



El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia

Lluís Gómez Gómez

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



TRABAJO DE FIN DE GRADO

El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia

Grado en Enfermería

Autor: Lluís GÓMEZ GÓMEZ

Tutora: Anna Maria ALIBERCH RAURELL

Fecha de presentación: 03/06/2015

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta,
fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat
Internacional de Catalunya”**

*Dedicado a mis padres,
por su amor, apoyo y sacrificio en estos años.
Ellos son el motor que guía mi camino.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Anna M. Aliberch toda la dedicación y ayuda mostrada durante este curso. Por confiar siempre en mí. Siempre con una sonrisa, dispuesta a resolver dudas. Este trabajo no hubiera sido posible finalizarlo sin su apoyo incondicional.

A todos los profesores que durante estos cuatro años, nos han formado y enseñado a ser grandes profesionales sanitarios y mejores personas. Me llevo un trocito de cada uno de ellos. Todos nos habéis aportado algo.

Pero quiero nombrar, especialmente a Jordi Castillo, quien ha sido mi asesor durante toda la carrera. Siempre con ganas de escucharnos y dispuesto a ayudar en lo que hiciera falta. Nunca olvidaré sus sabios consejos.

A todos los compañeros de clase, con los que hemos compartido momentos únicos e inolvidables. Desde primer curso ya formamos una gran promoción, unida en todo momento. Esta etapa, que ya estamos a punto de finalizar, será difícil de olvidar.

Gracias de nuevo a mis padres, a mi hermana Violeta, a su pareja Carlus, y a mis abuelos, por confiar en mí, en todo momento. Y por su esfuerzo y sacrificio. Sin ellos, todo esto no hubiera sido posible. A todo el resto de mi familia, por estar siempre ahí. Y a los que ya no están... pero siempre nos iluminan...en especial a mi tía Luisa, que también estaría muy orgullosa de mi trabajo realizado.

Gracias, muchas gracias.

RESUMEN

Introducción: La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una compleja unidad específica, situada en aquellos hospitales con la posibilidad de tecnología avanzada. Los pacientes que ingresan en esta unidad, son aquellos que sufren una o varias patologías avanzadas que ponen en riesgo su vida. Este tipo de pacientes requieren de una monitorización constante de sus signos vitales.

Objetivo: Conocer cómo es la comunicación entre paciente, familia y profesional sanitario. Averiguar las necesidades de los familiares y conocer de forma incipiente una revisión de los protocolos o folletos informativos que se entregan en el momento del ingreso del paciente.

Metodología: Este estudio se trata de una revisión de la literatura mediante Pubmed y Google Académico, como bases de datos científicas. Para la estrategia de búsqueda, se aplicaron varios filtros y criterios de inclusión y exclusión. Finalmente se obtuvieron 31 publicaciones científicas, de las bases de datos anteriormente mencionadas. Y éstas fueron seleccionadas para ser analizadas en este estudio.

Discusión y Resultados: La comunicación proactiva es una herramienta clave junto con la entrega de información escrita estandarizada para las familias. Como por ejemplo un folleto informativo donde se les informe de los horarios de visitas, horarios de información médica y normas de acceso a la unidad.

Se ha podido comprobar que con la colaboración por parte de la familia, en los cuidados del paciente, se pueden obtener resultados muy positivos. También se consiguen resultados favorables, para los pacientes, cuando existe una comunicación mutua, donde el paciente, con la ayuda de la familia, pueda llegar a tomar decisiones que influyan positivamente en su recuperación.

Satisfacer las necesidades de información de las familias es una meta importante para todo el personal de cuidados intensivos. La entrega de información veraz, comprensible y eficaz plantea desafíos específicos en el entorno estresante, que muchas veces se vive en una UCI.

Conclusiones: Las habilidades de comunicación son básicas para ejercer correctamente cualquier actividad sanitaria. La escucha activa es uno de los recursos mejor utilizados

para mejorar esas habilidades. La enfermería de cuidados intensivos, destaca en comunicarse de manera eficaz con el paciente/familia, proporcionando información sobre el cuidado y evolución diaria del paciente, características de la unidad y horarios de visita. Las familias necesitan cuidadosas explicaciones, tiempo para procesar la información y apoyo profesional coherente para afrontar los retos y así tener capacidad para tomar decisiones.

Palabras clave: UCI, cuidado crítico, comunicación, paciente crítico, familia, protocolos, necesidades de la familia, horarios de visita.

ABSTRACT

Introduction: The intensive care unit (ICU), it's a complex unit, located inside some hospitals. Patients that are admitted by this unit, are those that suffer one or several advanced pathologies which risk their lives. This kind of patients require of a constant monitoring of their vital signs.

Aims: Knowing how to talk with patients, family and the healthcare professional. Finding out the needs of the family and perform a revision of the protocols or brochures which are given to the patient at the moment of his admission.

Methods: This study aims to the revision of the literature using Pubmed and Google Scholar, as a base for scientific data. For the search strategy, several filters were used with inclusion and exclusion criteria. Finally, 31 scientific publications were obtained from the database mentioned, and those were selected to be analyzed in this study.

Discussion and results: Proactive communication is a key tool along with delivering standardized written information for families. Such as a brochure where they are informed of the schedules of visits, schedules of medical information and rules on access to the unit.

It is known that the collaboration with the family, while taking care of the patient, you can get very positive results. Most of the patients like human contact. You can also get positive results for the patient, when there is a mutual external communication, where the patient, with the help of his family, might take decisions which positively influence in his recuperation.

Meeting the information needs of families is an important goal for all staff of intensive care. The delivery of truthful, understandable and effective information, poses specific challenges in the stressful environment, challenges that we have to face many times in an ICU.

Conclusions: The ability to communicate are basic to work properly in any healthcare activity. Listening is one of the resources better used to improve those skills. Nursing in intensive care taking, it stands in communicating effectively with the patient and family. Families need careful explanations, time to process the information and professional support to face the challenges and hence be able to take decision.

Keywords: ICU, critical care, communication, critical patient, family, protocols, family needs, visiting hours.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN.....	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
ABREVIATURAS.....	IX
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	4
4. METODOLOGÍA	5
5. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
5.1 LA COMUNICACIÓN.....	7
5.2 LA INFORMACIÓN	12
5.3 EL CCFNI	14
5.4 LA FAMILIA.....	15
5.5 EL PACIENTE CRÍTICO.....	17
6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	18
7. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.....	19
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	19
9. ALGUNAS DE LAS UCIs VISITADAS	20
10. CONCLUSIONES	21
11. REFLEXIÓN PERSONAL.....	24
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
13. ANEXOS	X

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.....	6
Tabla 2. Horarios de visita e información médica/enfermera.....	25
Tabla 3. Cronograma.....	XVIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de la comunicación.....	9
Figura 2. Proceso de codificación deficiente.....	10
Figura 3. Proceso de descodificación eficaz.....	10

ABREVIATURAS

AACCN: American Association of Critical Care Nurses

CCFNI: Critical Care Family Needs Inventory

FMO: Fallo multiorgánico

ICU: Intensive Care Unit

MeSH: Medical Subject Headings

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias

SMI: Servicio de Medicina Intensiva

TFG: Trabajo Final de Grado

WFCCN: World Federation of Critical Care Nurses

1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) define la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como una “organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos”. Este espacio asegura unas condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por FMO [1].

Dada la complejidad de la unidad y de sus usuarios, una UCI debe localizarse dentro del hospital, en una zona claramente diferenciada y con acceso controlado. La ubicación de la misma debe tener un enlace directo y útil con otros servicios del hospital, como por ejemplo el bloque quirúrgico, urgencias y radiodiagnóstico [1].

Un informe publicado en el año 2.000, por “*Department of Health*”, con el título “*Comprehensive Critical Care*”, define cuatro niveles de atención y cuidado según el estado del paciente:

- ❖ Nivel 0: pacientes cuyas necesidades pueden ser satisfechas en una sala convencional y no en una UCI.
- ❖ Nivel 1: pacientes con riesgo de que su estado de salud se deteriore y necesiten niveles de atención superiores. Sus necesidades pueden ser satisfechas por un equipo de cuidados críticos, que les apoye y asesore.
- ❖ Nivel 2: requieren una observación e intervención más detallada y niveles más altos de atención. Aquí aún no aparece el FMO, pero sí que empieza a fracasar la función de algunos órganos.
- ❖ Nivel 3: aquellos pacientes que requieren de soporte respiratorio avanzado, incluyendo todos los pacientes complejos que requieren apoyo para la insuficiencia multiorgánica incluyendo el FMO [2].

Cuando nacieron las primeras UCI, la familia era considerada como un componente poco relevante del entorno del paciente. Hoy en día se considera una parte importante de ese entorno, entendiéndose que los familiares pueden contribuir de forma significativa a la consecución de una buena evolución del proceso de enfermedad, de modo que reducir los niveles de estrés de los familiares podría incidir en una mejora de los resultados del paciente [3].

El ingreso en una UCI, supone una situación de estrés, tanto para el paciente como para los familiares. Dicho estrés, no sólo está originado por la gravedad del paciente, sino también por las dificultades en la comunicación que existen con éste y su familia [4].

2. JUSTIFICACIÓN

Son muchos los pacientes que acaban ingresados en una UCI. Tanto el propio paciente, como sus familiares necesitan recibir información lo más comprensible posible. En muchas de estas unidades los horarios de visitas son muy restrictivos y esto hace que en muchas ocasiones, los familiares se sientan incómodos.

El personal sanitario, tiene una labor muy importante, ya que ha de saber transmitir confianza, seguridad y saber comunicarse de manera eficaz. Debido a la elevada incidencia de pacientes que ingresan en unidades de cuidados intensivos y de la importancia de las necesidades del paciente/familia, se considera importante realizar una revisión de la literatura, para poder conocer en profundidad la estructura, protocolos y funcionamiento de una UCI.

Ello puede contribuir a mejorar la atención que reciben los pacientes y sus familias y sensibilizar a los profesionales sanitarios acerca la importancia de las necesidades del paciente/familia y de saber comunicarse de forma eficaz.

3. OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- ❖ Conocer cómo es la comunicación entre paciente, familia y profesional sanitario.
- ❖ Realizar una revisión de los protocolos o folletos informativos para familiares.
- ❖ Conocer la estructura interna de una UCI y cómo se organizan sus visitas.

Objetivos Específicos:

- ❖ Analizar los horarios de visita, información médica, recomendaciones...
- ❖ Diferenciar y comparar los protocolos con otros hospitales de Catalunya.
- ❖ Averiguar las necesidades de las familias.

4. METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica del trabajo, se llevó a cabo desde Octubre de 2014 hasta Mayo de 2015. La tipología de investigación desarrollada fue una revisión de la literatura. Para llevar a cabo la revisión bibliográfica, en primer lugar se determinaron las bases de datos en las que se iba a realizar la búsqueda.

Las bases de datos científicas utilizadas fueron Pubmed y Google Académico. La estrategia de búsqueda incluyó la utilización de los operadores booleanos: “and”, “or” y “not”.

Para la selección de artículos se realizó la lectura de los títulos de los mismos, lo que permitió descartar algunos de ellos por no adecuarse al tema de estudio. La lectura del abstract, results, y conclusions ayudó a seleccionar un gran número de artículos. La lectura completa y crítica de los artículos recopilados contribuyó a la selección final de los mismos.

Se realizó una primera búsqueda, a través de Pubmed, donde las palabras clave utilizadas fueron: “intensive care unit”, “critical care”, “communication”, todas ellas utilizando términos Medical Subject Headings (MeSH). El resultado fue de 1.638 artículos. Para acotar la búsqueda se emplearon varios filtros: año de publicación (2.005-2.015), texto completo libre disponible y en inglés, portugués o español. Obteniendo un resultado posterior de 1.084 artículos. De los cuales se escogieron 22 artículos para el diseño final del trabajo. Estos artículos fueron seleccionados, después de haber excluido, muchos de ellos, por no adecuarse al tema de estudio. De estos 22 artículos se procedió a su lectura completa de cada uno de ellos, haciendo hincapié en el “abstract”, discusión y resultados, para la selección final de cada uno de ellos.

Posteriormente se llevó a cabo una segunda búsqueda bibliográfica utilizando Google Académico, utilizando palabras clave como: “visitas”, “familiares”, “protocolos”, “UCI”. Donde aparecieron 1.790 artículos. Aplicando la búsqueda avanzada, se pudo acotar el resultado final de la misma. Los filtros utilizados en esta base de datos fueron: años de publicación (2.005-2.015), texto completo, artículos en inglés y español. El resultado obtenido fue de 1.500 artículos. De los cuales se escogieron 9 artículos para el diseño del trabajo. Estos 9 artículos, fueron seleccionados después de haber leído cada uno de ellos detalladamente, prestando especial atención en apartados como el “abstract”, la discusión y los resultados.

Los algoritmos de búsqueda que obtuvieron un mayor número de registros y que sirvieron de gran utilidad fueron los que utilizaron las ecuaciones: “intensive care unit” OR “critical care” AND “critical illness”, “communication” OR “information” AND “protocols”.

En el apartado de “*Anexos II*”, se explican con más detalles y de manera gráfica las estrategias y algoritmos de búsqueda.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados entre enero de 2005 y marzo 2015.	Estudios que hicieran referencia a pacientes ingresados en una unidad de hospitalización, o cualquier otra unidad que no fuera una UCI.
Redactados en Español y/o Inglés.	Estudios, artículos o trabajos que no tengan una base científica.
Estudios que hicieran referencia únicamente a pacientes en estado crítico, de cualquier edad.	Estudios o artículos que no traten sobre el tema escogido para el trabajo.
Pacientes ingresados en una UCI	Texto completo no disponible o accesibilidad a través de pago.

Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar, que se utilizaron diferentes tipos de documentos para la elaboración final del trabajo: estudios científicos, revisiones, artículos de divulgación y libros. Todos los artículos seleccionados fueron guardados en el gestor bibliográfico Refworks para poder realizar la bibliografía del trabajo según el estilo Vancouver.

Consideraciones éticas:

El estudio tendrá en cuenta las consideraciones éticas de la declaración de Helsinki, la declaración de los derechos humanos y la LOPD 15/1999 para garantizar y proteger la confidencialidad de datos.

5. REVISIÓN DE LA LITERATURA

5.1 LA COMUNICACIÓN

Podemos definir la comunicación como “un proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción” [5].

Hay algunos factores que influyen en la comunicación, como por ejemplo: la percepción, los valores y creencias, los aspectos sociales, culturales, familiares e individuales.

La comunicación puede situarse al menos a tres niveles diferentes: intrapersonal, interpersonal y pública [5].

1. **Intrapersonal:** hace referencia a cuando la persona se envía un mensaje a sí mismo. Por ejemplo cuando el profesional sanitario está realizando alguna técnica y se dice a sí mismo qué acciones va a realizar a continuación. Este proceso de comunicación se anticipa a los otros dos niveles e incluye la percepción de sí mismo y de los demás, componentes cruciales en toda comunicación.
2. **Interpersonal:** incorpora todo lo que se refiere a la comunicación entre dos personas, o en la relación terapéutica con el paciente y la familia, y que el profesional sanitario afrontará desde la corriente humanista.
3. **Pública:** la que tiene lugar entre una personas y otras personas. Podemos decir que es la comunicación que más se realiza frecuentemente [5].

La incomunicación

Muchos pacientes se sienten incomunicados, ya que a menudo se utilizan palabras que no son las que corresponden a su comprensión o vocabulario. En muchas ocasiones no dejamos que expresen con sus palabras lo que ellos viven respecto a sus sentimientos en

el ámbito personal, familiar o social. Dando como resultado: una información inadecuada, que produce en el paciente y familiares, insatisfacción, falta de conformidad con el tratamiento, produciendo una baja calidad de los resultados que se había propuesto el equipo de profesionales sanitarios [5].

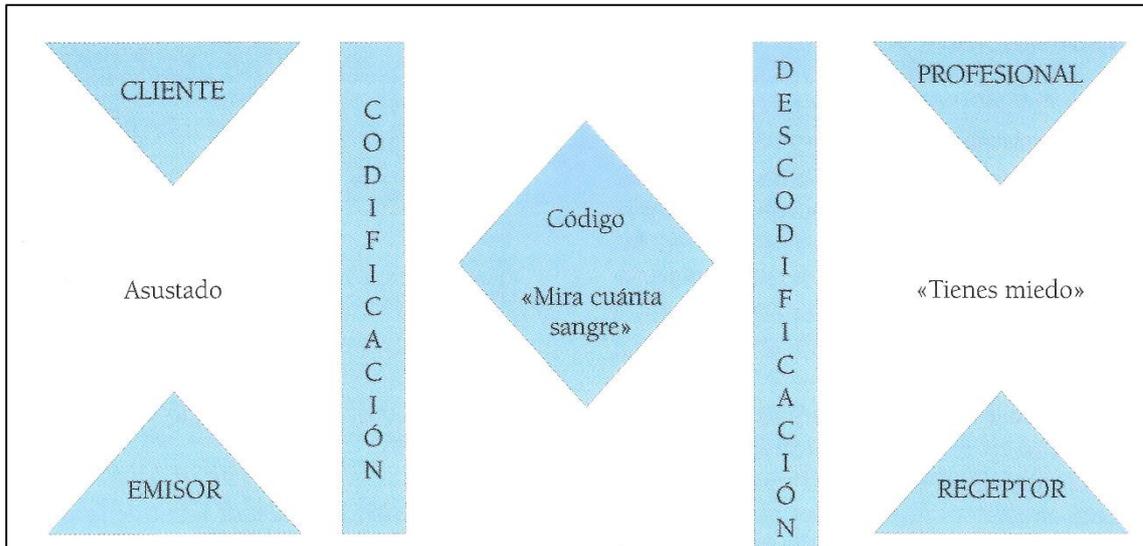
Hay una serie de objetivos que se deben tener en cuenta en la comunicación. De aquí que a la hora de comunicar se tenga bien presente qué es lo que se quiere comunicar y cómo se va a transmitir para obtener el resultado deseado. Algunos de esos objetivos son los siguientes:

1. **Informar:** utilizando palabras idóneas para facilitar la posterior comprensión del paciente/familia.
2. **Influir emocionalmente:** se debe proporcionar al paciente/familia confianza, serenidad y bienestar. Es probable que debido a su enfermedad y a la ansiedad que se derive de ella, su estado físico y psicológico empeore.
3. **Influir racionalmente:** con el objetivo que el paciente/familia comprenda, colabore y disminuya su nivel de ansiedad, el profesional sanitario debe facilitar explicaciones con este propósito.
4. **Ayudar al paciente/familia a que colabore en una acción concreta:** si el paciente comprende que lo que se lo propone es lo mejor para él, éste manifestará una actitud más positiva y colaborativa.
5. **Persuadir al paciente/familia** sobre el tratamiento y su colaboración. Al mostrar una actitud cercana y asertiva por parte de los profesionales sanitarios, se contribuye a disminuir el nivel de ansiedad, así como potenciar la colaboración [5].

Cuando un paciente decide comunicarse con el profesional es porque necesita hacerlo. Siempre es debido a que algo ocurre en su interior.

