

AUTORES/AUTHORS:

MARIA DOLORES SAIZ VINUESA, ISABEL MURCIA SAEZ, ROSA GUIJA RUBIO, CRISTINA CERRO SERRANO, CARMEN CARRILERO LOPEZ, VERONICA ROJANO IBAÑEZ, LUCIA TORNERO SANCHEZ, ANTONIA JOAQUIN GONZALEZ, VICTORIA LUENGO BAIDEZ

TÍTULO/TITLE:

¿Ha mejorado la satisfacción familiar tras la implantación de un paquete de medidas en la unidad de Cuidados Intensivos?

La evolución científico-técnica de la atención al paciente crítico ha mejorado de forma espectacular la práctica clínica y la supervivencia, pero este avance no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos más humanos. En muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) hacen que se conviertan en ambientes hostiles para los pacientes y sus familias.(1)

Los familiares también sufren las consecuencias y en muchas ocasiones sus necesidades físicas y emocionales no son cubiertas de forma óptima.(2,3)Conforman el lado psicosocial de la atención y que solemos abandonar para centrarnos en la enfermedad.

Objetivos: Analizar si la inclusión de un paquete de medidas destinadas a mejorar la estancia del paciente y familiares dentro del proyecto "Humaniza la Unidad de cuidados intensivos(UCI)", producen una mejora en la satisfacción familiar.

Métodos: Estudio cuasiexperimental antes-después.

Ámbito: El estudio se desarrolló en la UCI del Hospital General de Albacete, hospital terciario cuya UCI cuenta con 12 camas de pacientes críticos, de tipo polivalente cuya principal patología es médica.

La muestra son los familiares de pacientes de UCI con más de 3 días de ingreso.

Variables: Sociodemográficas, satisfacción con el cuidado, satisfacción en la toma de decisiones, satisfacción total.

En un primer tiempo (año 2011) se realizó un estudio(4) para valorar el grado de satisfacción de familiares de enfermos ingresados en UCI, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado y validado (cuestionario FS-ICU 24, derivado del CriticalCareFamilyNeedsInventory (CCFNI)(5,6)) El cuestionario consta de tres partes: recogida de datos para la satisfacción de los cuidados, recogida de datos para la satisfacción en la toma de decisiones y recogida de datos para medir la satisfacción total.

A continuación se implantó un paquete de medidas:

- Flexibilizando los horarios de visita según necesidades del enfermo y situación clínica ampliándose los horarios de una hora por la mañana y otra hora por la tarde a visitar a su familiar a primera hora del día para los buenos días y tras la visita de la mañana hasta la noche si así lo desean.

La flexibilización de horarios o la instauración de "puertas abiertas" en la UCI se demuestra que es posible y beneficioso para pacientes, familiares y profesionales.(7)

- Mejora de información a familiares, ya que la información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI. (8)Se habilitó una nueva sala de información sin barreras entre familiares y personal sanitario y la información es recibida por su médico responsable en horario de mañanas, evitando en lo posible cambios de facultativo. Otra de las medidas que se introdujo, es la incorporación del personal de enfermería a la información con familiares, para ofrecer una información

conjunta.

- Mejora de comunicación de los profesionales con familiares y pacientes. El trabajo en equipo, que es imprescindible en cualquier ámbito sanitario, requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva. (9) se llevo a cabo la Campaña #HolaYoMeLLamo(10)de máxima difusión en las redes sociales, campaña donde se fomentaba la presentación del personal sanitario a sus pacientes.
- Incorporación de proyecto Música en UCI, donde se contaba con actuaciones en directo semanales de músicos voluntarios en UCI.
- Se realizaron cambios estructurales en los boxes como la colocación de cortinas, implantación de un detector para la medición del ruido ambiental, la colocación de carteles informativos de progresos. Existen recomendaciones enfocadas a reducir el estrés y promover el confort centrándose en las mejoras arquitectónicas y estructurales de las UCI. (11)

Finalmente un segundo tiempo (año 2016) en el que se valoró de nuevo la satisfacción familiar con el mismo cuestionario FS-ICU 24.

Aspectos éticos: Encuestas voluntarias anonimizadas. Este estudio tiene la aprobación del comité de Ética e investigación del Hospital de Albacete. No existe conflicto de intereses.

