E 2013;109-19.
7. Zaforteza L. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. 2014;11-9.
8. Escalante U. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. 2014; 50-61.
9. Ruiz M. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. 2015; 29-33.
10. García M. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. 2011; 20-7.
11. Piera A. La percepción de la soledad en la UCI. Cultura de los Cuidados. 2012; 12-7.
12. Rubio R. Vivirla UCI: diferentes perspectivas. Cultura de los Cuidados. 2012; 55-66.
13. Rodríguez M. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. 2013; 96-108.
14. García S. Cuidando a la familia en UCI. 2014; 1-24.

15. Fawcett J. Análisis y evaluación del conocimiento de enfermería contemporáneo. 2012.; 20-28
16. Secretaría de Salud. Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. México: Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería; 2011.28 -33.
17. Moorhead S. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Barcelona: 2 012; 5-8.
18. García T, Aportaciones de las taxonomías al proceso de enfermería. Desarrollo ;2006;;92-8.
19. Moreno F. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichán. 2015;;44-55.

## XII. ANEXOS

### a) Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y**  
**TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**UNIDAD DE POST GRADO**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **OBJETIVO:**

Determinar los cuidados humanizados por enfermeras a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer Trimestre -2018

Yo.....con

C.I.....autorizo por medio del presente documento y en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento para el Trabajo de Investigación.

Mi participación en este estudio es confidencial, los resultados podrán aparecer en una publicación científica o divulgación en una reunión científica pero de manera anónima, por lo tanto, accedo a participar como sujeto de Investigación en este estudio.

.....  
Firma de la encuestada

.....  
Firma del Investigador

## **b) Cuestionario**

Fecha:.... /.... /....

### **OBJETIVO:**

El presente cuestionario tiene como objetivo: Determinar los cuidados humanizados por enfermeras a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer Trimestre -2018

### **INSTRUCCIONES:**

Lea cuidadosamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que estime verdadera, y responda con letra legible y clara.

#### **A. DATOS GENERALES**

- Sexo:            Masculino ( )    Femenino ( )
- Edad: .....
- Religión:
  - Católica    ( )
  - Cristiana    ( )
  - Adventista ( )
  - Otros:.....
- Años de trabajo en la UCIP:.....
- Grado de Estudio en el Área de Terapia Intensiva:
  - Diplomado    ( )
  - Especialidad    ( )
  - Maestría    ( )
  - Ninguno    ( )
- Turno:.....

**B. RELACIONADO A LA TEORIA:**

**1. La Teoría de la Comprensión Facilitada permite:**

- a. Comprender de forma sencilla y esquemática el problema que involucra a los familiares de los pacientes en la UCI.
- b. Reconocer que las enfermeras, son las personas idóneas para mejorar, aliviar o empeorar el desconocimiento y la experiencia de los familiares.
- c. Establecer objetivos, medios y la situación futura a la que se desea llegar.
- d. La elaboración de un plan de cuidados estandarizado.
- e. Todos
- f. Ninguno

**2. El Proceso de Participación Familia en el Cuidado de la persona en Estado Crítico permite:**

- a. Adoptar un régimen de visitas que favorezca la interacción en el proceso de participación familiar.
- b. Garantizar la medición de la satisfacción de los pacientes y familiares con el proceso, mediante la implementación de instrumentos validados.
- c. Ofrecer la posibilidad de visitas de menores a sus seres queridos.
- d. Todos
- e. Ninguno

**3. Las profesiones de la salud deberá ser, llenos de mística, empatía, respeto, solidaridad, escucha activa, respeto por el ser humano y amar al prójimo como a sí mismo.**

1 SI ( )

2 NO ( )

Porqué.....

**4. ¿De qué depende la Humanización?**

- a. Ampliaciones visitas
- b. Visitas Infantiles
- c. Incorporación de la familia en los cuidados del paciente
- d. Importancia de la Comunicación en la UCIP
- e. Diseño de la Unidad de Cuidados Intensivos





MESES CRONOGRAMA	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>FASE PRELIMINAR</b>												
Elección del tema												
Acopio de bibliografía												
Confección de fichas bibliográficas												
Evaluar la viabilidad y pertinencia de la investigación												
<b>FASE INICIAL</b>												
Elaboración del diseño preliminar												
✓ Diseño Teórica												
✓ Marco Metodológico												
✓ Diseño Metodológico												
Validación de instrumentos de recolección de información												
Elaboración de diseño final del perfil												
<b>FASE DEFINITIVA</b>												
Elaboración del primer borrador												
Recolección de datos												
Tabulación de resultados												
Elaboración de conclusiones y recomendaciones												
Elaboración del trabajo final y												



## Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos



Paciente, padres de familia y personal de la UCIP  
“Primera Cirugía Cardiovascular”- Atención Postoperatoria.