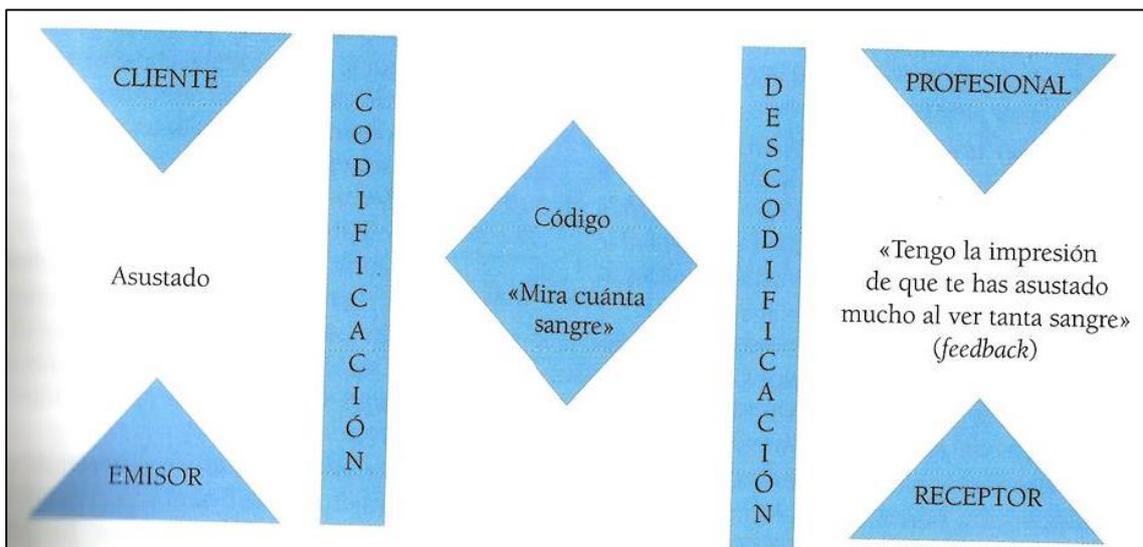
- ❖ **Ruidos.** Hacen referencia a todos aquellos elementos que pueden dificultar la comprensión del mensaje [6].

Figura 2. Proceso de codificación deficiente



Fuente: Luis Cibanal J. et al., (2010) Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud [5]

Figura 3. Proceso de descodificación eficaz



Fuente: Luis Cibanal J. et al., (2010) Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud [5]

Los silencios

Por su complejidad y su riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación. Puede dar múltiples interpretaciones e hipótesis, que al no ser confirmadas produce cierta ambigüedad y, en numerosos casos, llevan a la ruptura de la comunicación. Aunque muchas veces estos silencios son necesarios.

Pueden estar provocados por una serie de factores: emocionales (bloqueos, angustias, etc.), intelectuales (reflexiones, falta de ideas, etc.) de interacción entre el profesional y el paciente (el paciente no confía en el profesional mostrando por ello resistencias, etc.) [6].

La Relación de Ayuda

Entendemos por relación de ayuda un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores (en este caso el profesional sanitario) captará las necesidades del otro (usuario/paciente y familia) con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

El objetivo de la relación de ayuda es siempre el cambio. Al final de la relación el paciente no es el mismo. Sufre menos, se siente menos ansioso o angustiado, posee más recursos, se conoce mejor, tiene un comportamiento más satisfactorio y es más capaz de realizarse.

Atender al paciente/familia en la relación de ayuda es aportar los conocimientos con el fin de conseguir que la persona llegue a estar en condiciones de poder decidir que va a hacer, poniéndole en situación de que pueda ejercer su derecho a la salud. Se trata de ponerse en el lugar del paciente/familia, reflejar nuestra comprensión del problema y poner todos los medios que favorezcan las mejores decisiones del paciente [6].

El proceso de la comunicación tiene habitualmente unos objetivos determinados. Éste incluye un sujeto o emisor que comunica algo (mensaje) a otro sujeto o receptor. Este mensaje se da en un entorno concreto con un código compartido por ambos mediante uno o varios canales [7].

En este proceso existen tres componentes. Los componentes conductuales (verbales, no verbales y paraverbales), que hacen referencia a las conductas que se realizan y que pueden ser directamente observadas por los demás; los elementos cognitivos, que incluyen los

pensamientos realizados durante el proceso de comunicación, y por último, los componentes fisiológicos, que hacen alusión a las reacciones del cuerpo, a la hora de comunicarse [7].

El uso inadecuado de los componentes citados anteriormente, provocará una comunicación ineficaz. Lo que se denomina “discomunicación”. Por el contrario, la “eucomunicación” es la comunicación adecuada, funcional y de calidad. Es la manera de transmitir el mensaje de forma comprensible y eficaz [7].

En el mundo occidental, se tiende a restar importancia a algunos aspectos cruciales en la comunicación. En relación a los sentidos, con frecuencia se tienen en cuenta la vista y el oído y se olvidan otros como el tacto [11].

Algunos autores prefieren hablar de la ciencia del tacto como la haptonomía, que es la ciencia del tacto, la cual estudia las relaciones afectivas. El tacto, igual que los sentimientos, es directo y personal. Cabe destacar la importancia del contacto para ofrecer seguridad y bienestar al paciente [11].

Aunque no siempre es bien aceptado por el paciente y la familia. En ocasiones, hay algunos familiares que muestran rechazo al contacto humano. Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes reaccionan de la misma manera. Pero generalmente, es bien aceptado tanto por el paciente, como por sus familiares.

Debemos proporcionar afecto y comprensión, encontrando un ambiente de calma. El ánimo y el calor humano crean una armonía, una sintonía y una relación humana completa y distinta. A través del tacto, la relación con el paciente, puede desarrollarse en condiciones óptimas para ambos y así obtener mejores resultados [11].

La comunicación efectiva es un componente esencial para ofrecer cuidados de alta calidad en una UCI. La evidencia sugiere que, ésta comunicación, se puede abordar más eficazmente de manera interdisciplinaria. Para ello, todo el equipo sanitario debe estar formado y tener las habilidades necesarias [12,13].

5.2 LA INFORMACIÓN

Velasco Bueno JM. et al, apuntan que la necesidad de información es algo esencial para la familia del paciente crítico [14]. El uso de folletos y carteles, son una práctica bastante extendida en España y constituyen un soporte para los familiares tal y como indicaron Henneman E.A. y McKenzie JB. Éstos evaluaron la efectividad de un horario flexible de visitas y un folleto informativo como procedimiento para cubrir las necesidades

informativas de los familiares de pacientes ingresados en UCI. El resultado fue una mayor satisfacción por parte de los familiares después de la implantación de estas medidas [15].

Existen diferentes Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico propuestos por la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Dos de ellos reflejan la importancia de la información a los familiares (nº 87 y 98). El indicador nº 87 describe la información de enfermería a los familiares. Los profesionales de enfermería y médicos son identificados por los familiares como los profesionales sanitarios en los que la familia busca información honesta y fiable [16,17].

Otro indicador de calidad en el enfermo crítico es el uso de una encuesta de calidad percibida al alta del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) (indicador nº 105). En los últimos años, la satisfacción familiar en el ámbito de la UCI ocupa un lugar importante dentro de la literatura científica que se ocupa del entorno del paciente crítico. Las encuestas de satisfacción son uno de los métodos más utilizados para conocer la calidad percibida por los enfermos y familiares, así como para establecer medidas que permitan mejorar los resultados [16].

La necesidad de información es universal y de gran importancia para todos los miembros de la familia, independientemente de la edad, sexo, nivel socioeconómico y el nivel educativo de la familia. Esta necesidad evoluciona, influenciada por los acontecimientos y experiencias de los miembros de la familia [18].

Cuando los familiares preguntan cómo está el paciente, no es suficiente con darles un informe con los parámetros médicos. Ya que los familiares tienen dificultades para interpretar estos valores en un contexto correcto [18].

Los familiares necesitan diferentes tipos de información en diferentes momentos del proceso que atraviesan. Distinguimos cuatro etapas, en las cuales los miembros de la familia aprenden a manejar la información. Todos los miembros de la familia parecen pasar por estas etapas, independientemente de sus variables sociodemográficas o su relación con el paciente.

Por lo tanto, los miembros de la familia utilizan diferentes tipos de información. Ellos observan, escuchan, preguntan, y así comprueban también, la calidad de la información que reciben. Acaban experimentando el efecto de otros tipos de información, que la

información verbal dada por los profesionales, y en consecuencia acaban desarrollando su propio sistema de evaluación de la información [18].

En la primera fase “absorben” pasivamente las noticias proporcionadas por el médico o enfermero. En una segunda etapa, después de ver al paciente, tratan de obtener un control sobre la realidad. En la tercera fase, se enfrentan a un mundo completamente desconocido o experiencias negativas, y buscan ayuda para hacer frente a la información y comprender la realidad. Por último, todos ellos aprenden a manejar la información y desarrollar e interpretar ésta información para poder establecer una esperanza realista.

Diversos estudios realizados en los últimos años, han evaluado la eficacia de la información proporcionada a los familiares, a través de tres aspectos y la comprensión de los mismos, tales como: el diagnóstico, gravedad de la enfermedad y tratamientos principales, la satisfacción familiar, según lo estimado a través de los cuestionarios del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), y por último la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los miembros de la familia [19].

5.3 EL CCFNI

Habitualmente el ingreso en una UCI es percibido como una situación de crisis para el paciente/familia. En 1976, Nancy C. Molter diseñó el primer inventario de necesidades de familiares de pacientes críticos [17]. En 1983, Molter N.C., y Leske J.S., crearon el CCFNI, y en 1991 se aprobó y se evidenciaron sus propiedades psicométricas para su uso en investigación y en la práctica clínica. Desde entonces, el CCFNI se utiliza a nivel internacional para valorar las necesidades de los familiares del paciente crítico [20].

El CCFNI es muy utilizado como instrumento de recolección de datos para investigar y profundizar la importancia de las necesidades familiares. Es un cuestionario que consta de 45 necesidades y se dividen en cinco dimensiones: seguridad, información, proximidad, comodidad y apoyo [22].

En relación al foro de atención de la investigación, en temas de familiares del paciente crítico, en 2.008, Zaforteza propuso que los programas fueran de tipo experimental y no tan descriptivo, para evaluar su efectividad y que los resultados contribuyeran a mejorar [17,21].

Daley L. en el año 1.986 y Molter N. en el 1.979 ya afirmaban que los cuidados al paciente crítico, se centraban exclusivamente en la atención al paciente, sin atender demasiado a las necesidades de sus familias [22,23]

5.4 LA FAMILIA

Minuchin S. definió la familia como “la matriz de la identidad, ya que fuera del contexto familiar es difícil, pero no imposible, comprender el desarrollo de la personalidad del ser humano”. A lo largo del tiempo, la familia como grupo natural, establece unas pautas determinadas de relación entre los miembros que la componen [24].