Análisis de datos: Se utilizó el paquete estadístico SPSS®v12. Se realizó análisis descriptivo: calculando frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; y medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas. Se han calculado los Intervalos de confianza(IC) al 95% estableciendo un nivel de significación de $p < 0,05$

Resultados: Se recogieron durante el primer tiempo 2001(T1), 97 encuestas y en el control posterior 2016(T2), 89 encuestas.

Fueron hombres en el T1: 38,1% y en el T2: 39,3%, la edad media T1: 49,29 DE: 15 IC(46,4-52,1) y en el T2: 48,18 DE: 12,9 IC(45,4-50,9) el parentesco se trataba de la esposa en el T1: 22,7% y en el T2: 20,2%

En cuanto a la satisfacción de los cuidados en el T1: 74,12 DE: 16,8 IC(70,6-77,5) vs T2: 85,7 DE: 13,6 IC(82,8-88,5) Existiendo una $p < 0,01$

la satisfacción en la toma de decisiones del T1: 71,8 DE: 19,3 IC(67,8-75,8) vs T2: 84,12 DE: 15,6 IC(80,8-87,4) $p < 0,01$

y la satisfacción total del T1: 72,4 DE: 16,7 IC(69-76) vs T2: 85,2 DE: 13,5 IC(82-88)

Existiendo una $p < 0,01$.

Discusión:

Diversos estudios (12,13) describen cómo el ingreso en una UCI provoca respuestas emocionales y psicológicas en la familia que pueden manifestarse en forma de shock, ansiedad, cólera, culpa, desesperación y/o miedo lo que provoca una dificultad de adaptación y una disfunción en la estructura familiar. Esta situación tiene un impacto negativo en el propio bienestar de la familia. En las últimas décadas se habla mucho de un modelo de atención centrado en el paciente (Patient-Centered Care) o en el paciente y su familia (Patient and family-Centered Care). (14)

En los últimos años el movimiento "Humaniza la UCI" está suponiendo un cambio de la visión tecnológica y de supervivencia a una visión más humana, que valora de manera holística al paciente y familiares, poniendo al «Ser Humano» en el centro del escenario y rediseñando la asistencia sanitaria con la dignidad de la persona como premisa innegociable. (15) El personal de enfermería está muy implicado y activo en este movimiento.

En nuestro estudio no hemos observado diferencias en cuanto a sexo, edad o parentesco en las dos muestras de los dos periodos de tiempo.

Existe un aumento de la satisfacción total, así como en el nivel de cuidados o en lo referido a la toma de decisiones, todo ello significativamente.

Implicaciones para la práctica clínica: Es necesaria la investigación en este campo ya que se quiere fundamentar sólidamente la

humanización de la asistencia sanitaria, donde enfermería tiene un papel importante en el mantenimiento de estas medidas para mejorar la satisfacción de los cuidados. Conclusiones: Podemos comprobar que todo el paquete de medidas aplicadas en nuestra unidad y dirigidas a mejorar la comunicación e información tanto a pacientes como a familiares, permitir un aumento del acompañamiento de los familiares con una flexibilización del horario de visitas y la incorporación de un proyecto de Música, ha permitido mejorar la satisfacción familiar de forma significativa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Med Intensiva*. 2014;38(6):371-5.
- 2) Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012; 23:51-67.
- 3) Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera ME, González-Vázquez J, Albar-Marín MJ, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva*. 2009; 20:50-7.
- 4) Murcia Saez, IM, et al. *Med Intensiva* 2012; 36 Supl C: 65-127:106
- 5) Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 1979; 8:332-339
- 6) Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart Lung* 1986; 15:189-193
- 7) Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):181-93
- 8) Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calidad Asistencial*. 2014;29(6):35-33
- 9) Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, et al. Intensive care unit quality improvement: a "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*. 2006;34(1):211-8.
- 10) chospab: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete [Internet]. Albacete; [citado 2 sep 2018]. Disponible en: http://www.chospab.es/plan_dignifica/holayomellamo/intro.php
- 11) Ferrero M, Gómez-Tello V, Escudero D. Arquitectura e infraestructura humanizada. En: Gabriel Heras y Miembros del Proyecto HU-CI. *Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. Bogotá, Colombia: Distribuna Editorial; 2017
- 12) McAdam JL, Dracup KA, White DB, et al. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit. Care Med* 2010; 38:1078-1085
- 13) Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest* 2010; 137: 280-287
- 14) Henneman EA, Cardin S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse* 2002; 22: 12-19.
- 15) Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centred Care in the Neonatal, Pediatric and Adult ICU. *Crit Care Med* 2017; 45(1):103-128.