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**UNIDAD DE POST GRADO**



**TALLER DE ACTUALIZACION:**

**ATENCION HUMANIZADO A PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO  
“DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”**

**POSTULANTE:** Lic. Marisol Santusa Choque Paxipati

**ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION DE LA ESPECIALIDAD  
EN ENFERMERIA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA  
LA PAZ- BOLIVIA**

**2018**

## INDICE DE CONTENIDOS

I.-INTRODUCCIÓN .....	1
II.-JUSTIFICACIÓN .....	2
III.-OBJETIVO GENERAL .....	5
IV.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
V.-DESARROLLO DE TRABAJO .....	6
VI.- PROGRAMA”HUMANIZANDO CUIDADOS INTENSIVOS” .....	7
A. Programa .....	8
B. Decálogo de Humanización de los Cuidados.....	11
C. “1 Año, 12 Meses – 12 Compromisos” .....	12
6.1. - UCIP DE PUERTAS ABIERTAS .....	13
6.1.1.-Definición .....	13
6.1.2.-Objetivos .....	13
6.1.3.-Ejecutante (Recursos Humanos).....	13
6.1.4.- Actividades.....	13
6.2. - COMUNICACION.....	15
6.2.1.-Definición .....	15
6.2.2.-Objetivos .....	15
6.2.3.-Ejecutante (Recursos Humanos).....	15
6.2.4.- Actividades.....	15
6.3. BIENESTAR DEL PACIENTE .....	17
6.3.1.-DEFINICIÓN .....	17
6.3.2.-OBJETIVOS .....	17
6.3.3.-EJECUTANTE (Recursos Humanos) .....	17
6.3.4. ACTIVIDADES.....	17
6.4. - PRESENCIA Y PARTICIPACION DE LOS FAMILIRES EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS.....	20
6.4.1.-Definición .....	20
6.4.2.-Objetivos .....	20

6.4.3. - Ejecutante (Recursos Humanos).....	20
6.4.4.- Actividades.....	20
6.5.- CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA .....	22
6.5.1.-Definición .....	22
6.5.2.-Objetivos .....	22
6.5.3.-Ejecutante (Recursos Humanos).....	22
6.5.4.-Actividades.....	22
6.6.- INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA .....	23
6.6.1.-Definición .....	23
6.6.2.- Objetivo General .....	23
6.6.3.-Objetivos .....	23
6.6.4.-Ejecutante (Recursos Humanos).....	23
6.6.5.- Actividades.....	23
VII.- RECOMENDACIONES.....	27
VIII. BIBLIOGRAFIA .....	28

## I.-INTRODUCCIÓN

Servicios de Medicina Intensiva (SMI) de la Comunidad de Madrid se ha puesto en marcha iniciativa sobre Flexibilización de los horarios de visitas, medidas para mejorar el bienestar para pacientes y familiares. , estudios de satisfacción y protocolos de adecuación de los cuidados al final de la vida.

Consejería de Sanidad ha priorizado la HUMANIZACION de la asistencia en el ámbito de la Comunidad de Madrid como una de las estratégicas de la presente legislaturas, prestando una atención excelente, humanizada y centradas en las personas, siendo lugares más amables para los pacientes, familias y los profesionales.

El 2015 en el mes de Septiembre se creó un Comité Técnico, representante (SOMIAMA) Sociedad de Medicina Intensiva de la Autonomía de Madrid constituidos por profesionales (médicos, enfermeras, intensivistas pediátricos, fisioterapeutas), comprometidos en actividades de humanización, priorizando los siguientes programas:

- ✓ UCI de Puertas Abiertas
- ✓ Comunicación
- ✓ Bienestar del Paciente
- ✓ Presencia y participación de los familiares en los Cuidados Intensivos
- ✓ Cuidados al profesional
- ✓ Prevención, manejo y seguimiento post-cuidados Intensivos.
- ✓ Infraestructura Humanizada
- ✓ Cuidados al final de la vida

Con motivo de las XX Jornadas de Humanización llevadas a cabo en el Hospital Universitario de Torrejón (MADRID), se pone de manifiesto para humanizar los Cuidados Intensivos el 6 de Mayo del 2015.

## II.-JUSTIFICACIÓN

El uso intensivo de la Tecnología ha podido relegar las necesidades humanas y emocionales de paciente, familia y profesionales a un segundo plano.

Recuperar el compromiso de servicio y entrega, que en origen alimentó nuestra vocación como profesionales.

La Atención Integral requiere subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética. Necesidad de grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y comprensión.

- ✓ Las visitas de familiares a los pacientes ha sido seguido un modelo restrictivo. Actualmente se dispone de evidencia suficiente como para argumenta y promover un cambio en esta Política. Las barreras para una mayor flexibilización de horarios radican en la fortaleza de hábitos fundamentados en la costumbre y la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes. La solución tiene que ver con la divulgación y la formación, basada en la experiencia de éxito de otras UCIP aperturista de la Política de Visita.
- ✓ A pesar del avance de las nuevas tecnologías que parecen suplir la intervención humana, es necesario impulsar y mejorar la comunicación efectiva entre profesionales, paciente y familiares. Informar adecuadamente en estas situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas, para las que la mayoría de los profesionales no han recibido información específica. Una correcta comunicación con paciente y familia ayuda a crear un clima de confianza y respeto, la toma conjunta de decisiones, En España existe rigidez en estas políticas: el 80% de las Unidades informan una vez al día y solo en un 5% se informa a demanda de los familiares. Es excepcional también la información conjunta médico-enfermera 3,1%.Es descartable que la participación de enfermería en la información es en general, insuficiente y no claramente definida, a pesar del papel fundamental que desarrollan en los cuidados del enfermo crítico y sus familiares.