Castells Cuixart P. la define como “grupo social con características determinadas por la cultura, que incluye cooperación económica, reproducción, crianza y socialización de los hijos”. La función que desempeña cada uno de sus miembros es determinada por la etapa del ciclo de vida en que se encuentra. Así mismo, la familia está sometida a una presión interna, originada en la evolución de sus propios miembros: crecimiento de los hijos, muertes, separaciones o divorcios. Y a la vez, una presión externa, para ajustarse a las instituciones y circunstancias sociales, como por ejemplo la elección de la vivienda o la escuela para los hijos [24].

La “*American Academy of Family Physicians*” define la familia como un “grupo de individuos con una relación jurídica continua, genética y emocional” [25].

La familia proporciona creencias, valores y normas. Participa en la socialización de sus miembros. Es uno de los fundamentos primordiales de cualquier sociedad. Actúa como apoyo y protección a sus miembros, tanto individual como colectivamente, constituyendo el soporte principal de sus integrantes. Al igual que los individuos, las familias procuran mantener un estado constante. Cualquier desafío al funcionamiento o la estructura de la familia provoca incertidumbre en su interior [26].

Las reuniones familiares se recomiendan como un enfoque útil para ayudar en la toma de decisiones, establecimiento de objetivos y reducir el uso de los recursos ineficaces en la UCI. Hay estudios en los que se examinan los resultados esperados de cada paciente, antes y después de una reunión familiar, para así evaluar el efecto de estas reuniones periódicas y formales de las familias [27].

Muchas veces resulta difícil el intercambio coordinado de información vital entre pacientes, familias y equipo sanitario. El pase continuo de especialistas y la rotación de personal médico y/o enfermero en una UCI, pueden complicar las interacciones entre las familias de los pacientes y los miembros del personal sanitario.

Muchos médicos tratan de gestionar las difíciles y multidimensionales necesidades de los pacientes moribundos y sus familias, sin contar con el apoyo de un equipo interdisciplinario, formado por enfermeras (especialistas en enfermería clínica avanzada), trabajadores sociales, psicólogos o incluso el servicio de capellanía.

Hay autores que afirman la eficacia de implementar un programa para mejorar la calidad de las conversaciones entre el personal de una UCI y los familiares de los pacientes ingresados. La utilidad de este programa está enfocada en satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias, para asegurarse que los deseos de los pacientes, en estado crítico, se tienen en cuenta para ofrecer, siempre, una atención única, especializada e individualizada [28].

Los familiares de los pacientes, en muchas ocasiones, expresan sentimientos de pérdida, consternación y frustración. Y diversas investigaciones sugieren, que los modelos de comunicación existentes, entre profesional y familiares, son insuficientes y poco satisfactorios [29].

La incomodidad de los familiares y la falta de habilidad, con las estrategias de comunicación, pueden añadir a los pacientes, sentimientos de estrés y ansiedad, en lugar de promover la mejora de los resultados.

Los familiares proporcionan un apoyo fundamental para los pacientes, durante y después de una estancia en una UCI, y son un recurso importante para los equipos sanitarios.

En reconocimiento de la importancia del papel de las familias en los cuidados de los pacientes, muchos hospitales se están alejando de los tradicionales horarios tan restrictivos, no solo en las horas de visitas, sino en la comunicación entre los familiares y el médico o enfermero y están adoptando políticas que fomenten la presencia de la familia y la participación de ésta, en los cuidados [30,31].

5.5 EL PACIENTE CRÍTICO

La “*American Association of Critical Care Nurses*” (AACCN) define a los pacientes en estado crítico como “aquellos pacientes que están en alto riesgo de sufrir problemas de salud que amenazan de forma potencial o real su vida”. La persona con un estado de salud crítico es un paciente muy vulnerable, inestable y con un estado funcional muy complejo, requiriendo así una terapia médica y unos cuidados de enfermería intensivos [32].

El cuidado al paciente crítico es una especialidad de la Enfermería que se ha desarrollado en los últimos 50 años. Este hecho significa asistir, apoyar y ayudar a restablecer el estado de salud del paciente, o aliviar el sufrimiento del mismo y su familia, así como prepararlos para un proceso de duelo efectivo [33].

La finalidad de la enfermería, en la atención al paciente crítico, es crear una relación terapéutica con el paciente/familia, para promover todas las dimensiones personales del paciente. Con el objetivo de poder hacer frente de forma efectiva a las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y de duelo, el profesional sanitario, debe atender no solo a la dimensión física del paciente, sino también a las dimensiones psicológicas, espirituales y culturales [33].

El cuidado enfermero del paciente crítico implica un alto grado de especialización de la enfermera, para a través de la observación, el juicio clínico y la capacidad de reflexión crítica poder dar respuestas a los problemas reales o potenciales de los pacientes y sus respectivas familias [34].

La “*World Federation of Critical Care Nurses*” (WFCCN) define al profesional de enfermería de cuidados críticos como “una enfermera graduada que ha cursado formación de postgrado para adquirir conocimientos, habilidades y competencias con el fin de poder cuidar al paciente en estado crítico y su respectiva familia; los cuales requieren intervenciones complejas en un entorno altamente tecnificado”. El rol que desempeña la enfermera aportando sus conocimientos y destrezas en cuidados intensivos es esencial para el equipo sanitario multidisciplinar, el cual necesita a las enfermeras para satisfacer el cuidado de los pacientes críticos y sus familias [35].

6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Tras la realización de esta revisión, es correcto pensar que dicho trabajo tiene implicaciones directas sobre la práctica clínica. A continuación se exponen las siguientes:

- Tener conciencia sobre las necesidades más importantes de los pacientes/familias.
- Uso debido de herramientas escritas, como por ejemplo folletos o trípticos informativos para familiares y usuarios.
- Tener una actitud de escucha activa en todo momento y ante la expresión de sentimientos por parte del paciente/familia.
- Realizar cuidados enfermeros dirigidos a los pacientes ingresados en una UCI, en todo su conjunto (a nivel físico, psicológico, emocional, familiar y social).

La diversidad y la complejidad que caracteriza a este tipo de pacientes conducen a dificultades de adaptación únicas. Reconocer los retos que plantean estas situaciones puede ser el primer paso para ofrecer intervenciones adecuadas y mejorar la calidad de los cuidados prestados.

Los resultados de este estudio mostrarán si el trabajo del personal sanitario y, en concreto del personal de enfermería, en la comunicación y cuidado de los pacientes ingresados en una UCI, es lo suficientemente correcto y eficaz.

Por ello, los resultados y conclusiones finales, serán determinantes para la práctica clínica actual. En caso de observar que los protocolos u objetivos no se cumplen correctamente, el presente estudio tendrá una gran implicación para la práctica, puesto que será el primer paso para provocar un cambio de actitud, dándole un mayor peso a la implicación de la familia en el cuidado del paciente y en mejorar la comunicación entre personal sanitario y paciente/familia.

Todo esto supondría una revisión de los protocolos de acción y guías de práctica clínica distribuidos por las UCIs, la cual conduciría a una actualización y mejora de éstos. Posteriormente, implicaría una mayor atención por parte del personal sanitario a estos protocolos y, por tanto, una formación continua por parte de todo el equipo.

Así, el presente estudio pretende provocar cambios en la práctica clínica, especialmente en enfermería, que conduzcan a una mayor autonomía, mayor gestión de la información y una notable mejoría en la comunicación. Algunos aspectos importantes, en relación a

los cuidados de enfermería, incluyen la comprensión de la situación clínica, la adaptación a la nueva condición física, la educación sanitaria dirigida al paciente/familia o la resolución de miedos e inquietudes. En resumen, se debe realizar una atención individualizada, incorporando todos aquellos dominios que contribuyen a la obtención del bienestar tanto físico como mental del individuo.

7. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

De esta misma manera, tras esta revisión, se ve necesaria la necesidad de seguir avanzando en el ámbito de la investigación, a través de:

- ❖ Investigar más acerca de las necesidades y sentimientos del paciente y su familia.
- ❖ Desarrollar folletos informativos, de manera conjunta entre hospitales, para que no hayan grandes diferencias en los horarios de visita y entrega de información.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al realizar la búsqueda bibliográfica se encontraron varias limitaciones:

- ❖ Dificultad para el acceso a muchos artículos, el cual se ha visto restringido a aquellos de libre acceso o disponibilidad sin pago, por lo que los resultados obtenidos no son muy extensos.
- ❖ En relación al contenido, mucha de la literatura se centra en la comunicación exclusiva entre médico y paciente/familia, por lo que ampliar la búsqueda para obtener resultados centrados también en la enfermería ha resultado compleja.

9. ALGUNAS DE LAS UCIs VISITADAS

Tabla 2. Horarios de visita e información médica/enfermera de los hospitales visitados

Hospital General de Catalunya (HGC)	Hospital Plató	Hospital Clínic	Hospital Parc Taulí	Hospital Joan XVIII
Horarios de visita: 8 a 8,30h 13 a 14h 20 a 21h	Horarios de visita: 12,30 a 13,30h 19 a 20h	Horarios de visita: UCI Cardíaca: 13 a 14h 19 a 20h UCI Hepática: 8,15h 13h 20h 22,30	Horarios de visita: 7,30 a 8h 13 a 14h 18 a 19h 22,30 a 23h	Horarios de visita: 7,30 a 8h 14 a 14,30h 21,15 a 21,45h
Horarios de información médica: 13 a 14h	Horarios de información médica: 13h	Horario de información médica y de enfermería: 13h	Horarios de información médica: 13 a 14h	Horarios de información médica: 14h
*	*	**	***	****

Fuente: Elaboración propia

* En el tríptico informativo, no aparece ninguna referencia sobre la información que proporciona enfermería. Solo hacen referencia a la información del médico.

** En el tríptico informativo, sí que hace referencia la información proporcionada por enfermería.

*** “Durante el horario de visita, el equipo de enfermería podrá comunicar otros aspectos sobre la situación clínica del paciente.”

**** “Durante las visitas, los familiares podrán pedir al personal de enfermería, información sobre el estado del paciente.”

10.CONCLUSIONES

Las habilidades de comunicación resultan básicas, de cara al ejercicio de cualquier actividad sanitaria, pues son las que permiten la aplicación de los conocimientos conceptuales o técnicos a través de la relación con el paciente o usuario [7].

La escucha activa, constituye uno de los mejores recursos que se pueden utilizar para mejorar las habilidades de comunicación, contribuyendo especialmente a mejorar la calidad de las mismas [7]. Y junto con la atención a las emociones del paciente y la toma de decisiones compartidas, son algunos de los componentes de calidad para obtener mejoras prácticas en la comunicación profesional sanitario-paciente [36].

La comunicación proactiva es una herramienta clave, junto con la entrega de información escrita estandarizada para las familias. Como por ejemplo un folleto informativo donde se les informe de los horarios de visitas, horarios de información médica y normas de acceso a la unidad [8]. Diversos estudios, muestran resultados positivos, al ofrecer la posibilidad de utilizar herramientas escritas para potenciar y facilitar la participación de los familiares, en los cuidados del paciente [36].

En muchas UCIs, se han realizado estudios y estrategias para comprobar la efectividad de una reunión multidisciplinar junto con la familia del paciente. En estas reuniones, las familias dejan claro que necesitan información para entender lo que está pasando y tener una esperanza realista basada en la información correcta y comprensible. Las familias tienen más oportunidades para hablar y expresar sus emociones, donde el personal sanitario realiza un papel fundamental apoyando en todo momento y asesorando en la toma de decisiones difíciles. Dando como resultado una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión de los familiares [8,9].

Las enfermeras de cuidados intensivos desempeñan un papel fundamental en la comunicación entre el médico y la familia. Ya que son éstas, las que están 24h, realizando el seguimiento del paciente. Las familias valoran la habilidad de las enfermeras, en la que destacan, la comunicación eficaz. Considerada como una de las habilidades más importantes del personal sanitario de una UCI [37].

Existen talleres o cursos donde los profesionales sanitarios pueden mejorar sus habilidades relacionadas con la comunicación. Este entrenamiento de habilidades, Sargeant J. et al., lo llaman “communication skills training” (CST). Hay estudios que

muestran que las habilidades de comunicación pueden mejorar con talleres como los mencionados anteriormente [10].

Investigaciones recientes sugieren que la comunicación interprofesional y la colaboración, por parte de la familia, en los cuidados de su familiar, pueden influir positivamente en los resultados y satisfacción de éste. La integración de la familia en el cuidado de pacientes hospitalizados es una tendencia creciente en la atención hospitalaria de hoy. Diversos estudios concluyen que la participación familiar en los cuidados del paciente ofrece beneficios potenciales, tanto como para el paciente como para la familia [10].

Algunos estudios actuales, resaltan que lo que los pacientes desean es el contacto humano, que es el que, en realidad, permite objetivar la relación humana y la solidaridad y al mismo tiempo, facilita la integración emocional haciendo que el paciente se sienta persona y no un problema médico [11].

Muchos de estos estudios, muestran resultados favorables para los pacientes, cuando existe una comunicación mutua en el profesional sanitario y paciente. Donde el paciente, con la ayuda de la familia, pueda llegar a tomar decisiones que influyan positivamente en su recuperación. Habiendo una gran relación entre la satisfacción del paciente, con la atención y calidad de la comunicación que se le proporciona [36].

En 1996, Zarpe analizó el proceso de comunicación en el contexto de la UCI y realizó una serie de recomendaciones, entre las cuales resalta la importancia de que los profesionales de enfermería conozcan la información clínica y proporcionen a la familia información y orientación, tanto oral como escrita. Los familiares que son informados adecuadamente, ven el ingreso en la UCI de un ser querido, como un acontecimiento menos doloroso [16].

Satisfacer las necesidades de información de las familias es una meta importante para todo el personal de cuidados intensivos. La entrega de información veraz, comprensible y eficaz plantea desafíos específicos en el entorno estresante, que muchas veces se vive en una UCI. Todavía sigue siendo, no sólo una necesidad ética, sino también de carácter práctico.

Después de revisar varios estudios, en los que han utilizado el CCFNI, se han identificado las necesidades de seguridad, información y comunicación como las necesidades más prioritarias, seguidas de la proximidad, comodidad y apoyo [22].

Los familiares de pacientes en estado crítico acostumbran a querer información precisa, proporcionada por médicos y enfermeros, de una manera comprensible en la que haya espacio para la esperanza. Al principio, los miembros de la familia absorben pasivamente la información que reciben. Al cabo del tiempo, empiezan a trabajar activamente para que esta información les sirva para construir nuevos retos y fortalecer la esperanza. Su participación en el proceso de atención no sólo tiene un efecto positivo en los miembros de la familia, sino también en el de los pacientes [18].

La información la quieren recibir tanto del médico, como de la enfermera referente. Del médico quieren información acerca de la condición, el pronóstico y el tratamiento preciso del paciente, al menos una vez al día. De la enfermería, esperan información sobre el cuidado y evolución diaria del paciente, características de la unidad y horarios de visitas [18].

La mayoría de familiares prefieren que se les diga la verdad, ya que según ellos el “no saber” es lo peor. La incertidumbre debido a la falta de información crea una sensación de impotencia y pérdida de control de la situación. Se dan sentimientos intensos de ansiedad y angustia, que permanecen hasta que se obtiene la información necesaria [18].

Muchos profesionales de la salud tienden a ver a los miembros de la familia como una mera extensión de la atención al paciente crítico, sin poner ningún énfasis en sus necesidades. Sin embargo, esta percepción se está convirtiendo en insostenible, ya que la profesión enfermera cada vez está más encaminada a avanzar hacia una atención más integral. La influencia de la familia y su presencia tienen un fuerte impacto en la respuesta del paciente al tratamiento [38].

Por lo tanto, podemos afirmar que la familia es un componente importante en el cuidado del paciente. Esto se puede lograr cuando los miembros de la familia se apoyan y participan en el cuidado del mismo [39].

Las familias a menudo se estresan y se sienten confundidos por la información técnica y compleja que reciben por parte de los profesionales sanitarios. Estas familias necesitan

cuidadosas explicaciones, tiempo para procesar la información y apoyo profesional coherente para afrontar los retos y así tener capacidad para tomar decisiones [40,41].

11. REFLEXIÓN PERSONAL

La realización de este trabajo me ha servido para muchas cosas, pero quiero destacar en primer lugar, una que tal vez haya sido la que nunca pensaba que pudiera potenciar. Ésta, hace referencia al mundo de la investigación. El poder descubrir la importancia que tiene la enfermería en relación a la función de investigar y aportar evidencia científica, ha hecho aumentar mis conocimientos acerca de la investigación y tener mayor pensamiento crítico en cuanto a la lectura de los artículos científicos y selección de ellos.

En relación a las UCIs, he podido comprobar la gran labor que realiza enfermería en ese tipo de unidades. Aunque en muchas de ellas, el médico es quien tiene más autonomía a la hora de realizar según qué técnicas.

He tenido la oportunidad de realizar el último período de prácticas en la UCI cardíaca del Hospital Clínic de Barcelona, en el turno de noche, donde enfermería tiene una gran autonomía y en muchas ocasiones, no dependen del médico para tomar según qué decisiones. Esto es algo muy positivo, que en un futuro se debería implementar en otras unidades.

Cuando el curso pasado, empezamos las clases teórico-prácticas sobre el paciente crítico, en los laboratorios de simulación clínica de la universidad, para mí suponía un gran esfuerzo, ya que todo lo relacionado con la UCI lo veía demasiado complejo. Pero después de haber finalizado este trabajo y haber realizado las prácticas en una UCI, puedo decir que me parece muy interesante y se aprende mucho trabajando en una unidad de cuidados intensivos.

El profesional de enfermería debe entender al paciente como un ser bio-psico-social que necesita una atención holística. Son quienes permanecen más tiempo con el paciente, lo que les permite identificar necesidades, problemas y establecer planes de cuidados individualizados.

No obstante, para ofrecer intervenciones adecuadas, es necesario que el profesional de enfermería incorpore conocimientos y mantenga una formación continua acerca de los cuidados intensivos y el paciente crítico.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Unidad de cuidados intensivos: estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2011 [Consulta el 1 de Octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- [2] Intensive Care Society [Internet] London: The Intensive Care Society Churchill House; 2015 [Consulta el 16 de Octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.ics.as.uk/>
- [3] Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano J, De Andrés J. El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos: La repercusión en el familiar del paciente. Boletín de Psicología 2006;87:61-87.
- [4] Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Medicina Intensiva 2007;31(6):273-280.
- [5] Luis Cibanal J, Sánchez Arce Carmen M, Balsa Carballal, M. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud, 2ª ed. Elsevier España, Barcelona; 2010
- [6] Gallar M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, ed. Paraninfo. España, Madrid; 1988
- [7] Van-der Hofstadt Román, Carlos J, Cremades FN. Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. SEMERGEN-Medicina de Familia 2004;30(11):552-556.
- [8] Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med 2007;356(5):469-478.

- [9] Azoulay E. The end-of-life family conference: communication empowers. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 803-4.
- [10] Sargeant J, MacLeod T, Murray A. An interprofessional approach to teaching communication skills. *J Contin Educ Health Prof* 2011;31(4):265-267.
- [11] Carbelo Baquero B. El tacto: una forma de comunicación con el paciente. *Enf.Clínica* 2000;10(1):29-33.
- [12] Krimshstein NS, Luhrs CA, Puntillo KA, Cortez TB, Livote EE, Penrod JD, et al. Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: an intervention. *J Palliat Med* 2011;14(12):1325-1332.
- [13] Arnold RM, Back AL, Emlet LL, Barnato AE, Weinstein E, Nelson JE: A communication course for intensive care unit fellows. *Medical Encounter* 2010;24:189.
- [14] Velasco Bueno JM, Prieto de Paula, Juan Francisco, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería intensiva* 2005;16(2):73-83.
- [15] Henneman EA., Mckenzie JB. An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 1992;13:85-93.
- [16] *Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico*. 1.^a ed. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), 2005.
- [17] López Chacón MA, Piñol Pérez-Rejón M, Merino Cabrera E, Taurà Rodríguez G, Quispe Hoxas LC, Manzanedo Sánchez D, et al. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. 2011-10.
- [18] Verhaeghe ST, Van Zuuren FJ, Defloor T, Duijnste MS, Grypdonck MH. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *J Clin Nurs* 2007;16(8):1488-1497.