Muchos de los pacientes que fallecen en una UCIP lo hace sin poder comunicar sus necesidades y deseos al final de la vida, o dar mensajes a sus seres queridos. Todo ello hace imprescindible que se mejoren los intentos de comunicación con el paciente con capacidad de comunicación limitada promoviendo el uso de sistemas aumentativos de comunicación.

- ✓ Pretender el Bienestar del paciente debería ser actualmente un objetivo tan primordial como pretender una curación. En la UCIP se suman elementos perturbadores como soledad al verse separado de sus familiares, vulnerabilidad, dependencia de la máquina de soporte vital en muchos casos, la pérdida total de autonomía y movilidad, la incapacidad para comunicarse en gran cantidad de ocasiones la pérdida de identidad, la falta de información con el desconocimiento de que está pasando y de su pronóstico, etc. Otros aspectos tan perturbadores como la falta de descanso nocturno, el ruido, la sed, el frío o el calor. Aliviar el malestar psicológico probablemente exija profesionales con un cambio en la forma de trabajo. Este cambio debe evitar una ruptura con los lazos familiares debe favorecer su autonomía y su dignidad siempre.
- ✓ Los familiares desean participar en el cuidado del paciente. Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias podrían colaborar en algunos cuidados, siempre bajo el entrenamiento y supervisión de los familiares sanitarios. Dar la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener un efecto positivo sobre el paciente, sobre ellos mismos y sobre el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas. La participación de los familiares en las rondas diarias mejora la comunicación y favorece la oportunidad de hacer preguntas y clarificar la información, incrementando la satisfacción de los familiares.
- ✓ El entorno físico de la UCIP debe permitir que el proceso asistencial se desarrolle en un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico

de paciente, profesional y familiar. Un entorno que evite el estrés estructural y promueva el confort, en sus condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario y decoración.

- ✓ Ofrecer los mejores cuidados, incluidos los del final de la vida por los cual el Comité Ético de la SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE establece que los cuidados paliativos e intensivos no son opciones mutuamente excluyente sino que deberían coexistir, e que el equipo sanitario tiene la obligación de proporcionar tratamiento que alivien el sufrimiento que se origine de fuentes físicas, emocionales, sociales y espirituales.

### **III.-OBJETIVO GENERAL**

Ejecutar el taller de actualización: Atención humanizado a pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”.

#### **IV.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Desarrollar Estrategias de flexibilización de horario de Visitas
2. Impulsar y mejorar la comunicación efectiva profesionales, paciente y familiares.
3. Mejorar y garantizar el confort del paciente, en aspecto físico psicológico, espiritual y ambiental.
4. Integrar a las familias en el proceso de atención al paciente de la UCIP.
5. Promover un entorno estructural en las UCIP que garantice el confort. , ambiente saludable.
6. Asegura cuidados al final de la vida.

#### **V.-DESARROLLO DE TRABAJO**

- **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**-Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinaria en un espacio específico del hospital , que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y

organizativos, de forma que garantice las condiciones de Seguridad, Calidad y Eficiencia adecuadas para atender pacientes Crítico.

- **PROYECTO HU-CI.-** Sociedades Científicas, la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) y la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI) han concedido su Auspicio y Aval Científico a Proyecto HU-CI. , cuarta y quinta sociedad científica que avalan esta bendita locura, y nos sirve de estímulo para seguir en la misma línea en la que venimos trabajando, integrando a todos en una búsqueda conjunta y global para que las UCI de todo el mundo sean espacios más amables para todos: pacientes, familias y profesionales.
- **UCIP DE PUERTAS ABIERTAS.-** Unidades entre cuyos objetivos se encuentra la reducción o eliminación de cualquier limitación impuesta en las dimensiones temporal, física y de relaciones para las que no haya justificación.
- **COMUNICACIÓN.-** El traspaso de información (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no solo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y exigen procedimientos estructurados que los hagan más efectivos y seguros. Dar relevancia a este proceso, un liderazgo adecuado y el uso de herramientas que faciliten la participación multidisciplinar son elementos clave en la mejora de la comunicación.
- **BIENESTAR DEL PACIENTE.-** Factores que causan sufrimiento y di confort a los pacientes críticos. Los pacientes sufren dolor, sed, frío y calor, dificultad para descansar por exceso de ruido o iluminación y se ven limitados en la movilización, muchas veces por el uso de contenciones innecesarias, o en la comunicación. Bienestar implica promover medidas encaminadas a tratar o

mitigar estos síntomas asegurando el bienestar de los pacientes constituye un objetivo principal en la atención del enfermo crítico.

- **PRESENCIA Y PARTICIPACION DE LOS FAMILIRES EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS.-** Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, ellos mismos y sobre el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas.
- **INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA.-** El entorno físico de las UCI debe permitir que el proceso asistencial se realice en un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares.
- **CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.-** Los cuidados paliativos e intensivos no son opciones mutuamente excluyentes sino que debieran coexistir durante todo el proceso de atención del enfermo crítico.
- **DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS.-** Conjunto de diez mandamientos, reglas que se consideran básicas para una actividad de Humanización de los Cuidados de Enfermería.

## VI.- PROGRAMA "HUMANIZANDO CUIDADOS INTENSIVOS"

### A. Programa



VAMOS A ESCRIBIR UCI CON "H", EN EL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"

INVITACION	PROGRAMA
<p>La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría", tienen el agrado de invitarle(s) a usted (s) a la Presentación del:</p> <p><b>"ESTRATEGIAS HU-CI"</b></p> <p>Que se realizara el día lunes 31 de octubre a horas. 18:00 a.m. en Instalaciones de la Unidad "Sala de Reuniones".</p> <p>Agradecemos de antemano su gentil concurrencia</p> <p>La Paz, Octubre del 2018</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Palabras de bienvenida a Cargo de la Lic. Soledad Quispe, Jefa de Enfermeras de la UCIP.</li><li>2. Exposición del Temario a cargo de la Lic. Marisol Choque Paxipati, Enfermera de la UCIP.</li><li>3. Refrigerio</li><li>4. Entrega de Certificados</li><li>5. Entrega de Decálogo de Humanización de los Cuidados.</li><li>6. Entrega del Proyecto "1 año, 12 meses para 12 Compromisos"</li><li>7. Palabras de clausura a cargo de Dr. Alfredo Rodríguez Jefe de la UCIP.</li></ol>

## TEMARIO

<b>UCI DE PUERTAS ABIERTAS : Presencia y participación de los familiares en los cuidados</b>	Sensibilización de los profesionales
	Accesibilidad
	Contacto
	Presencia y participación en procedimiento y cuidado
	Soporte a las necesidades emocionales y psicológicas de los familiares

<b>COMUNICACIÓN</b>	Comunicación en el equipo
	Comunicación e información a la familia
	Comunicación con el paciente

<b>BIENESTAR DEL PACIENTE</b>	Bienestar físico
	Bienestar psicológico
	Promoción de la autonomía del paciente
	Bienestar ambiental y descanso nocturno

<b>CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA</b>	Control de síntomas físicos
	Acompañamiento en situación al final de la vida
	Cobertura de necesidades y preferencias emocionales y espirituales
	Implicación multidisciplinar en la decisión y desarrollo de medidas de limitación de tratamiento se soporte vital (LTSV)

<b>INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA</b>	Privacidad del paciente
	Confort ambiental del paciente
	Orientación del paciente
	Confort en el área de familiares
	Confort y funcionamiento en el área de cuidados
	Confort en el área administrativa
	Distracción del paciente
	Habitaciones de espacio en jardines o patio
	Señalización y accesibilidad

## B. Decálogo de Humanización de los Cuidados



**1.- PRESENTARSE**  
(Hola, me llamo Marisol y soy enfermera)



**2.- DIRIGirse A LOS PACIENTES POR SU NOMBRE**  
(¿Cómo se encuentra hoy Yesica)



**3.- UTILIZAR LAS PALABRAS MAGICAS QUE FACILITAN LA COMUNICACION** (Hola. Adiós, por favor, gracias y perdón)



**4.- CONOCER SI HA REALIZADO EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS**



**5.- RESPETAR CREENCIAS, DESEOS Y VALORES DE LOS PACIENTES**



**6.- INFORMAR A LOS PACIENTES DURANTE TODA LA ESTANCIA** (Transmitir cercanía, dar la mano, sonreír, escucha activa y empatía con el paciente)



**7.- TOMAR DE DECISIONES COMPARTIDAS**



**8.- RESPETAR LA INTIMIDAD DEL PACIENTE Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS**  
(Realizar la higiene del paciente con el máximo respeto. No hablar nada íntimo de los paciente salvo para la atención sanitaria «DEBER DE SECRETO»).



**9.- EN CASO DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO** (Informar, manejo de dolor y de la sedación, flexibilizar visitas y apoyo emocional)



**10.- ATENCIÓN AL DUELO** (Permitir acompañamiento y apoyo emocional a la familia)

Servicio Andaluz “Consejería de Salud”

Hospital Regional Universitario de Málaga.

## C. “1 Año, 12 Meses – 12 Compromisos”



- 1.- ENERO:** Musicoterapia en la HU-CI
- 2.- FEBRERO:** Cuidando al Profesional, Cuidamos a los pacientes: “Recuperar la Vocación”
- 3.- MARZO:** Rompemos Barreras, más acompañamiento; la HU- CI de Puertas Abiertas.
- 4.- ABRIL:** La HU-CI sale de la UCI, somos personas que cuidan de Personas. Campaña de Información a la Ciudadanía
- 5.- MAYO:** Compartimos experiencias: encuentros con las Familias entre familias
- 6.- JUNIO:** Un pasito más: ver el paisaje: sacamos a los pacientes estables de sus Unidades, tenemos unos Ventanales Preciosos
- 7.- JULIO:** Seguimos rompiendo barreras: las familias entran a la HU-CI a colaborar con los Cuidados del Paciente, aseo, ETC.
- 8.- AGOSTO:** Tecnologías para los pacientes: TV, móvil, Facebook.... ¿Porque no?
- 9.- SEPTIEMBRE:** Respeto a la Intimidad del paciente: una prioridad en la UCI
- 10.- OCTUBRE:** La vida al salir de la HU-CI. Prevención del estrés Postraumático
- 11.- NOVIEMBRE:** Una HU-CI para todos. Cuestionario de satisfacción, ideas y sugerencias para la familia- pacientes y profesionales.

## **6.1. - UCIP DE PUERTAS ABIERTAS**

### **6.1.1.-Definición**

Puertas Abiertas se puede Definir como aquellas Unidades entre cuyos objetivos se encuentra la reducción o eliminación de cualquier limitación impuesta en las dimensiones temporal, física y de relaciones para las que no haya justificación

### **6.1.2.-Objetivos**

- Sensibilizar a los profesionales sobre los beneficios de la implantación del Modelo de UCIP de Puertas Abiertas para los pacientes, familiares y profesionales
- Facilitar la accesibilidad de los familiares de pacientes a las UCI
- Favorecer el contacto y la relación de familiares con el paciente durante su estancia en la UCIP

### **6.1.3.-Ejecutante (Recursos Humanos)**

Equipo Multidisciplinario.

### **6.1.4.- Actividades**

1. La UCIP “DE PUERTAS ABIERTAS”, contempla actuaciones en relación con la liberalización de tiempo y del número de personas que pueden visitar a los pacientes, proximidad (contacto físico, salas de espera cercanas) y comunicación. Normativa de visitas que responda a las necesidades del paciente y las familias sin dificultad las actividades de los profesionales, mediante la :
  - ✓ Liberalización del horario de visitas o visitas amplias
  - ✓ Visitas de adolescentes niños
  - ✓ Acompañamiento del paciente en el proceso de morir
2. Retirada de barreras habituales innecesarias (salvo casos especiales).

3. Reconocimiento del paciente como persona autónoma, capaz de decir quién es la familia referente
4. Valoramos a cada paciente individualmente, siguiendo criterios clínicos y de otro tipo
5. Horarios de Visita de 12:30 a 13:00 y 17:30 a 18:00, si no puede estar a esa hora, le pediremos informar a la enfermera responsable
6. La UCIP puede autorizar a algunas familias un horario amplio y flexible de visitas, dejando para ello las puertas abiertas que deberán recibir instrucciones que les indicara la Enfermera Encargada
7. La espera de los familiares previa a la visita ha de realizarse exclusivamente en la sala de espera nunca en los pasillo internos de la UCIP
8. Cada paciente podrá ser visitado por un familiar a la vez siendo turnado por otro familiar
9. Los niños no tienen prohibido la entrada pero su ingreso es valorada individualmente.
10. Resulta recomendable que la permanencia continua de la familiar será identificada como cuidador principal
11. Como medida importante para prevenir las infecciones deben lavarse las manos antes y después de visita
12. Facilitación de la comunicación de los pacientes con sus familias
13. Facilitación de la comunicación de la Familia con los Profesionales.
14. Realización de actividades divulgativas de experiencias de Puertas Abiertas y experiencia de otras Unidades que este implementando el Modelo
15. Realización de sensación informativa, analizando barreras y soluciones a la implantación del nuevo modelo.

## **6.2. - COMUNICACION**

### **6.2.1.-Definición**

La comunicación está definida como la acción y efecto de comunicar. Es un proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra por medio de códigos orales, escritos y otro tipo de señales; algunas de las herramientas que son utilizadas en el proceso comunicativo son: el teléfono, el fax y los medios electrónicos.

Una comunicación clara y efectiva en el escenario médico ha demostrado ser esencial para proporcionar atención médica de alta calidad y además para garantizar mayor seguridad para el paciente. El incumplimiento de sus principios produce errores médicos y muchas veces compromete la seguridad y la vida del paciente

### **6.2.2.-Objetivos**

- Desarrollar herramientas que aseguren el traspaso correcto de la información relevante del paciente entre todos los miembros del equipo y mejoren el trabajo en equipo.
- Facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación adecuada y empática con los familiares por partes de todos los miembros del equipo, para llegar a una satisfactoria relación de ayuda, así como facilitar la accesibilidad a la información

### **6.2.3.-Ejecutante (Recursos Humanos)**

Equipo Multidisciplinario

### **6.2.4.- Actividades**

1. Traspaso de información en el cambio de turno
2. Realización de rondas diarias por el equipo multidisciplinario
3. Incorporación de Herramientas específicas para la mejora de la comunicación efectiva: Objetivos diarios/ Listados de Verificación.
4. Realización de actividades formativas para los profesionales de UCIP, trabajo en equipo y comunicación efectiva. (Simulación Clínica).

5. Existencia de espacios adecuados y suficientes para la información a familiares
6. Implementación de proceso de Información conjunta, Medico- Enfermera a pacientes y familiares.
7. Realización de actividades formativas en técnicas de comunicación y malas noticias/talleres de simulación.
8. Consideración diferentes estrategias: flexibilidad de horarios, aumento de la frecuencia de información, llamadas telefónicas en casos seleccionados
9. Disposiciones de sistemas de comunicación no verbales aumentativa /alternativa (Tablas alfabéticas, códigos gestuales, imágenes o preguntas estructurales con respuestas si/no, pudiendo incluye nuevas tecnologías como la comunicación a través de la mirada)

## **6.3. BIENESTAR DEL PACIENTE**

### **6.3.1.-DEFINICIÓN**

El bienestar es un concepto que se vincula estrechamente a cómo uno se siente consigo mismo, cómo se siente con los demás y sobre su vida en general.

### **6.3.2.-OBJETIVOS**

- Promover medidas que eviten o disminuyan las molestias físicas y que favorezcan la recuperación motora precoz
- Promover actuaciones encaminadas a disminuir el sufrimiento psicológico del paciente y atender las demandas espirituales
- Establecer medidas que promuevan la autonomía del paciente y faciliten su conexión con el exterior
- Promover medidas que faciliten el ritmo vigilia-sueño y el descanso nocturno, así como otras medidas de bien estar ambiental.

### **6.3.3.-EJECUTANTE (Recursos Humanos)**

Equipo Multidisciplinario

### **6.3.4. ACTIVIDADES**

1. Implementación de fisioterapia precoz en los pacientes críticos (motora y/o respiratoria), asociada a movilización/ sedestación precoz y cambios posturales reglados
2. Valoración sistemática de sensaciones de discomfort en el paciente (sed, frío, calor, etc.) y alivio de las mismas en la medida de lo posible
3. Evaluación al ingreso y periódicamente del dolor del paciente pediátrico.
4. Facilitar medios de entrenamiento para los pacientes con la regulación de utilización (lectura, dispositivos, multimedia, radio, TV )

5. Permitir el uso :

- ✓ gafas
- ✓ audífonos
- ✓ calendario
- ✓ reloj visible
- ✓ Control luz ambiental

6. Permitir la disponibilidad de objetivos familiares para el paciente

7. Ver medidas confort ambiental

8. Evitar monitorización horaria innecesaria, durante el sueño.

9. Medidas para facilitar el sueño y ayudar a mantener el ciclo vigilia-sueño (tapones, antifaz, música, masaje, fármaco)

10. Favorecimientos de los cuidados o atención espiritual/ religiosa si el paciente o sus familiares lo demandan

11. Promoción de la de ambulación controlada

12. Regulación del uso de la Telefonía móvil (Favorecer el contacto con familiares y disminuir la sensación de aislamiento)

13. Control del ruido ambiental: procurar mantener un ambiente lo menos bullicioso posible para mejorar el confort de los pacientes y su recuperación, disminuir el delirium y el estrés postraumático:

14. Medición del ruido ambiental: colocación de medidores de decibelios en toda las unidades con aviso luminoso cuando se sobrepasen los límites establecidos

15. Ajustes del tono de las alamas, teléfono durante la noche.

16. Control de la Luminación:

- ✓ Ajuste de la luz ambiental nocturna con posibilidad de disminuir la intensidad general por la noche en los espacios comunes e individualizarla en cada Unidad.

✓ Favorecer la iluminación exterior durante el día. (Con luz natural)

17. Disminución de las actividades o intervenciones sobre los pacientes en los periodos de descanso

18. Promoción de la Musicoterapia: efecto beneficioso de la música en los pacientes críticos, reduciendo la ansiedad y respuesta filológica, con disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria y presión arterial sistólica. Se recomienda música relajante.

## **6.4. - PRESENCIA Y PARTICIPACION DE LOS FAMILIRES EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS**

### **6.4.1.-Definición**

Los conocimientos acerca de las necesidades de los padres durante el acompañamiento del niño enfermo, en el contexto hospitalario, permiten destacar el interés y la participación de los padres en los cuidados de la salud en pediatría, de modo a contribuir para obtener una atención a la salud calificada y humanizada.

### **6.4.2.-Objetivos**

- Ofertar a la familia la participación en los cuidados básicos del paciente y en determinados procedimientos
- Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales y psicológicas de las familias.

### **6.4.3. - Ejecutante (Recursos Humanos)**

Equipo Multidisciplinario

### **6.4.4.- Actividades**

1. Realizar de procedimientos que contemplen la participación de la familia e los cuidados básicos del paciente:
  - ✓ Cambiarles el pañal
  - ✓ Alimentarles
  - ✓ Bañarles
  - ✓ Cantarles
  - ✓ Tocarles
  - ✓ Cambios Posturales
  - ✓ Darles la mano
  - ✓ Confort
  - ✓ Fisioterapia (Bajo supervisión).
2. Creación de la figura de cuidador principal en pacientes con estancias prolongadas
3. Implementación de instrumentos (Formulario) de oferta a los familiares de acompañar al paciente en determinados procedimientos

4. Utilizar herramientas para identificar las necesidades emocionales y psicológicas de los cuidadores.
5. Regulación del uso de la Telefonía Móvil (favorecer el contacto con familia y disminuir la sensación de aislamiento )
6. Disponibilidad de apoyo psicológico.

## **6.5.- CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA**

### **6.5.1.-Definición**

Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1990 los Cuidados Paliativos como “El cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares”.

### **6.5.2.-Objetivos**

- Controlar los síntomas físicos en los pacientes en situaciones al final de la vida
- Facilitar el acompañamiento de los pacientes en situaciones al final de la vida
- Cubrir las necesidades emocionales y espirituales a los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida.
- Asegurar el respeto d las preferencias de los pacientes y la autonomía
- Asegurar la participación de todos los profesionales

### **6.5.3.-Ejecutante (Recursos Humanos)**

Equipo Multidisciplinario

### **6.5.4.-Actividades**

1. Instauración de sedación paliativa adecuada a los pacientes en situación al final de la vida
2. Implantación de horarios flexibles de visitas para familiares de los pacientes en situación al final de la vida Integración de mecanismos de soporte emocional para los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida
3. Siempre que sea posible, se realizara por consenso contando con la participación de enfermería y de otros profesionales implicados en la atención del paciente.

## **6.6.- INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA**

### **6.6.1.-Definición**

Espacios que sean funcionales, eficientes, ergonómicos, confortables, cálidos y amables y que cuiden a todos los usuarios para mejorar la experiencia.

La infraestructura humanizada podría repercutir económicamente de forma positiva, además de los beneficios físicos y psicológicos para todos: menos errores, menores estancias, menor necesidad de sedantes y hasta quizás menos bajas laborales, menos costes de mantenimiento y limpieza y sobre todo: una mayor satisfacción de los protagonistas.

### **6.6.2.- Objetivo General**

Presentar Propuesta de Guía “Infraestructura Humanizada “a mediano Plazo en el Hospital Del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría Ciudad de La Paz.

### **6.6.3.-Objetivos**

- Asegurar la privacidad del paciente
- Asegurar el confort ambiental del paciente
- Fomentar la comunicación y la orientación del paciente
- Fomentar la distracción del paciente
- Habilitar espacios en jardines o patios para pacientes con garantía de acceso a los mismos (silla de ruedas, cama, etc.)
- Garantizar el proceso educativo de los pacientes en edad escolar durante su estancia en la UCIP
- Asegurar el confort y la funcionalidad en el área de cuidados
- Asegurar el confort en el área administrativa
- Asegurar el confort en el área de familiares y padres (UCIP)
- Asegurar el funcionamiento específico en las UCIP

### **6.6.4.-Ejecutante (Recursos Humanos)**

Equipo Multidisciplinario

### **6.6.5.- Actividades**

1. Instalación de Biombos, cortinas y demás elementos separadores entre las unidades que hagan su privacidad. Todos ellos deben ser fácilmente lavables Habitaciones individuales, a ser posible con ventana y puertas traslucidas, con Cama para la madre, siempre que sea posible
2. Habitación con baño o cercanos a baños compartidos o al menos asegurar una mínima intimidad para las funciones fisiológicas que generan pudor
3. Disponibilidad d luz natural que lleguen con suficiente cantidad y calidad al paciente, siempre que sea posible. Siempre con opción de oscurecimiento.
4. Incorporación de imágenes. Se debe prestar atención además a los techos, que a veces es el único que ve el paciente.
5. Instalación de mobiliario adecuado y su correcta distribución, para crear un espacio funcional, con una vinculación óptima evitando molestias y obstáculos innecesarios.
6. Personalización de la Unidad para crear la sensación de “Personalización del Espacio” con cuadros e imágenes que den calidez al espacio y permitan la personalización individual de cada paciente (fotos de la familia, dibujos de hijos o familiares, tarjetas con mensaje de cariño de amigos y familiares, fotos de grupo musicales, equipos de futbol, etc.)
7. Control autónomo e individualizado en cada unidad de temperatura, humedad y ventilación de acuerdo a normas.
8. Implementación de sistemas de control de luz, ya que es imprescindible la luz natural de calidad y suficiente cantidad en todas las habitaciones de pacientes.
9. Control de ruido por debajo de 40 db .La OMS aconseja un nivel de ruido de 30 decibeles, 35 db en el área de paciente y hasta 10 db para permitir la comunicación.

10. Disponibilidad de conexión visual con el exterior (ventana a una altura adecuada), para no perder la orientación y mantener el ciclo circadiano, siempre que sea posible
11. Disponibilidad de calendario y reloj visibles desde la cama
12. Utilización de pizarras o alfabetos y aplicaciones específicas y sistema de contacto visual para comunicarnos con aquellos pacientes con ventilación mecánica invasiva que no pueden hablar.
13. Implementación de intercomunicador con central de enfermería.
14. Utilización de la luz para lectura en pacientes conscientes
15. Disponibilidad de receptor de televisión, siempre que sea posible
16. Instalación de hilo musical, siempre que sea posible
17. Instalación de conexión de WI-FI para uso de Tablet y móviles que permitan al paciente comunicarse con sus allegados y estar conectados con el mundo exterior, favoreciendo su distracción
18. Disponibilidad de teléfono dentro de la habitación (opcional)
19. Disponibilidad de acceso a juegos, videos infantiles, libros, consolas de videos juegos y material educativo suficientes para todos los niños ingresados y que cubran el rango de edad desde lactantes a adolescentes
20. Aprovechamiento de espacios en jardines o patios para pacientes, con garantía de acceso a los mismos (silla de ruedas, camas, etc.)
21. Creación de escuelas infantiles o acceso de los pacientes en edad escolar a los recursos del “aula hospitalaria” durante la estancia en la UCIP
22. Implementación de un sistema de monitorización central que recoja todos los monitores de la unidad, controlados por el personal médico y de enfermería, desde un espacio fácilmente accesible.

23. Implementación de sistemas de visualización adecuados del paciente desde el control (diseño circulares, instalación de cámara y conexión a circuitos cerrados, etc.)
24. Implementación de una señalización adecuada mediante rotulación visible de habitaciones manteniendo la estética establecida para la unidad
25. Habitación de “salas de estar” en vez de “salas de espera” siempre que sea posible.
26. Habitación de despedidas en la que pueda acompañarse a un paciente terminal en condiciones de intimidad, sin presiones de tiempo o espaciales, para posibilitar el inicio de duelo saludable.
27. Habitaciones de área de descanso específicas anexas a la Unidad para los padres (aseos y duchas, zona de estar/ descansar), siempre que sea posible.

## **VII.- RECOMENDACIONES**

1. Retirar barreras habitualmente innecesarias
2. Reconocimiento del paciente como persona autónoma, capaz de decidir quien es el familiar referente.
3. Se evitara que los padres o familiares que les cuiden utilicen guantes, pues los niños necesitan e incluso piden el contacto directo de las manos con su piel.
4. El uso de mascarillas queda restringido, la expresión de la cara de los que rodean al niño es imprescindible para su desarrollo cognitivo y emocional, especialmente en los lactantes. Un niño no sonríe so no se le dedica una sonrisa. Para un lactante ver a los que le rodean con mascarilla es como ver un mundo son caras, sin expresión facial, sin sonrisas.
5. El niño tiene derecho a estar acompañado d en sus padres el mayor tiempo posible
6. Con el objetivo de garantizar este derecho las UCIP deben disponer de habitaciones individuales con cama para acompañante para albergar a los pacientes crónicos o con enfermedades que requieren largos periodos de ingreso hospitalario, como oncológicos, trasplantes, etc.
7. Siempre que sea posible, es recomendable que los padres participen en el cuidado de sus hijos mientras estén en la UCIP: lavado diario, alimentación, aspiración de secreciones, cambio de traqueotomía, etc.
8. Los padres pueden estar presentes durante las rondas diarios multidisciplinares a pie de cama para aumentar el tiempo de permanencia con sus hijos.
9. Los padres pueden estar presentes durante los procedimientos invasivos y la reanimación cardiopulmonar, si ellos lo desean y el equipo de médicos, enfermeras lo aceptan. En estos casos se requiere que un personal de

salud entrenado a tal efecto explique a los padres el procedimiento y lo que está aconteciendo en el escenario clínico

#### MOTIVOS PARA ABRIR LA PUERTAS DE LA UCIP

- ✓ La visitas no aumentan el riesgo de Infección
- ✓ La comunicación continuada favorecer el proceso de información
- ✓ Los familiares pueden ayudar a la recuperación del paciente y llegar a “ser parte” del equipo de la UCIP.
- ✓ El niño tiene derecho a estar acompañados de sus padres el mayor tiempo posible (EUROPEAN CHARTER FOR CHILDREN IN HOSPITAL 1986)
- ✓ La presencia de los padres y familiares disminuyen el estrés, el miedo y la ansiedad del niño reduciendo las necesidades de sedación y analgesia, favoreciendo la sincronía con el respirador, disminuye el estrés cardiovascular y acortamiento los tiempos de estancia en la UCIP
- ✓ La participación de los padres en el cuidados del niño disminuye la ansiedad y el miedo de los padres, lo que a su vez repercute positivamente en el cuidado del niño puede disminuir los tiempos de asistencia de la enfermería
- ✓ Los familiares tienen el derecho y la obligación de participar en el “Proceso final de la vida”.

#### VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. <http://www.msssi.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/UCI>. Pdf.
2. Velasco J. Manual de Buenas Practicas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos” Programa de Certificación de Unidades de Cuidados Intensivos”, 1º edición, Noviembre 2017, pág. 9-10.
3. <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas>.