- [19] Moreau D, Goldgran-Toledano D, Alberti C, Jourdain M, Adrie C, Annane D, et al. Junior versus senior physicians for informing families of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2004;169(4):512-517.
- [20] Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung*. 1979;8:332-9.
- [21] Chávez CW, Faber L. Effect of an education- orientation program on family members who visit their significant other in the intensive care unit. *Heart Lung*. 1987;16:92-9.
- [22] Al-Mutair A, Plummer V, O'brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *J Clin Nurs* 2013 07;22(13):1805-1817.
- [23] Daley L. The perceived immediate needs of families with relatives in intensive care setting. *Heart and Lung*. 1986; 13, 231-237.
- [24] Castells Cuixart P. *La familia ¿está en crisis?* ed. Columna. España, Barcelona;1996.
- [25] Chow SM. Challenging restricted visiting policies in critical care. *Off J Can Assoc Crit Care Nurs* 1999 Summer;10(2):24-27.
- [26] Alspach Grif J. *Cuidados intensivos de enfermería en el adulto*, 5ªed. Mc GrawHill-Interamericana. México; 2000.
- [27] Daly BJ, Douglas SL, O'Toole E, Gordon NH, Hejal R, Peerless J, et al. Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. *CHEST Journal* 2010;138(6):1340-1348.
- [28] Ahrens T, Yancey V, Kollef M. Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *Am J Crit Care* 2003 Jul;12(4):317-23; discussion 324.
- [29] Broyles LM, Tate JA, Happ MB. Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2012 Mar;21(2):e21-32.

- [30] Essential Allies – Patient, Resident, and Family Advisors: A Guide for Staff Liaisons [Internet] Maryland: Institute for Patient and Family-Centered Care. [Consulta el 20 de Diciembre de 2014] Disponible en: http://resources.ipfcc.org/product_p/32063-1.htm
- [31] Changing Hospital “Visiting” Policies and Practices: Supporting Family Presence and Participation [Internet] Maryland: Institute for Patient- and Family-Centered Care [Consulta el 20 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ipfcc.org/visiting.pdf>
- [32] AACCN: American Association of Critical Care Nurses. Columbia: AACCN; 2014. About Critical Care Nursing. [Consulta el 20 de Febrero de 2015] Disponible en: <http://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=publications>
- [33] Elliott D, Aikten L, Chaboyer W. ACCCN’S critical care nursing. [Internet]. 2^aed. Chatswood: Elsevier Mosby; 2012. [Consulta el 20 de Febrero de 2015]. Disponible en http://www.elsevierhealth.com.au/media/anz/samplechapters/9780729540681/ACCCNs_Critical_Care_Nursing_2e_Elliott_9780729540681_SampleChapter.pdf
- [34] World Health Organization. WHO Europe Critical Care Nursing Curriculum. [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2003. [Consulta el 20 de Febrero de 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/102266/e81552.pdf
- [35] British Association of Critical Care Nurses. Standards for Nurse Staffing in Critical Care. [Internet]. Newcastle: British Association of Critical Care Nurses; 2009. [Consultado el 20 de Febrero de 2015]. Disponible en: http://www.baccn.org.uk/about/downloads/BACCN_Staffing_Standards.pdf
- [36] Talen MR, Muller-Held CF, Eshleman KG, Stephens L. Patients' communication with doctors: A randomized control study of a brief patient communication intervention. Families, Systems, & Health 2011;29(3):171.
- [37] Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. Crit Care Med 2001;29(2):N26-N33.

[38] McLaughlin P. A standard to meet high expectations: assuring quality care for families of intensive care patients. *Professional Nurse* 1993. 9, 170-175.

[39] Beeby J. Intensive care nurses' experiences of caring. *Intensive Critical Care Nursing* 2000. 16, 151-163.

[40] Lopez-Fagin L. Critical care family needs inventory: a cognitive research utilization approach. *Crit Care Nurse*. August 1995;15:21-26.

[41] Abbott K, Sago J, Breen C, Abernathy A, Tulsy J. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med*. 2001;29:197-200.

13.ANEXOS

Anexo I

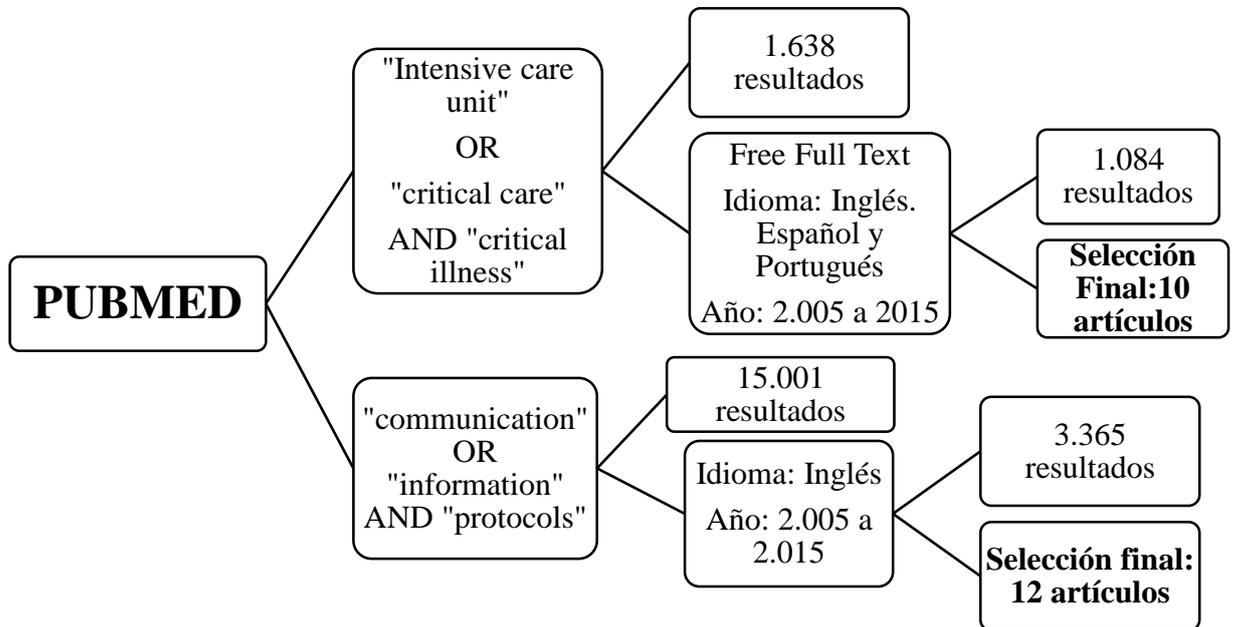
Tabla 3: Cronograma

Fecha	Actividad
Septiembre 2014	Ubicación en el tema de estudio y en la planificación de la asignatura
Octubre 2014	<ul style="list-style-type: none">- Redacción de objetivos generales y específicos.- Planificación de palabras clave para la búsqueda bibliográfica.- Asistencia a sesiones formativas de Refworks y Pubmed.
Noviembre 2014 - Enero 2015	<ul style="list-style-type: none">- Primeros intentos de búsqueda de artículos en las bases de datos.- Modificación de la búsqueda bibliográfica.- Selección de artículos de las diferentes bases de datos.- Esbozo de la introducción.
Enero 2015	<ul style="list-style-type: none">- Lectura de artículos escogidos.- Eliminación de algunos artículos tras la lectura, debido a que no se ajustan al tema principal de la revisión de la literatura.- Finalizar la introducción.
Febrero 2015	<ul style="list-style-type: none">- Planificación de los diferentes apartados del esquema del trabajo.

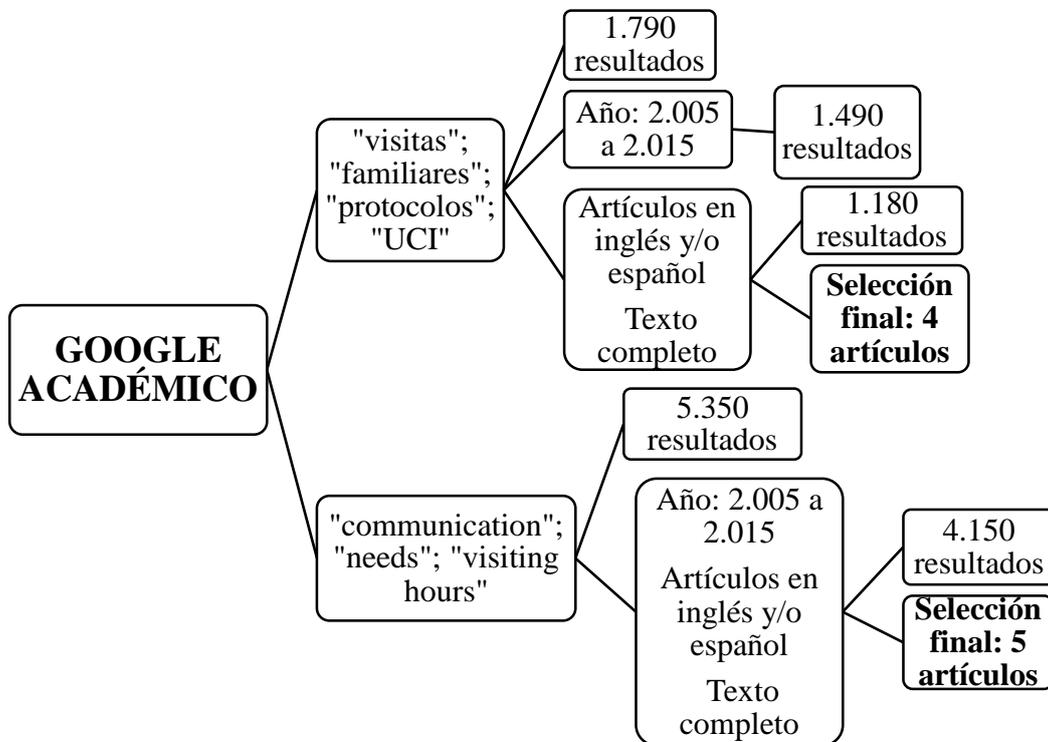
	<ul style="list-style-type: none"> - Redacción de la introducción y objetivos. - Esbozo de la metodología.
Marzo 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Selección final de artículos. - Lectura de artículos seleccionados y resumen. - Redacción de la revisión de la literatura.
Abril 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Finalizar la metodología. - Redacción de los apartados de discusión y conclusiones. - Visitar diferentes UCI de algunos hospitales catalanes.
Mayo 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Redacción de la reflexión personal y agradecimientos. - Redacción del resumen/abstract. - Finalización del diseño del trabajo (anexos, bibliografía). - Entrega del trabajo escrito.
Junio 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación de la presentación oral. - Defensa oral del trabajo ante tribunal.

Fuente: Elaboración propia

Anexo II: Esquemas sobre la estrategia de búsqueda



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Anexo III: Trípticos y folletos informativos para familiares y pacientes

Hospital General de Catalunya (HGC) (Sant Cugat del Vallès)



idesalud
Hospital General de Catalunya

C/ . Pedro i Pons , 1
08 195 Sant Cugat del Vallès (BARCELONA)
Tel . 9 0 2 5 3 3 3 3 3 - Fax 93 5 8 9 2 6 1 8

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Información para familiares de usuarios de la UCI

La UCI es una unidad de atención continuada y especializada, para pacientes que requieren un tratamiento intensivo por su proceso actual .

Será atendido por un equipo formado por diferentes profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas,...)

INFORMACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD

- La UCI general se encuentra situada en la cuarta planta. Dispone de 22 camas, distribuidas siguiendo un criterio de necesidad de vigilancia y cuidados. Por este motivo puede ser que su familiar cambie de ubicación, según su estado. Será informado de estos cambios
- Al ingreso les pediremos 1 ó 2 teléfonos de contacto para su localización en cualquier momento.
- Para entrar ha de esperar que nuestro personal le de permiso.
- Existe un horario de visitas establecido, que puede verse ligeramente modificado si se está realizando alguna técnica, exploración, etc. En este horario se podrá entrar a la habitación de 2 en 2. El resto de visitantes esperaran en el pasillo.

**Horario de visita a familiares:**

- De 8,00 a 8,30h
- 13,00 a 14,00: Visita e información médica
- 20,00 a 21,00



- Ofrecemos la possibilitat de que el paciente pueda estar acompañado de manera continuada por una persona entre las 8:00 y las 23:00h, siguiendo las siguientes indicaciones:
 - ✓ El entorno familiar decidirá un máximo de dos personas de referencia para acompañamiento, que se irán sustituyendo. Recomendamos se escojan teniendo en cuenta la proximidad con el paciente y su disponibilidad.
 - ✓ Estas personas harán de interlocutores con el equipo asistencial.
 - ✓ Puede que en algún momento el personal pida al cuidador que salga de la habitación, cuando se precisen cuidados especiales, durante la visita médica...

- Con el objetivo de favorecer lazos familiares, existe la posibilidad que los pacientes sean visitados por niños de su familia, valorando cada caso de forma individual y siempre que se haya detectado la necesidad. Se tendrá que avisar siempre primero a enfermería para preparar adecuadamente esta visita. El Hospital dispone de una Unidad de Enfermería especialista en el acompañamiento creativo, para soporte en situaciones especiales.
- El paciente podrá tener algunos objetos personales y de aseo en la habitación:
 - Material de higiene: Peine o cepillo, pasta y cepillo de dientes, material para el afeitado.
 - Objetos personales: Gafas, audífonos, radio, libros, revistas,...

NORMAS ESPECIALES

- Para entrar y salir de la habitación es necesaria la desinfección de las manos con solución alcohólica.



- Podrán entrar en la habitación objetos personales. Consulte previamente.
- No manipulen los aparatos médicos de la habitación. Pregunten cualquier duda.
- Los teléfonos móviles deberán de estar en "modo silencio" para favorecer la tranquilidad y el descanso.
- Si su familiar precisa de alguna medida de aislamiento, se le informará de los cuidados específicos
- No se dará información por teléfono.

Para cualquier duda y consulta, hable con el personal que le atiende.

SERVEI DE MEDICINA INTENSIVA

HORARI DE VISITES:

- De 8 a 8,30 hores: Visita
- De 13 a 14 hores: Visita Informació mèdica
- De 20 a 21 hores: Visita

- No s'informa per telèfon
- No són permeses les visites a nens

Hospital Plató (Barcelona)

Este folleto le proporciona la información necesaria sobre el funcionamiento de la Unidad de Medicina Intensiva donde está ingresado/a su familiar o allegado/a. Siga estas recomendaciones. Estará colaborando con nosotros/as en los cuidados del/de la paciente.

guía
informativa
para familiares
de los/las pacientes
ingresados/as en la
Unidad de Medicina
Intensiva

Unidad
de Medicina
Intensiva

hp[®]
Hospital Plató

Horarios de visita

Podrá visitar a su familiar o allegado/a, en cuanto sea posible, después de su ingreso, y en los días sucesivos en las horas de visitas establecidas:

12:30h 19:00h

Estos horarios se podrán ver alterados y/o modificados en función de las necesidades de la Unidad, motivados por los cuidados continuados del/de la paciente.

Durante la visita, podrán pasar únicamente dos personas a la vez. Los/las familiares deberéis esperar en la sala de espera que se encuentra junto a la entrada de la calle Copòmico hasta que el personal de la Unidad os venga a buscar para poder entrar.

Información médica

El/la médico les informará en las horas posteriores al ingreso del/de la paciente. La información será clara a las 13:00 horas y siempre que haya cambios en el estado del/de la paciente.

No se dará en ningún caso información telefónica sobre el estado de los/las pacientes.

Servicio de admisiones

Los/las familiares deberán realizar los trámites de ingreso, lo antes posible, en el servicio de admisiones del centro situado en la planta baja. La documentación requerida para ello es el DNI y la cartilla de la Seguridad Social.

Teléfonos de contacto

Es aconsejable y conveniente que dejen algunos teléfonos de contacto al personal de la U.C.I., por si fuese necesario localizarlos.

Recomendaciones

Antes de la visita deberán lavarse las manos dentro de la Unidad, donde el personal de enfermería les indique, y lo misma antes de salir de esta, una vez finalizada la visita.

Antes de entrar en la Unidad deberán apagar los teléfonos móviles, ya que producen interferencias en los aparatos electrónicos que existen en la unidad.

La duración de las visitas estará sujeta a las necesidades del servicio, así como al estado del/de la paciente.

Durante la visita permanecerá dentro del BOX, al lado del/de la paciente y no toque nada.

No se asuste si oye alarmas que suenan.

Objetos personales

Durante su estancia en la unidad, el/la paciente no necesita ninguna prenda de ropa. Si la lleva, en el momento del ingreso, se le retirará y se entregará a sus familiares, así como sus objetos de valor o personales. En caso de no haber ningún familiar se dejarán a cargo del servicio de seguridad del centro.

Deberán proporcionar al personal asistencial, si este lo solicita, los utensilios de aseo personal del/de la paciente.

Si el estado del/de la paciente lo permite, podrán proporcionarle periódicos, revistas, libros, aparatos de radio con auriculares, etc., siempre bajo las recomendaciones del personal asistencial.

Recomendamos que haga llegar esta información al resto de familiares o allegados/as que visiten al/a la paciente durante su ingreso.

Si tuviera cualquier duda o cuestión sobre alguna de estos u otros puntos, **NO DUDE** en dirigirse al personal de la Unidad.

Informació:

Els horaris d'informació seran sempre durant la visita de les 13h

La informació de l'evolució del pacient serà proporcionada pels metges i infermeres responsables.

Sempre que tinguin dubtes, els intentarem resoldre. Si en el moment que sorgeixen no estem disponibles per contestar-los, és convenient que s'ho apuntin i quan tinguin la visita amb el metge o infermera podran respondre'ls-hi.

Si es produeix algun canvi significatiu en l'estat del pacient, ens posarem en contacte amb vostès. Per poder localitzar-los fàcilment, els agraïrem ens proporcionin els telèfons de contacte.

Per telèfon, no es facilitarà informació detallada de l'estat dels pacients, a fi de garantir la privacitat.

Si els cal alguna cosa, en el que nosaltres els puguem ajudar, no dubtin a demanar-nos-la.

Telèfon Hospital Clínic : 93 227 54 00
Extensió UCI : 2206

La secretària de la UCI li pot proporcionar els justificants i/o informes del pacient que els calgui.

Secretaria de la Unitat de Cures Intensives i intermèdies;
Planta 3 escala 7
Horari: de 8 a 15h de dilluns a divendres
Extensió: 2591

Metges/ses responsables de la unitat:

Coordinador/a d'infermeria responsable de la unitat

Infermers/es responsables de la cura del pacient:

Serveis de l'hospital:

- **Lavabos:** Vestíbul de Villarroel, Planta 0 escala 2, Planta 0 escales 5 i 7, Planta 5 escala 5.
- **Cafeteria i restaurant:** Planta 0, al costat de l'escala 12 (horari: 8.30h a 16h)
- **Treballadora Social:** Cada unitat d'hospitalització compta amb el suport de treballadores socials. Si calen els seus serveis, infermeria li explicarà com fer-ho
- L'Hospital disposa de **Mediadors Culturals** (si els hi calen els seus serveis es poden posar amb contacte amb el coordinador/a del servei) i **Servei Religios** (la capella està situada a la planta 1, escala entre 2-4 i oberta els 24 hores del dia
- Trobareu **màquines de "vending"** (café, aigües i snaks): al final dels passadissos

Hospital Clínic
c/Villarroel, 170 08036, Barcelona

UNITAT DE CURES INTENSIVES



INFORMACIÓ ALS FAMILIARS

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

Ubicació del pacient a l'habitació: _____. **Aquest servei està ubicat al edifici d'hospitalització de l'Hospital Clínic, a la planta 3, escala 7.**

La Unitat de Cures Intermèdies està dotada del més alt nivell tecnològic i especialitzat per donar la millor atenció.

L'ingrés del seu familiar a aquesta Unitat, és perquè requereixi cures i tractament específics així com un control estricte del seu estat de salut. Per aquesta raó, ens calen aparells que ajudin a fer aquesta vigilància.

El pacient, estarà connectat a monitors, portarà sondes, catèters,...., que són necessaris per la seva estabilitat i per recuperar la salut. Som conscients que tots aquests aparells poden canviar la imatge i ferir la seva sensibilitat.

Els monitors de cada habitació estan centralitzats a una pantalla al control d'infermeria on el personal està al cas de qualsevol incidència.

Les alarmes sonores són habituals a una UCI però la importància d'aquestes són valorades pel personal de la unitat.



Visites:

Un dels requeriments per millorar l'estat de salut dels pacients ingressats a les UCIs és un entorn tranquil, serè i relaxat. Per aquest motiu s'estableixen uns horaris de visita i la limitació de persones que haurien d'estar dins de l'habitació, amb un màxim de dues alhora. Encara que, som conscients de la necessitat del pacient de tenir a prop a les seves persones més estimades, hem considerat oportú, establir quatre períodes de visites:

HORARIS

De dilluns a divendres

Dissabte, Diumenge i Festius

- A les: 8.15 h
- A les: 13 h
- A les: 20 h
- A les: 22.30 h

- A les: 8.15 h
- A les: 13.30 h
- A les: 20 h
- A les: 22.30 h

El temps que podrà estar juntament amb el seu familiar, dependrà de l'estat del pacient, de l'organització de la Unitat o de factors inesperats.

En el cas que no sigui possible visitar el seu familiar dins dels horaris establerts, poden comunicar-ho al personal d'infermeria i arribar a un consens.

No és convenient que esperin als passadissos de la Unitat, ja que poden dificultar la tasca dels diferents professionals sanitaris que estan treballant.

Normativa:

- Abans d'entrar a la UCI, haurien de trucar al interfón, a fi de garantir la intimitat dels pacients. Si tardem a contestar, pot ser que estiguem treballant amb algun pacient.
- Abans d'entrar i al sortir de l'habitació, s'han de rentar o desinfectar les mans, és la millor forma i la més eficient per evitar la transmissió d'infeccions.



- No és aconsellable l'entrada als menors de 12 anys.
- No està recomanat portar flors o plantes, ja que poden ser una font d'infecció.
- No són convenient els mòbils dins la Unitat, ja que podrien fer interferències amb els aparells, que s'utilitzen.
- El pacient no ha de tenir al seu poder objectes de valor, ja que es poden extraviar.

La vigilància dels objectes personals son responsabilitat del pacient i de la família.

Articles d'ús pel pacient:

- Ens caldrà algun estri per la higiene personal, com colònia fresca, pinta o raspall i en cas necessari, aigua mineral.
- Si creu necessari, pot portar radio o algun mitjà de distracció pel pacient sempre que ho demanin abans al personal d'infermeria.

Queixes i reclamacions:

- Si sorgeix algun conflicte poden adreçar-se al responsable d la unitat.
- L'hospital disposa d'un servei d'atenció al client, on recolliran les seves demandes de forma objectiva.
- En el cas de que tingui algun suggeriment per millorar, l'hi agraïrem ens ho comunicui.

Hospital Parc Taulí (Sabadell)



INFORMACIÓ PER ALS FAMILIARS DELS PACIENTS INGRESSATS A L'ÀREA DE CRÍTICS

Us demanem la vostra col·laboració per tal de preservar la cura del pacient i evitar les interrupcions en el treball de l'equip assistencial.

HORARIS

	Informació mèdica:	Migdia 13h a 14h			
	Horari de visita:	Matí 7.30 h a 8 h	Migdia 13 h a 15 h	Tarda 18 h a 19 h	Nit 22.30 h a 23 h
	Màxim de 2 persones dins l'habitació. El temps de visita es podrà repartir entre les persones més properes al pacient.				

ACOMPANYAMENT

	Un familiar pot estar al costat del pacient de forma continuada, de 13 h a 23 h, per fer-li companyia i donar-li suport.
	En el cas que s'hagi de rellevar el familiar que fa l'acompanyament, cal que es faci durant l'horari de visita, ja que fora d'aquest horari, la porta de l'Àrea de Crítics es manté tancada.

INFORMACIÓ MÈDICA/ INFERMERIA

	Espereu-vos dins de l'habitació, on el metge responsable, diàriament, us proporcionarà la informació. Durant l'horari de visita l'equip d'infermeria us podrà comunicar altres aspectes de la situació clínica del pacient.
	La informació és confidencial i només es donarà al propi pacient, als familiars més propers o a les persones que el pacient designi. La informació mèdica no es facilitarà per telèfon.

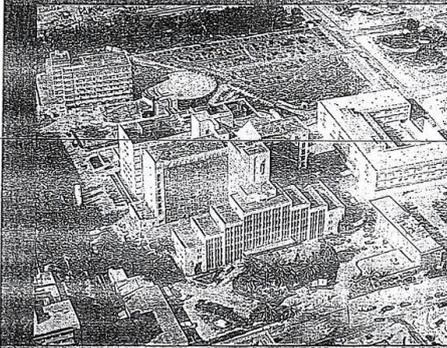
DURANT L'ESTADA

	Eviteu les entrades i sortides continuades de les habitacions. Cal que tingui en silenci el telèfon mòbil, així com una actitud relaxada i en silenci.
	Atenent les normes d'higiene, us recomanem rentar-vos les mans a l'entrar i sortir de l'habitació. A les habitacions trobareu solució amb alcohol desinfectant.
	No es permet tenir flors ni plantes naturals a l'habitació ja que són font de creixement de gèrmens.
	Heu d'estar al costat del pacient, i si necessiteu qualsevol cosa truqueu al timbre.
	En la sala d'espera, esperis a dins, no ocupi les zones de pas.
	No són permeses les visites d'infants menors de 12 anys.

ALTRES ASPECTES

	Faciliteu uns números de telèfon per poder localitzar de manera ràpida un familiar.
	Durant les primeres 24 hores d'ingrés, proporcioneu a l'equip d'infermeria un necesser d'higiene personal (maquineta d'afaitar, aigua de colònia fresca, raspall de dents...) per al pacient.
	Tingueu cura dels objectes personals; l'hospital no es pot fer càrrec de la seva custòdia.
	Si el pacient requereix dels serveis religiosos, pot sol·licitar informació en el control d'infermeria.

Servei de Medicina Intensiva i Crítica



Hospital
Universitari
Joan XXIII de
Tarragona

HJ23
Hospital Joan XXIII

Institut Català de la Salut
Gerència Territorial
Camp de Tarragona



Introducció

Usted/su familiar o conocido ha sido ingresado en el Servicio de Medicina Intensiva debido a que padece una enfermedad grave y necesita un tratamiento especial y/o vigilancia continua por parte de enfermeras y médicos especializados en el paciente crítico.

El Servicio de Medicina Intensiva está situado en la primera planta del edificio B y C y consta de dos unidades: La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (plano 1) y la Unidad de Cuidados Intermedios o semicríticos (plano 2). La sala de espera se encuentra delante de la UCI y a la izquierda de la unidad de semicríticos.



Información y Horas de Visita

Ambas unidades se rigen por normas propias y diferentes a las del resto del hospital que debe conocer.

Los horarios de visita están dispuestos priorizando la seguridad del paciente y atendiendo al funcionamiento del servicio por lo que en ocasiones podrían ser retrasados o incluso anularse en caso que la atención de este lo requiera. El número de visitantes se limitará a 2 personas por pacientes (familiares, cuidadores o amigos)

Mañana (30 min)	07-30 horas
Mediodía (30 min)	14-00 horas
Tarde (30 min)	21-15 horas

El médico responsable del enfermo proporcionará información al propio paciente o, en caso de no ser posible, a sus familiares en el box donde se ubica éste y en la visita de medio día (14h). No se proporcionará información por teléfono ni a personas que no estén debidamente identificadas.

Para cualquier duda o cuestión administrativa fuera del horario de visitas, pueden contactar con la secretaria del servicio en horario de 8:00 a 15:00h.

En el caso de que el personal encargado del cuidado del paciente necesite comunicarle alguna información fuera de las horas de visitas nos pondremos en contacto con usted vía telefónica. No olvide facilitarle un teléfono de contacto a la enfermera/o que atiende a su familiar.

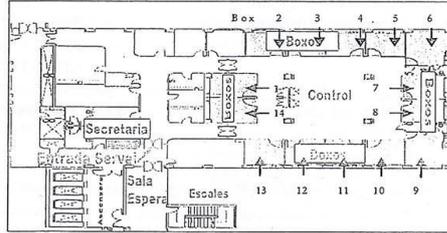


Objetos personales

Los objetos de valor y pertenencias personales que el paciente lleve consigo a su ingreso en el hospital serán entregados a sus familiares. Los objetos de valor que por algún motivo no hayan podido ser entregados a la familia se depositarán en el departamento de seguridad del hospital donde podrán ser retirados posteriormente previa identificación.

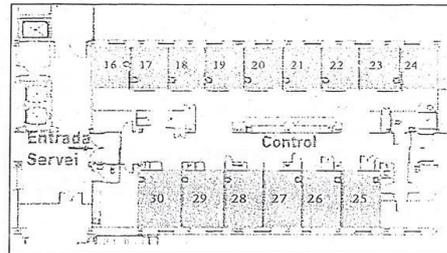
Plano 1

Unidad de Cuidados Intensivos



Plano 2

Unidad de Cuidados Intermedios
Unidad Coronaria



Calle Dr. Mallat, Graçch, 4
43007 Tarragona
Tel: 977 29 38 00
Atención al Usuario: 977 29 58 44
Correo electrónico: h23@cat.salut.cat
Web: www.hj23.cat
112 Urgencias / Emergències
016 Violència de Gènere

061
CatSalut
Respon

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut