

GRADO DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS
EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
DE ALICANTE

TRABAJO DE FIN DE GRADO



DANIEL ANDREU GÓMEZ

48774483Q

TUTOR: M^a DEL CARMEN SOLANO RUIZ

ALICANTE, MAYO DE 2016

ÍNDICE

RESUMEN Y ABSTRACT	2
1.INTRODUCCIÓN	3
1.2. Justificación del estudio	4
1.3. Objetivos del trabajo	5
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
2.1. El cuidado humanizado en las unidades especiales	
2.2. Dificultades para la aplicación de cuidados humanizados	
2.3. Humanización de los cuidados	
2.3.1. Unidad de puertas abiertas	
2.3.2. Bienestar ambiental	
2.3.3. Cuidados paliativos como cuidado humanizado	
2.4. Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS)	
2.4.1. Consecuencias del PICS	
2.4.2. Estrategias para reducir la prevalencia del síndrome	
2.4.3. Síndrome post cuidados intensivos en la familia	
3. MARCO TEÓRICO	12
4. MATERIAL Y MÉTODO	13
4.1. Diseño	
4.2. Participantes	
4.3. Contexto	
4.4. Técnicas de recogida de datos:	
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	15
5.1. Dificultades o barreras para la aplicación de cuidados humanizados	
5.2. Fortalezas o estrategias en la aplicación de cuidados humanizados	
6. CONSIDERACIONES FINALES	20
6.1. Limitaciones del estudio	
6.2. Conclusiones	
7. BIBLIOGRAFÍA	22
8. ANEXO	31

RESUMEN:

Introducción: Existen numerosos estudios que demuestran que la incidencia de muerte por quemaduras ha disminuido, por lo que la cuestión que debe preocuparnos en estos momentos es la calidad de vida de los supervivientes. La continuidad de los cuidados por parte de los profesionales de enfermería en las unidades de quemados es una pieza clave en la recuperación y rehabilitación del paciente en todos sus ámbitos. *Objetivo:* Identificar la humanización de los cuidados de enfermería en la Unidad de Quemados del Hospital General Universitario de Alicante. *Método:* Estudio cualitativo de carácter etnográfico mediante observación participante. Incluye una propuesta de cuestionario dirigido a estudiantes de enfermería en prácticas en unidades de quemados. *Resultados:* el cuidado observado no se centra en lo biológico, preocupándose por las necesidades de la persona e incorporando acompañamiento constante y apoyo emocional en las intervenciones. La política de visitas restrictiva constituye una barrera para la humanización, aunque el personal de enfermería muestra disposición para ampliar el horario establecido e incorporar a los familiares en el cuidado. *Conclusiones:* Las enfermeras aprovechan cualquier técnica para identificar necesidades insatisfechas y proporcionar apoyo emocional al paciente, personalizando cada intervención y centrando el cuidado en la persona mediante una visión holística de la misma.

ABSTRACT:

Introduction: Many studies have found that the incidence of burn deaths has fallen, so the issue which really deserves an all-out effort on our part is the survivors' quality of life. The continuity of care from nursing professionals in burn units is a key element in the recovery and rehabilitation of the patient in all areas. *Objective:* To identify the humanization of nursing care in the Burn Unit of the General University Hospital in Alicante. *Method:* ethnographic research through participant observation; and proposal for a questionnaire addressed to nursing students who do internship in burn unit. *Outcomes:* The observed care is not focused on biological issue, but is concerned about the needs of the individual, incorporating constant accompaniment and emotional support in procedures. Restrictive visit policy is a barrier to humanization care, although nurses shows willingness to expand the schedule and involve family in care. *Conclusion:* Nurses take advantage of any technique to identify unmet needs and provide the patient emotional support, customizing each intervention and focusing the care on the individual through a holistic view of it.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, quemarse constituye una de las experiencias más trágicas y dolorosas que conoce el ser humano. Una quemadura se define como una lesión traumática causada por un agente térmico, químico, eléctrico o radiactivo que produce la destrucción de tejido de variable extensión y profundidad. Sus consecuencias, el tratamiento y la rehabilitación generan en la persona un sufrimiento físico y psicológico enorme^(1,2).

Las quemaduras se producen de forma imprevisible y violenta, por lo que el impacto psicológico puede llegar a ser tan fuerte como el físico. El quemado puede sufrir graves deformidades físicas y estéticas que hagan que la persona se sienta amenazada, deprimida y asustada. El grado de dolor inicial es enorme, el malestar es continuo, el descanso inexistente y cualquier movimiento puede ser percibido como una tortura.⁽³⁾

Existen numerosos estudios que demuestran que la incidencia de muerte por quemaduras ha disminuido^(4,5). Un análisis estadístico llevado a cabo por la Unidad de Grandes Quemados del Hospital La Fe de Valencia, refleja una disminución progresiva tanto del número de ingresos como de la tasa de mortalidad de los pacientes a partir de 1989⁽⁶⁾. Entre las causas que justifican este hecho se encuentran la mejora de las técnicas quirúrgicas y de las instalaciones hospitalarias, así como la implantación de normas de seguridad laboral y campañas educativas. Por esta razón, la mortalidad ha dejado de ser el problema principal de las quemaduras, en estos momentos la cuestión que debe preocuparnos es la calidad de vida de los supervivientes, es decir, el impacto de la lesión en la persona a nivel físico, psicológico y social.

Las unidades de quemados son unidades especializadas de cuidados intensivos integradas por un equipo multidisciplinario formado por cirujanos plásticos, intensivistas, pediatras, fisioterapeutas, personal de enfermería y otras especialidades de soporte esencial como: ortopedia, oftalmología, psiquiatría, psicología, medicina interna, terapia ocupacional y nutrición. Se establecieron por primera vez en Gran Bretaña, con el objetivo de facilitar el trabajo de enfermería y mejorar la asistencia de los pacientes quemados, los cuales precisan una vigilancia continua de la vía aérea, el estado hemodinámico y el balance hídrico durante su tratamiento y recuperación⁽⁷⁻⁹⁾.

Al ingresar en una unidad de cuidados intensivos, la persona sufre una desconexión del medio que supone la pérdida de relación con el entorno, una experiencia de sufrimiento físico y psicológico que conlleva un importante riesgo de muerte, incapacidad funcional y deformidad. En el caso de un gran quemado, si la persona sobrevive a la

hospitalización y regresa a su ambiente, siente que la quemadura ha supuesto un coste personal, familiar y social incalculable que le dificultará enormemente retomar su papel en la sociedad, sus rutinas y su rol productivo ⁽⁵⁾. Este fenómeno se explica a través del “Postintensive Care Syndrome” o PICS, definido como un deterioro o empeoramiento de la salud física, cognitiva o mental provocado y que persiste después de la hospitalización por enfermedad crítica ⁽¹⁰⁾.

Aproximadamente un 50% de los pacientes críticos requiere de asistencia de cuidador 1 año después, precisando desde ayuda parcial con actividades de la vida diaria hasta un cuidado complejo por una dependencia total. El síndrome Post Cuidados Intensivos afecta a los pacientes críticos que sobreviven a la hospitalización y a sus familiares, pero también compromete a los familiares de los que no sobreviven. Interrumpe la dinámica de la familia y obliga a sus integrantes a asumir el papel de cuidador, desencadenando a largo plazo problemas psicológicos, físicos y sociales ⁽¹⁰⁾.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Según un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas (UNICEF) en 2008, las quemaduras son unas de las cinco principales causas de muerte a nivel mundial ⁽¹¹⁾. Se estima que el 1% de la población mundial sufrirá una quemadura importante alguna vez a lo largo de su vida ⁽¹²⁾. La incidencia en España es desconocida, pero se calcula que cada año aproximadamente por cada 100.000 habitantes, 300 requerirían atención sanitaria y 14 serían hospitalizados por quemaduras. Trasladado a nuestro país, supone que aproximadamente cada año 120.000 españoles sufren quemaduras que precisan atención y 5000 acabarían ingresados. A nivel nacional, el número total de altas hospitalarias por quemaduras durante el año 2008 fue de 4.422, de las cuales 2.908 fueron hombres y 1.514 mujeres ⁽¹³⁾.

Es evidente que la mortalidad por quemaduras se ha reducido notoriamente en los últimos años ^(14,15,16), por lo que el paradigma actual es la calidad de vida de los supervivientes, es decir, el impacto biopsicosocial que la quemadura genera en la persona. Asimismo, los quemados son pacientes críticos con un importante riesgo de sufrir el Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS), por lo que hay razones para identificar estrategias de actuación que disminuyan la prevalencia del síndrome y mejoren su calidad de vida ⁽¹⁰⁾.

Debido a la naturaleza de las lesiones, debemos entender al paciente quemado como un ser holístico que más allá de su supervivencia tiene la necesidad de sentirse escuchado,

acogido y comprendido por el equipo sanitario. La continuidad de los cuidados por parte de los profesionales de enfermería es una pieza clave en su recuperación, pues permite establecer relaciones de confianza para la prestación un cuidado íntegro y de calidad. Es por todo lo mencionado anteriormente, que los profesionales de enfermería tienen el gran reto de lograr la humanización de los cuidados en las unidades de quemados, asegurando de esta forma la recuperación y rehabilitación del paciente en todos sus ámbitos^(9,10).

1.3. OBJETIVOS DEL TRABAJO:

-Objetivo general: Identificar la humanización de los cuidados de enfermería en la Unidad de Quemados del Hospital General Universitario de Alicante.

-Objetivos específicos:

-Identificar las dificultades o barreras encontradas para la aplicación de cuidados humanizados.

-Identificar fortalezas o estrategias empleadas por los profesionales de enfermería en la aplicación de cuidados humanizados.

-Identificar signos de desgaste profesional en la unidad estudiada.

-Describir la actuación de los profesionales de enfermería en relación a la intimidad y privacidad de los pacientes quemados.

-Describir la percepción de los estudiantes de enfermería respecto a los cuidados humanizados.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Debido a su complejidad, los pacientes críticos requieren un abordaje multidisciplinario. En este aspecto, los profesionales de enfermería son fundamentales ya que son los responsables de la atención continuada al paciente. Esto significa que serán los primeros en detectar cualquier cambio que se produzca en su estado de salud e instituir medidas terapéuticas. Los pacientes con quemaduras importantes requieren largos periodos de recuperación, en los que las características del cuidado prestado determinarán su experiencia durante la hospitalización y posterior calidad de vida⁽⁷⁻⁹⁾.

La prestación de un cuidado humanizado al paciente quemado requiere la búsqueda de la mejor evidencia disponible, para identificar los recursos necesarios y dotar a los profesionales de herramientas que permitan desarrollar una atención integral del paciente, en la que el contacto con cada uno de los usuarios constituya un aprendizaje mutuo y recíproco⁽¹⁷⁾.

2.1. El cuidado humanizado en las unidades especiales

Diversos autores han puesto de manifiesto que las unidades de cuidados intensivos son consideradas como áreas estresantes por diversos factores: el miedo asociado a los diagnósticos, procedimientos y técnicas invasivas; la separación de su familia y seres queridos, la ausencia de privacidad, el lenguaje desconocido y las frecuentes conversaciones de los profesionales sanitarios (muchas veces inadecuadas) que generan confusión en el paciente, gran cantidad de monitores y aparatos con el ruido de sus respectivas alarmas, la pérdida de autonomía y la incapacidad para tomar decisiones⁽¹⁸⁾.

De acuerdo con la literatura, en las unidades de cuidados intensivos se produce una gran deshumanización, entendida ésta como una carencia de sensibilidad y sentimientos hacia el paciente por parte de los profesionales de la salud⁽¹⁸⁾. Allué, una antropóloga social que a sus 34 años sufrió quemaduras profundas en un 80% del cuerpo, en su libro *Perder la piel* describe su traumática experiencia y el sufrimiento físico, mental y social que supuso estar hospitalizada. En el estudio desarrollado por Solano y Siles, se evidencia que las experiencias previas vividas por los pacientes consigo mismos o con sus familiares determinan los sentimientos expresados durante el ingreso^(19,20).

En esta línea, se encuentra el proyecto de investigación HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos) que surge en la UCI del Hospital Universitario de Torrejón, con el objetivo de recuperar la visión integral sobre el usuario en las unidades especiales⁽¹⁷⁾. Romero-García et al. evidenció que la combinación de competencias profesionales,

cuidados humanos, técnicos y continuados genera en los participantes sentimientos de seguridad, tranquilidad y de sentirse persona, así como una percepción de relación cercana y de confianza con la enfermera que aplica los cuidados ⁽²¹⁾. En otro estudio llevado a cabo por los mismos autores, se refleja que las percepciones de los profesionales de enfermería en relación a los cuidados coinciden con las de los pacientes críticos, tanto en la definición como en las dimensiones sobre el cuidado satisfactorio ⁽²²⁾. De acuerdo con estas publicaciones, no existirían diferencias entre ambas partes sobre la definición de un cuidado satisfactorio.

2.2. Dificultades para la prestación de cuidados en las unidades de cuidados críticos

Según la literatura científica, existen diversos factores que pueden influenciar en la humanización de las unidades intensivas. En primer lugar, prestar un cuidado con estas características requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupala y compromiso explícito de la institución. Esto significa que es necesario una inversión y una gestión eficiente de los recursos que permita, entre otras cosas, la contratación de más personal sanitario y una reestructuración de los servicios para ofrecer una atención centrada en el usuario y su familia ⁽²³⁾.

Otros autores justifican la deshumanización en el cuidado con el “tecnologicismo” y la elevada instrumentalización de la enfermería, es decir, la atención centrada en la tecnología, las técnicas y los procedimientos que reemplaza el cuidado de la sensibilidad y las emociones del paciente. Sin embargo, diferentes autores piensan que llevar a cabo técnicas de calidad e incorporar los avances tecnológicos debe ser perfectamente compatible con la atención centrada en la persona ^(19,24). Arredondo-González y Siles-González en un artículo describen que la deshumanización de los cuidados no se debe sólo a la tecnología, sino que es resultado de una red de factores asociados e interactuantes desprendidos en parte del sistema, por lo que el cuidado humanizado es perfectamente compatible con el contexto tecnológico siempre que esté centrado en el paciente y no en lo accesorio ⁽²⁵⁾. Además, coinciden con otros textos en que es fundamental considerar la visión holística del cuidado como eje central de la formación de los estudiantes de enfermería, incorporando modelos humanistas y habilidades comunicativas para un cuidado íntegro de la persona, independientemente del diagnóstico y de los modelos de atención ^(26,27).

Uno de los principales enfoques para mejorar la calidad de la atención a los pacientes críticos es asegurar que los cuidadores están en "sintonía" con los usuarios, por lo que el desgaste profesional (o Burnout) es un factor muy relevante. Las ratios paciente-enfermera desorbitadas, los turnos imposibles, entornos de trabajo poco ergonómicos, las condiciones laborales precarias o los sueldos no dignos, contribuyen a que los índices de desgaste profesional alcancen niveles francamente preocupantes ⁽¹⁷⁾.

2.3. Humanización de los cuidados

❖ 2.3.1. Unidad de puertas abiertas

La hospitalización es una experiencia hostil que el paciente y su familia percibe en múltiples ocasiones con angustia y preocupación ante la enfermedad. En las unidades de cuidados críticos, estas emociones se incrementan por situaciones extremas entre la vida y la muerte que se acompañan de dolor, miedo, dificultad para dormir, desorientación y separación de su familia por una política de visitas restrictiva ⁽¹⁹⁾. En los pacientes quemados, el aislamiento y los horarios de visita estrictos con el fin de disminuir el riesgo de infección contribuyen con el abandono social de la persona. En nuestro país existe una cultura de unidad cerrada, a pesar de que múltiples publicaciones recomiendan una política de puertas abiertas con la incorporación de la familia en los cuidados del paciente ⁽²⁹⁻³²⁾.

Se ha demostrado que un régimen de horarios de visita amplio y flexible contribuye al bienestar del paciente, disminuyendo la ansiedad familiar y aumentando la calidad percibida, al mismo tiempo que mejora la imagen y humanización de la unidad. Es obvio que los familiares desean participar en los cuidados del paciente y, si sus condiciones lo permiten, podrían implicarse en cuidados básicos como el aseo, la administración de nutrición y medicación sencilla, cambios posturales o ejercicios de fisioterapia, siempre bajo la supervisión de un profesional de enfermería ⁽²⁹⁻³²⁾.

❖ 2.3.2. Bienestar ambiental

Una de las quejas más comunes de los pacientes críticos es la dificultad para dormir por ruido y luz excesiva ⁽³⁴⁾; Revuelta Escuté y Rodríguez Martínez identificaron que el nivel de ruido en el ámbito hospitalario está por encima de las recomendaciones acústicas de la Organización Mundial de la Salud ⁽³⁵⁾, coincidiendo con Lombardo et al., que puso de manifiesto que las UCI están mal equipadas para garantizar el descanso y la privacidad del paciente ⁽³⁶⁾. Es necesario establecer estrategias para una buena gestión de alarmas y

la adecuación de los sistemas de iluminación, concienciar a los profesionales sobre la importancia de cuidar la calidad del sueño de los usuarios y crear un entorno con elementos recreativos como televisión o radio, así como facilitarles la comunicación y el derecho a mantener relaciones sociales mediante acceso telefónico y a equipos informáticos⁽³⁴⁾.

Existe un tratamiento para el dolor, la ansiedad, la depresión, el delirio, la agitación y el miedo con efectos profundos y demostrados, no tiene efectos adversos, es fácil de aplicar, barato y con efectos beneficiosos para el paciente y el personal sanitario⁽³⁷⁻³⁹⁾. Es la musicoterapia, definida por la Federación Mundial de Musicoterapia como “*el uso profesional de la música y sus elementos como intervención en entornos médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades para optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, emocional, intelectual y espiritual*”⁽⁴⁰⁾. El Proyecto 1 año 12 meses para 12 compromisos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infanta Margarita, incluye la musicoterapia en una de sus propuestas para humanizar los cuidados intensivos⁽⁴¹⁾.

❖ **2.3.3. Cuidados paliativos como cuidado humanizado**

Un artículo publicado por Román Maestre recoge 10 razones por las cuales los cuidados paliativos son una buena forma de humanizar las unidades intensivas. Los cuidados paliativos están centrados en la persona y son un modelo basado en la autonomía del paciente, llevados a cabo en interacción con el entorno, es decir, que los cuidados se amplían a la familia y seres queridos, adaptándose a los diferentes modelos familiares. Teniendo en cuenta que equipos paliativos son multidisciplinarios y trabajan desde la bioética total, podrían atender las necesidades humanas de los pacientes quemados, ya que saben acompañar, escuchar y estar en esas situaciones tan personales y difíciles. Otra de las razones mencionadas es que al final la persona acepte su condición, otro aspecto muy importante en los pacientes críticos⁽⁴²⁾.

2.4. Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS)

❖ **2.4.1. Consecuencias del PICS**

A pesar de los esfuerzos de los supervivientes durante la hospitalización, muchos de ellos manifiestan problemas de salud a largo plazo. En los últimos años, se han llevado a cabo estudios que ponen de manifiesto las consecuencias que los enfermos críticos y sus familias sufren. Harvey y Davidson en su estudio identifican las principales

manifestaciones del denominado Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS) y describen estrategias para disminuir su prevalencia ⁽¹⁰⁾.

Entre las consecuencias físicas de este síndrome se incluye la debilidad adquirida, común en un 25-80% de los pacientes que precisan ventilación mecánica ⁽¹⁰⁾, entre los que se encuentran un tercio de los pacientes quemados por lesiones por inhalación. La ventilación mecánica junto al aumento del catabolismo producido por la propia quemadura, la consecuente pérdida de masa muscular y la disminución de la capacidad funcional, induce a la aparición de una fatiga que dificulta la realización de actividades de la vida diaria, complicando la reintegración social y laboral de la persona. Otra secuela característica de los grandes quemados es el dolor crónico de carácter neuropático, con implicaciones personales y sociales que incluyen un elevado coste sanitario, incapacidad funcional, aumento de la mortalidad y una disminución de la calidad de vida percibida. Las cicatrices hipertróficas, el prurito y las alteraciones de la termorregulación también son relevantes en los afectados por quemaduras ^(43,44).

Las consecuencias mentales del PICS incluyen síntomas de depresión, ansiedad y trastornos del sueño, que puede durar de meses a años ⁽¹⁰⁾. Meyer et al. identificó que existe una asociación entre sufrir quemaduras importantes durante la infancia y desarrollar una enfermedad mental a lo largo de la vida ⁽⁴⁹⁾. Es obvio que existen numerosos factores estresantes que pueden causar un impacto psicológico en los quemados: La alteración de la imagen corporal es muy significativa en los afectados, manifestando muchas veces un trastorno de estrés postraumático (TETP) o depresión ⁽⁴⁴⁾; La cura de las lesiones es muy dolorosa y el dolor en ocasiones puede desencadenar depresión en los afectados ^(45,46). Asimismo, resulta bastante claro que un alivio inadecuado del dolor durante las primeras etapas, puede causar negación en los pacientes para participar en los programas de rehabilitación a corto plazo y a largo plazo ^(48,49).

Existe evidencia de que el deterioro cognitivo tiene lugar en el 30-80% de los pacientes críticos e incluye problemas de memoria, procesamiento, planificación, resolución de problemas y percepción visual-espacial ⁽¹⁰⁾. No es muy común en los afectados por quemaduras, pero es importante valorarlo ya que puede causar un gran impacto en las actividades de la vida diaria ⁽⁴⁵⁾. Una cuarta parte de los pacientes con Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA), presente en un 5% de los pacientes quemados por la inhalación de humo, todavía manifiestan deterioro cognitivo 6 años después de la hospitalización ⁽⁵¹⁾.

Por todo lo anterior, es evidente que las quemaduras también presenten consecuencias sociales significativas como alteraciones de la sexualidad, dificultades para la reinserción laboral y problemas de interrelación social ⁽⁴⁴⁾. Un estudio llevado a cabo en la Unidad de Quemados del Hospital General Universitario de Alicante, concluyó que las quemaduras no dificultan el trabajo físico o el cuidado personal, pero afectan de forma importante a las relaciones sociales y afectivas, a las actividades básicas de la vida diaria y a la estabilidad psicológica ⁽⁵²⁾.

❖ **2.4.2. Estrategias para reducir la prevalencia del síndrome**

Harvey y Davidson describen la importancia de prevenir o minimizar los factores de riesgo como la inmovilidad, el número de días con ventilación mecánica, la duración de la estancia en la unidad, la sedación profunda, el delirio, la sepsis, el síndrome de distrés respiratorio agudo, la hipoglucemia y la hipoxia para disminuir la prevalencia del PICS en los pacientes y su familia. Además, existen diferentes intervenciones como los programas de movilidad temprana mediante ejercicios pasivos, estimulación eléctrica, deambulación o educación para la salud, que han demostrado reducir el tiempo de estancia en la unidad y por tanto el coste de atención, además de aumentar la fuerza, mejorar el estado funcional y disminuir el delirio, la depresión y la ansiedad ^(10,49).

Existe evidencia de que la intervención psicológica temprana mediante apoyo emocional, asesoramiento, educación sobre manejo del estrés y habilidades de afrontamiento en los pacientes y familias, reduce la prevalencia de la ansiedad, depresión y TEPT a largo plazo. Otra de las propuestas identificadas es la creación de diarios escritos por las familias y el personal para describir su experiencia durante la hospitalización del paciente, constituyendo una ayuda para rellenar los huecos en su memoria tras el alta, reemplazar recuerdos falsos y delirios y disminuir las manifestaciones psicológicas del PICS ^(10,49).

❖ **2.4.3. Síndrome post cuidados intensivos en la familia (PICS-F)**

Numerosas publicaciones advierten de la necesidad de ampliar el cuidado al entorno familiar, ya que sus miembros presentan una alta prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión (PICS en familia). Una comunicación de calidad, mediante información actualizada y comprensible sobre el estado del paciente y su pronóstico, disminuye las secuelas psicológicas en la familia. La participación de los psicólogos en el cuidado de la familia puede mejorar su experiencia en la unidad y los prepara para el

alta del paciente. Además, la participación de los trabajadores sociales puede ayudar a asegurar que las familias tengan los recursos y habilidades necesarias cuidar al paciente en casa tras el alta ^(10,17,34).

La incomodidad de las salas de espera es una de las quejas frecuentes de los familiares y acaba influyendo en su percepción de la situación. Diversos autores han puesto de manifiesto la necesidad de dotarlas de mayor confortabilidad, alejándolas de la típica imagen institucional para crear un ambiente agradable y relajante ^(53,54). Si se adoptara un régimen de puertas abiertas, se debería reestructurar el ambiente de las salas de espera para que los familiares puedan sentirse cómodos mientras acompañan al paciente ⁽³²⁾.

3. MARCO TEÓRICO

Un cuidado humanizado sería la esencia de la teoría sobre las relaciones interpersonales de Hidegard E. Peplau: una relación humana que se establece entre una persona que requiere ayuda y un enfermero formado para reconocer sus necesidades y responder terapéuticamente. Es decir, una relación recíproca que conduce al profesional de enfermería en el reconocimiento del paciente como un ser íntegro y en la aplicación de un cuidado biopsicosocial.

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera-paciente, las cuales no siguen un orden estricto, sino que se superponen pudiendo llegar a concurrir de manera simultánea. La fase de orientación es aquella en la que el paciente manifiesta una necesidad insatisfecha que el profesional de enfermería deberá ayudarle a reconocer. En la fase de identificación, el profesional de enfermería desarrollará junto al paciente recursos para satisfacer la necesidad insatisfecha. Mediante la fase de explotación, el paciente intentará sacar el mayor beneficio posible de lo que se le proporciona a través de la relación. Por último, a través de la fase de resolución, el paciente cumple progresivamente objetivos planteados, de manera que los cumplidos son reemplazados por otros nuevos, hasta que finalmente consigue satisfacer la necesidad y se libera de su identificación con el profesional de enfermería, finalizando una relación interpersonal, terapéutica y de desarrollo para ambos.

Por otro lado, Peplau describe 6 roles posibles de enfermería en la relación enfermera-paciente. Puede darse el caso en el que ambas partes no se conozcan, por lo que el profesional de enfermería adoptaría un rol de extraño. Otro rol posible es el de la enfermera suministradora de recurso, en el que el profesional de enfermería debe ofrecer respuestas específicas, explicando al paciente el plan de tratamiento a seguir, teniendo en

cuenta la situación y eligiendo la respuesta más adecuada para un aprendizaje constructivo. Puede establecerse una relación en el que el profesional de enfermería adopte un rol de educador, partiendo de qué sabe el paciente y en función de su interés y capacidad para usar la información. El rol de líder aparece cuando el profesional de enfermería ayuda al paciente a asumir las tareas que tiene a su alcance, mediante una relación de cooperación y participación activa. En otras ocasiones, la enfermera puede adoptar un rol de sustituta que tiene lugar cuando el paciente aprecia en el profesional actitudes, conductas y sensaciones que retornen sentimientos generados en relaciones anteriores. Por último, el profesional de enfermería puede asumir un rol de consejero, muy significativo en la salud mental, en el que debe ayudar al paciente a entender completamente lo que sucede en la situación actual ⁽⁵⁵⁾.

A partir de la teoría de Peplau, entendemos que los profesionales de enfermería de la Unidad de Quemados del HGUA deben asumir distintas funciones y roles para llevar a cabo un cuidado humanizado, estableciendo una relación interpersonal, continua y centrada en el paciente que asegure su recuperación y rehabilitación en todos los ámbitos.

4. MATERIAL Y MÉTODO

❖ 4.1. Diseño:

Estudio de carácter cualitativo de tipo etnográfico con el objetivo de identificar la humanización de los cuidados en la Unidad de Quemados del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Incluye un apartado de revisión bibliográfica en diferentes bases de datos biosanitarias como Scielo, Cuiden, Pubmed, Crochrane Plus, Medline o Dialnet; incluyendo artículos de revistas indexadas nacionales e internacionales, tales como Index de Enfermería, Critical Care Medicine o Enfermería Intensiva, así como guías de práctica clínica (Guía de Práctica Clínica de la Junta de Andalucía).

Asimismo, incorpora una propuesta de cuestionario estandarizado con preguntas test de tipo cerrado y respuesta múltiple, dirigido a estudiantes de enfermería que hayan pasado durante su período de prácticas por la unidad estudiada, con el objetivo de describir su percepción respecto a los cuidados humanizados.

❖ 4.2. Participantes:

La muestra observada está compuesta por 9 profesionales de enfermería que se encontraban trabajando en la Unidad de Quemados del HGUA entre el 27 de enero y el

18 de febrero del año 2016. La media de edad de los participantes es de 40 años y 7 de ellos eran mujeres.

❖ **4.3. Contexto:**

El estudio se ha desarrollado en la Unidad de Quemados del HGUA entre el 27 de enero y el 18 de febrero del año 2016. La unidad se encuentra ubicada en la torre D de la sexta planta del Hospital General Universitario de Alicante, cuenta con una amplia sala de curas con bañera, quirófano propio y 6 habitaciones que conforman una unidad aislada.

Puede alojar hasta 9 pacientes graves incluyendo adultos y niños. La dotación de recursos humanos es de 9 enfermeras y 9 auxiliares de enfermería, un equipo médico integrado por varios especialistas (cirugía plástica y dermatología básicamente), dos celadores y una persona fija para limpieza.

La unidad funciona mediante el trabajo interdisciplinar y a través de relaciones horizontales, comunicación y coordinación entre los distintos profesionales.

❖ **4.4. Técnicas de recogida de datos:**

➤ **4.4.1. Técnica de observación participante:** tipo de investigación cualitativa de carácter etnográfico que involucra la interacción social entre un investigador y un grupo, conjugando la perspectiva del observador y la del grupo para obtener resultados lo más objetivos posibles.

Este tipo de investigación se justifica cuando se trata de problemas marginales, donde otras técnicas de investigación son impracticables (se ha utilizado en cárceles y suburbios), cuando no se conocen las dimensiones de un problema (¿cuáles son las creencias erróneas sobre la salud en una comunidad?), o como en el caso del presente estudio, cuando en un determinado emplazamiento interesa identificar problemas de investigación ⁽⁵⁵⁾.

En el presente trabajo, los períodos de observación llevados a cabo por el investigador equivalen a un total de 120 horas y se han desarrollado a lo largo de varios turnos de mañana (8:00-15:00 h) y de tarde (15:00-22:00 h).

➤ **4.4.2. Propuesta de cuestionario:** Dirigido a estudiantes de enfermería que han llevado a cabo sus prácticas en la Unidad de Quemados del HGUA. Incluye una batería de preguntas test de tipo cerrado y respuesta múltiple, con opción de realizar anotaciones

para justificar o clarificar las respuestas elegidas. Realizado mediante la herramienta de Google Forms® ([Anexo](#)).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Dificultades o barreras para la aplicación de cuidados humanizados

En base a lo observado, considero que la política de horarios de visita de la unidad es restrictiva, constituyendo una barrera importante para la humanización de ésta. Los familiares sólo disponen de dos horas por la mañana y dos horas por la tarde para acompañar al paciente, aunque he observado que el personal de enfermería es muy flexible en este aspecto y, en muchas ocasiones, no limita el tiempo de visita al horario establecido, permitiendo a los acompañantes pasar más tiempo con el paciente:

-Enfermera 1: *“Tranquilos, no tenemos prisa porque se vayan”*.

-Enfermera 2: *“El tiempo de visita ha finalizado, pero quédense unos minutos más si lo desean”*.

El estudio desarrollado por Ayllón Garrido y colaboradores, llevado a cabo para conocer la perspectiva de los profesionales respecto a los efectos de la visita abierta, refleja que los profesionales piensan que un régimen abierto podría tener efectos beneficiosos sobre el paciente y la familia, aunque el 62% consideró que resultaría poco beneficioso para el personal y la mitad mantendría horarios de visita restrictivos, con opción de ampliarlos si la situación clínica del paciente lo permite ⁽³³⁾.

Durante el desarrollo de mi observación, he atisbado que los profesionales aprovechan cualquier técnica para proporcionar apoyo emocional e identificar necesidades insatisfechas de los pacientes. Un ejemplo muy claro son las curas, en las que las intervenciones llevadas a cabo no se limitan al cuidado de las heridas, sino que se prioriza el bienestar del paciente durante el procedimiento, así como el alivio del dolor y el mantenimiento de su intimidad en todo momento.

Coincidiendo con Arredondo y Siles, no he contemplado la tecnología o una elevada instrumentalización de los cuidados como obstáculos para llevar a cabo un cuidado humanizado, ya que el cuidado observado estaba centrado en la persona y no “en lo accesorio” ⁽²⁵⁾.

Bajo mi punto de vista, los profesionales de enfermería de la Unidad de Quemados del HGUA están en sintonía con los pacientes que cuidan, pues a simple vista y pese a que no se ha llevado a cabo el cuestionario de Maslach Burnout Inventory, no se han observado signos de desgaste profesional como cansancio emocional, despersonalización

o baja realización personal. Esto puede deberse a que el ratio enfermera-paciente no es desorbitado (1 enfermera por cada 4,5 pacientes) y existe un buen entorno de trabajo.

En un estudio llevado a cabo en diez UCI de Portugal se profundiza en la prevalencia y los factores de riesgo del desgaste profesional. En los resultados se encontró que la tasa de Burnout entre los profesionales sanitarios fue del 31%, sin diferencias entre médicos y enfermeras ⁽²⁸⁾.

5.2.Fortalezas o estrategias en la aplicación de cuidados humanizados.

De acuerdo a las observaciones realizadas, los cuidados de enfermería desarrollados en la unidad no se limitan a lo biológico, sino que proporcionan una atención basada en las necesidades de la persona, a través del acompañamiento constante y considerando al paciente un ser holístico que requiere la explicación de cada intervención a realizar.

Los profesionales de enfermería siempre proceden dirigiéndose a los pacientes por su nombre. Cuando un paciente ingresa en la unidad, los profesionales en seguida se presentan y le proporcionan información sobre el funcionamiento del servicio y los procedimientos que se le van a realizar. Una frase utilizada con mucha frecuencia por las enfermeras en este primer encuentro es: *“Puede confiar en mi para lo que necesite”*.

Según lo observado, para llevar a cabo las curas se desplaza al paciente a una sala especial que dispone de bañera y material necesario para desarrollarlas. En la mayoría de los casos, para disminuir la tensión y la ansiedad de los pacientes, se procedía poniendo música con el fin de mejorar el bienestar ambiental de la sala.

En primer lugar, los pacientes eran bañados para contribuir con su higiene y el lavado de las lesiones. Procedían cubriendo y descubriendo las diferentes zonas anatómicas para mantener su intimidad y privacidad en todo momento. Si éstos disponían de la autonomía suficiente, los profesionales de enfermería les permitían llevar a cabo el autocuidado.

-Enfermera 1: *“¿Quiere lavarse por sí mismo o prefiere que le ayudemos?”*

Tras el secado y durante el resto del procedimiento, se ha observado que los profesionales proceden de forma muy suave al retirar las vendas y los apósitos, así como a la hora de lavar las heridas, desbridar la lesión o aplicar cualquier producto sobre las zonas quemadas. Asimismo, las enfermeras establecen una conversación con los pacientes, generalmente centrada en su estado emocional y, en ocasiones, incorporando alguna forma de contacto físico. Algunas frases escuchadas durante la observación fueron:

-Enfermera 1: *“¿Le duele? ¿Quiere que proceda más despacio?”*

-Enfermera 2: *“Si le duele mucho puedo parar... Si quiere que le administre algo para el dolor no dude en avisarme”*

-Enfermera 3: *“Sé que esto te duele, pero lo estás haciendo muy bien, si quieres que pare sólo tienes que decírmelo”*.

-Enfermera 4: *“¿Qué tal estás? ¿Te hemos hecho mucho daño?”* (cogiéndole la mano y con tono suave).

-Enfermera 5: *“Sé que le ha dolido, pero lo ha hecho muy bien”* (con su mano en el hombro del paciente).

Cabe destacar que, durante todas las curas observadas, las enfermeras miraban a la cara a la persona que curaban, observando sus gestos mientras desarrollaban el cuidado, procediendo de forma delicada si identificaban expresiones de dolor.

El procedimiento de cura de las lesiones constituye una experiencia extremadamente dolorosa para los afectados por quemaduras, por lo que en la mayoría de ocasiones se administra analgesia antes de proceder. Allué hace alusión a este hecho: *“El pánico anticipado al dolor en las curas fue tal, que en más de una ocasión me opuse a que me tocaran si no me proporcionaban antes un calmante”*⁽²⁰⁾.

El nivel de dolor que los pacientes quemados manifiestan guarda una relación significativa con la satisfacción de otras necesidades, como pueden ser la movilidad o el descanso. Se han observado manifestaciones propias de dolor por parte de los pacientes como gritos, quejidos, suspiros o expresiones faciales características de dolor durante la realización de acciones simples como incorporarse de la cama, cambiar de postura en el sillón o ponerse en pie.

Respecto al descanso, se han identificado casos en los que el paciente ha sido incapaz de conciliar el sueño debido al dolor que sufría, por lo que para la satisfacción de dicha necesidad era preciso la administración de medicación. Las enfermeras tras administrar la analgesia pautada, volvían varias veces a la habitación para comprobar cómo se encontraba el paciente y comprobar si había disminuido el nivel de dolor que padecía.

El estudio realizado por Zamanzadeh y sus colaboradores, refleja que para la mayoría de supervivientes a quemaduras, el dolor es uno de los factores más perturbadores además de una de las barreras más significativas para llevar a cabo el autocuidado⁽⁴⁵⁾. Por otro lado, el estudio de Esfahlan y otros, pone de manifiesto que los pacientes quemados experimentan dolores severos durante los procedimientos médicos y dolores moderados en reposo debido a una gestión ineficiente del dolor⁽⁴⁷⁾.

Durante la observación realizada, he contemplado casos en los que la persona afectada por quemaduras desconocía su situación, por lo que su estrés y preocupación eran mayores, lo cual influía negativamente en su experiencia. En estas situaciones, he observado que los profesionales de enfermería muestran disposición para acompañar y hablar con el paciente:

-Enfermera 1: *“Si necesita cualquier cosa estoy aquí al lado, puede confiar en mi para lo que quiera”*.

-Enfermera 2: *“No se asuste, me puedo quedar aquí con usted si lo desea”*.

-Enfermera 3: *“No hace falta que digas nada, si quieres que hablemos de algo estaré aquí al lado”*.

En cuanto a la percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería, coincidiendo con Romero-García et al. ⁽²¹⁾, he atisbado que los pacientes perciben el cuidado de enfermería como satisfactorio, manifestando gratitud, tranquilidad, confianza en la actuación y conocimientos del personal sanitario:

-Paciente 1: *“Gracias por venir, de verdad”* (después de que una enfermera acudiera a su habitación para preguntarle si tenía dolor).

-Paciente 2: *“Yo confío en ustedes, si lo ven bien yo estoy de acuerdo”* (contestando a una enfermera que le había comentado la posibilidad de cambiar el procedimiento de la cura).

-Paciente 3: *“Estaré eternamente agradecido, sois muy buenos profesionales”* (al despedirse de las enfermeras tras recibir el alta).

Sin embargo, en ningún momento se ha observado lo descrito por Allué en su libro ‘Perder la piel’: *“Estar en una cama parece que insta a algunos a infantilizar a quien la ocupa, creyendo erróneamente que ha perdido la capacidad de resolver sus propios conflictos”* ⁽²⁰⁾.

La unidad donde se ha llevado a cabo la observación, presenta elementos estructurales que facilitan la prestación de cuidados humanizados. Se encuentra integrada por un pasillo central que recorre toda la unidad y a través del cual se puede acceder a todas las habitaciones, perfectamente separadas y delimitadas para que los profesionales de enfermería puedan llevar a cabo las intervenciones de forma personalizada y con la intimidad que merecen.

Las habitaciones presentan una ventana con una persiana a través de la cual se puede observar el interior de la habitación. Los profesionales abren o cierran esta persiana en función del estado de salud del paciente. Si éste requiere observación constante las

persianas permanecen abiertas, mientras que si el paciente está estable, se cierran para garantizar su privacidad e intimidad.

La gestión del ruido y de la iluminación son eficaces, las enfermeras están muy pendientes de los tiempos de las alarmas, así como de la cantidad de luz presente en la habitación, generando un ambiente agradable que contribuye con el descanso de los usuarios.

Se ha identificado que los profesionales muestran disposición para incorporar a los familiares en los cuidados, incitándoles a tocar, hablar y besar al paciente para proporcionarle apoyo y cercanía. Se ha observado el caso de un paciente con un 17% de superficie corporal quemada (SCQ) que vivía fuera de la provincia y su pareja trabajaba como enfermera. Debido a la distancia del hospital respecto a su domicilio y a la profesión de su pareja, permitieron que ésta acompañara al paciente durante su proceso crítico conviviendo con él en la misma habitación. Dormía en el sillón que había al lado de la cama y le proporcionaba compañía durante todo el día.

Durante los últimos días de hospitalización, permitieron el acceso de la acompañante a la sala de curas con el fin de educarla y hacerla partícipe del procedimiento, con intención de que continuara las curas de las lesiones en su domicilio tras el alta. Este caso concreto, refleja que adoptar un régimen de puertas abiertas con la incorporación de la familia en los cuidados es posible y, de acuerdo con la literatura ⁽³⁰⁻³⁴⁾, con beneficios demostrados sobre el paciente y la familia.

El estudio realizado por Errasti-Ibarrondo y Tricas-Sauras, evidencia que las visitas flexibles producen en los familiares del paciente crítico adulto una mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, satisfacción de las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente ⁽³⁰⁾.

6. CONSIDERACIONES FINALES

6.1.LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el desarrollo de la investigación he encontrado diferentes obstáculos, por un lado las referentes a la observación participante y por otro las relacionadas con en el desarrollo del trabajo.

Respecto a la observación participante, se ha de tener en cuenta que es la primera vez que el investigador realiza un acercamiento al área de la investigación cualitativa, encontrándose con problemas relacionados con las estrategias metodológicas empleadas. Además, cabe la posibilidad de que la experiencia del investigador pueda ser excesivamente subjetiva o imparcial, aunque se ha intentado hacer una valoración lo más crítica y objetiva posible.

Otro aspecto a tener en cuenta, es que el estudio se ha desarrollado en el tiempo correspondiente al período de prácticas de una asignatura con una duración de 120 horas. Es decir, los resultados se han obtenido de la observación de los pacientes ingresados y la atención prestada por los profesionales durante ese período.

En relación al desarrollo del trabajo, describir la percepción de los estudiantes de enfermería respecto a los cuidados humanizados, tanto por la falta de tiempo como por la dificultad para encontrar una muestra significativa, no se ha podido llevar cabo. El cuestionario elaborado con dicho fin se corresponde con el [Anexo](#) del trabajo y la intención es llevarlo a cabo en un futuro.

No obstante, pese a todas las limitaciones descritas, hay razones para dar veracidad a lo expuesto en el trabajo, ya que se ha llevado a cabo mediante métodos y estrategias cualitativas adecuados al marco de la investigación.

6.2.CONCLUSIONES

Según lo anteriormente expuesto, podemos establecer las siguientes conclusiones:

- En cuanto a las estrategias empleadas por los profesionales de enfermería en la aplicación de cuidados humanizados, se ha identificado que las enfermeras aprovechan cualquier técnica o procedimiento para establecer una conversación con el paciente, a través de la cual identifican posibles problemas o proporcionan apoyo emocional, personalizando la intervención y centrándola en la persona mediante una visión holística de la misma.

- La principal barrera encontrada para la humanización de la unidad estudiada es su política de visitas restrictiva, aunque se ha observado que el personal de enfermería es flexible en este aspecto, mostrando disposición para ampliar el horario establecido para que los pacientes pasen más tiempo con sus seres queridos.
- Se ha identificado que las enfermeras muestran disposición para incorporar a los familiares en los cuidados, incitándoles a tocar, hablar, besar al paciente e incluso proporcionándoles conocimientos para participar en las curas.
- Los profesionales de enfermería de la unidad donde se ha desarrollado la observación respetan en todo momento la intimidad y la privacidad de sus pacientes.
- No se han identificado manifestaciones características de desgaste profesional (o Burnout) como cansancio emocional, despersonalización o baja realización personal durante la observación en la unidad estudiada. Entre las posibles causas se encuentran un ratio de enfermeras por paciente adecuado y la existencia de un buen ambiente de trabajo.
- Las características del cuidado prestado a los pacientes quemados determinarán su experiencia en la unidad y posterior calidad de vida. En este sentido, un contexto deshumanizado puede afectar a su recuperación y rehabilitación, así como influir negativamente en sus familiares.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Esper RC, Pérez CAP, de la Torre León, Teresa, de los Monteros Estrada, Isis Espinoza, Gutiérrez AOR, López JAN. Estado actual sobre el abordaje y manejo del enfermo quemado Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2014/ti141f.pdf>

2. Pereira C, Murphy K, Herndon D. Outcome measures in burn care. Is mortality dead? Burns. 2004;30(8):761-71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15555787>

3. Figueroa-Mora MF, Medina S, Josédir P. Aspectos bioéticos en la atención del paciente quemado. 2012. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4835/130423.pdf?sequence=1&isAllowed>

4. Franco MAH, Gonzáles NCJ, Díaz MEM, Pardo SV, Ospina S. Epidemiological and clinical profile of burn victims: Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 1994–2004. Burns 2006;32(8):1044-1051. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/170457485>

5. Collado Hernández Carlos Manuel, Pérez Núñez Vivian, Lorente Gil Sergio Ramón, Pérez Suárez Francisco Andrés. Caracterización clínica epidemiológica de las quemaduras del adulto mayor ingresado en el Hospital Celia Sánchez. 2015 Sep; 19(3): 396-405. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300002&lng=es.

6. Benedicto Q, Miguel B. Análisis estadístico de la actividad integral desarrollada por la Unidad de Grandes Quemados del Hospital La Fe de Valencia. 2015. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/50891/Trabajo%20para%20doctorado%20versi%C3%B3n%20final%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. Arriagada C. MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL GRAN QUEMADO. Revista Médica Clínica Las Condes 2016;27(1):38-41. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-multidisciplinario-del-gran-quemado-90448009#bib4>

8. Nicholas M. Studer, MD, EMT-P; Ian R. Driscoll, MD; Ivonne M. Daly, MD, FACS; John C. Graybill, MD. Asistencia al Paciente Quemado en el Entorno de la Asistencia Prolongada en el Terreno (PFC). Disponible en: <https://www.jsomonline.org/EspPFC/Asistencia%20al%20Paciente%20Quemado%20en%20el%20Entorno%20de%20la%20Asistencia%20Prolongada%20en%20el%20terreno.pdf>

9. Al-Mousawi AM, Mecott-Rivera GA, Jeschke MD, Herndon DN. Burn teams and burn centers: the importance of a comprehensive approach to burn care. Clin Plast Surg. 2009;36(4):547-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2801053/>

10. Harvey MA, Davidson JE. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now...and Later. Crit Care Med 2016 Feb;44(2):381-385. Disponible en: http://journals.lww.com/ccmjournl/Citation/2016/02000/Postintensive_Care_Syndrome_Right_Care_Right.18.aspx

11. Organización Mundial de la Salud, OMS [sede Web]. Ginebra; dic. 2008. Centro de prensa [1]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es/index.html>

12. Niño García Jorge Andrés. Despersonalización en pacientes quemados. Revista Colombiana de Psiquiatría. Ene. 2010. 39(1): 168-177. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000100012&lng=en.

13. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía © 2011. Autoría: M^a Teresa Pérez Boluda. Enfermera. Servicio de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. Pedro Martínez Torreblanca. Enfermero. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Plástica y Grandes Quemados. Hospital de

Rehabilitación y Traumatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
Lorenzo Pérez Santos. Enfermero. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Plástica y
Reparadora. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. (Coordinador de autores)
Felipe Cañadas Núñez. Enfermero. Unidad Integral de Formación. Subdirección de
Calidad Investigación y Gestión del Conocimiento. Complejo Hospitalario
Torrecárdenas. Almería. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf

14. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2010.
Resultados nacionales. Tasas de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad. 940-
949 XVII.6 Quemaduras. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do 294>

15. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2012.
Resultados nacionales. Tasas de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad. 940-
949 XVII.6 Quemaduras. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

16. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2010.
Resultados por comunidades autónomas. Comunitat Valenciana. Defunciones por
provincia de residencia, causas (lista reducida), sexo y edad. 094 Accidentes por fuego,
humo y sustancias calientes. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

17. Heras De La Calle G., Zaforteza Lallemand C. HUCI se escribe con H de
HUMANO. Enfermería Intensiva 2014;25(4):123-124. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Gabriel_Calle2/publication/269179843_HUCI_is_written_with_H_as_in_HUMAN/links/55c1d60c08ae4a2aa8922316.pdf

18. Toloza REV. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería,
pieza clave en la atención. Revista Ciencia y Cuidado 2007;4(4):21-27. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2534029.pdf>

19. Solano Ruiz M^a del Carmen, Siles González José. Las vivencias del paciente
coronario en la unidad de cuidados críticos. Index Enferm [revista en la Internet].
2005 Mar; 14(51): 29-33. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006&lng=es.

20. Allué M. Perder la Piel Perder la piel. 7ªed. Barcelona: Planeta/Seix Barral; 2004.

21. Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería intensiva* 2013;24(2):51-62. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239912000922>

22. Jover-Sancho C, Romero-García M, Delgado-Hito P, de la Cueva-Ariza L, Solà-Solé N, Acosta-Mejuto B, et al. Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* 2015;26(1):3-14. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239914000947>

23. Rubio L, Cosi M, Martínez C, Miró A, Sans L. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm. intensiva*. 2006; 17(4):141-153. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239906739281>

24. Ceballos Vasquez Paula Andrea. FROM THE CONTEXT OF NURSING, ANALYZING THE HUMANIZED CARE. *Cienc. enferm*. 2010; 16(1): 31-35.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004.

25. Arredondo-González Claudia Patricia, Siles-González José. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2009 Mar; 18(1): 32-36.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es.P

26. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul. Enferm. 2007; 20(4): 499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18>

27. Ceballos Vasquez Paula Andrea. FROM THE CONTEXT OF NURSING, ANALYZING THE HUMANIZED CARE. Cienc. enferm. [Internet]. 2010; 16(1): 31-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004

28. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. BMC Anesthesiol 2013 Oct 31;13(1):38-2253-13-38. Disponible en: <http://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2253-13-38>

29. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. Crit Care Med. 2012 Feb;40(2):618–24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22080636>

30. B. Errasti-Ibarrondo,S. Tricas-Sauras La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva, 23 (2012), pp. 179-188.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23040835>

31. D.M. Vandijck,S.O. Labeau,C.E. Geerinckx,E. De Puydt,A.C. Bolders,B. Claes,Executive Board of the Flemish Society for Critical Care Nurses, Ghent and Edegem, Belgium An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: A multicenter survey Heart Lung, 39 (2010), pp. 137-146. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207274>

32. Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, Wright ES, Hopkins RO, Butler JM, et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. Am J Crit Care 2016 Jan;25(1):46-50. Disponible en: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/25/1/46.short>

33. Garrido NA, Rus PM, Fernández MA, Zugazua JS. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enfermería Intensiva* 2014;25(2):72-77. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239913000941>

34. Escudero D, Vina L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva* 2014;38(6):371-375. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-intensiva-64-articulo-por-una-uci-puertas-abiertas-90337203?referer=buscador>

35. Revuelta Escuté M, Rodríguez Martínez F. ¿Son ruidosas las unidades de cuidados intensivos? Discrepancias entre la percepción de profesionales y pacientes y la medición con sonómetro. *Revista Rol de Enfermería* 2012;35(6):418-424.

36. Lombardo V, Vinatier I, Baillot M, Franja V, Bourgeon-Ghittori I, Dray S, et al. How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey. *Ann Intensive Care* 2013;3(1):3e19. Disponible en:

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/2110-5820-3-19.pdf>

37. Naváis MS, Clavero GV, Guillaumet BV, Duran AM, Estalella GM. Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. *Enfermería intensiva* 2013;24(2):63-71. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239912000983>

38. Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, González-López-Arza MV, Rodríguez-Domínguez MT, Prieto-Tato M. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 2013;48(5):238-242. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X13000632>

39. Espinosa Torres, Andrea; Ruiz Carreño, Paula. La música como intervención de Enfermería en el ámbito oncológico. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/314.php>

40. The World Federation of Music Therapy, WFMT [sede Web]. About WFMT. 2014. Disponible en: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>

41. Hospital Infanta Margarita [sede Web]. 2012. Disponible en: <http://www.hospitalinfantamargarita.es/main/>

42. Maestre BR. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. Medicina Paliativa 2013;20(1):19-25. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-para-humanizacion-atencion-sanitaria-los-90192504?referer=buscador>

43. J López-Herce Cid. LESIONES POR INHALACIÓN-ASPIRACIÓN. Manejo de la patología respiratoria grave en el niño. Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Gregorio Marañón. Universidad Complutense de Madrid. España. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/lesiones-por-inhalacion-aspiracion/articulo/13046475/>

44. Martín Espinosa N, Píriz-Campos R. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. Revista Rol de Enfermería 2014;37(2):100-109. Disponible en: http://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/02/28_Secuelas.pdf

45. Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Lotfi, M., y Salehi, F. (2014). Burn La experiencia de Core Resultados sobrevivientes durante el retorno a la vida: Un estudio cualitativo Revista de Ciencias Cuidan, 3 (4), 227-237. Disponible en: <http://doi.org/10.5681/jcs.2014.025>

46. Procter F. Rehabilitation of the burn patient. Indian J Plast Surg 2010; 43 (3): 101-13. Disponible en: <http://www.ijps.org/article.asp?issn=0970-0358;year=2010;volume=43;issue=3;spage=101;epage=113;aulast=Procter>

47. Esfahlan AJ, Lotfi M, Zamanzadeh V, Babapuor J. Burn pain and patients' responses. Burns 2010; 36 (7): 1129-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20471755>

48. Allué M. Sobrevivir en la UCI. Enfermería Intensiva, 1997; 1 (8): 29-34

49. Procter F. Rehabilitation of the burn patient. Indian J Plast Surg 2010; 43 (3): 101-13. Disponible en: <http://www.ijps.org/article.asp?issn=0970-0358;year=2010;volume=43;issue=3;spage=101;epage=113;aulast=Procter>

50. Meyer WJ, Blakeney P, Thomas CR, Russell W, Robert RS, Holzer CE. Prevalence of major psychiatric illness in young adults who were burned as children. Psychosom Med 2007 May;69(4):377-382. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17510292>

51. Briegel I, Dolch M, Irlbeck M, et al. Quality of results of therapy of acute respiratory failure: Changes over a period of two decades. Anaesthesist. 2013; 62:261–270. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23558717>

52. Salvador-Sanz JF, Sanchez-Payá J, Rodríguez-Marín J. Quality of life of the Spanish burn patient. Burns. 1999 Nov; 25(7): 593-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10563684>

53. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Crit Care Med 2007 Feb;35(2):605-622. Disponible en: http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2007/02000/Clinical_practice_guidelines_for_support_of_the.39.aspx

54. Damghi N, Khoudri I, Oualili L, Abidi K, Madani N, Zeggwagh AA, et al. Measuring the satisfaction of intensive care unit patient families in Morocco: a regression tree analysis. Crit Care Med 2008 Jul;36(7):2084-2091. Disponible en:

http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2008/07000/Measuring_the_satisfaction_of_intensive_care_unit.14.aspx

55. Peplau H (1990). Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat.

56. Amézcuca M. Cómo hacer trabajo de campo etnográfico: Introducción a la Observación Participante. Indexa de Enfermería 2002.

8. ANEXO:

Cuestionario realizado mediante la herramienta de Google Forms® y dirigido a estudiantes de enfermería que han pasado por la Unidad de Quemados del Hospital General Universitario de Alicante. Incluye una batería de preguntas test de tipo cerrado y respuesta múltiple.

Disponible en: https://docs.google.com/forms/d/1tsb21s7Gt0ApZ9C-Z2EhVc4CEw_cwSFuaVEnJLKvu8o/prefill

❖ Capturas de pantalla:

Humanización de los cuidados en pacientes quemados

Las unidades de cuidados intensivos son áreas estresantes por diversos factores que causan un impacto significativo en el paciente: el miedo asociado a los diagnósticos, procedimientos y técnicas invasivas; la separación de su familia y seres queridos, la ausencia de privacidad, el lenguaje desconocido y las frecuentes conversaciones de los profesionales sanitarios (muchas veces inadecuadas), gran cantidad de monitores y aparatos con el ruido de sus respectivas alarmas, la pérdida de autonomía y la incapacidad para tomar decisiones.

Los pacientes con quemaduras importantes requieren largos periodos de recuperación, en los cuales las características del cuidado prestado determinarán su experiencia durante su estancia en la unidad y posterior calidad de vida. He aquí la importancia de la atención humanizada en los pacientes críticos.

¿Has atendido a pacientes con quemaduras graves?

Entendemos por quemaduras graves una superficie corporal quemada > 15%

- Sí
- No

Amplia la respuesta si deseas:

Tu respuesta

Algunos autores manifiestan que en las unidades de cuidados intensivos se produce una gran deshumanización en el paciente, entendida ésta como una carencia de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales de la salud. ¿Estás de acuerdo?

- Sí
- No
- No sabe no contesta

(Figura 1)

¿Cómo evaluarías la gravedad de la deshumanización en los pacientes quemados? (siendo 1 leve y 5 muy grave)

-Leve: la atención prestada en la unidad satisface todas las necesidades del paciente. -Muy Grave: la hospitalización supone para la persona un gran impacto y la atención prestada no responde a sus necesidades.

	1	2	3	4	5	
Leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy Grave

¿Crees que la prestación de cuidados centrados en la tecnología, las técnicas y los procedimientos es compatible con el cuidado de la sensibilidad y las emociones?

- Si, es perfectamente compatible.
- Si, aunque la tecnología dificulta el cuidado de la sensibilidad y las emociones.
- No es compatible, no hay tiempo ni personal suficiente
- No sabe no contesta

¿Has observado manifestaciones propias de desgaste profesional o Burnout como cansancio emocional, despersonalización o baja realización personal?

- Si
- No
- No sabe, no contesta

Explica la respuesta si deseas:

Tu respuesta

(Figura 2)

¿Piensas que se puede prevenir o reducir el desgaste profesional?

- Sí, pienso que hay que hacer visible el problema para diagnosticarlo y que hacen falta programas de prevención e intervención
- No veo el desgaste profesional como un problema que interfiera en la atención del paciente
- No sabe no contesta.

Se ha demostrado que un régimen de horarios de visita amplio y flexible contribuye al bienestar del paciente. ¿Cual es tu perspectiva al respecto?

- Pienso que un régimen de puertas abiertas podría tener efectos beneficiosos sobre el paciente y la familia
- No me parece bien, seguiría manteniendo horarios restrictivos
- Mantendría los horarios de visita actuales con opción de ampliarlos si la situación clínica del paciente lo permite
- No contesta

¿Piensas que implicar a la familia en los cuidados del paciente sería beneficioso?

Entendemos por esto su implicación en cuidados básicos como el aseo, la administración de nutrición, medicación sencilla o cambios posturales, siempre bajo la supervisión de un profesional sanitario y si la situación clínica del paciente lo permite.

- Pienso que su implicación en los cuidados básicos sería beneficioso para el paciente y sus familiares.
- No, pienso que aumentaría la carga de trabajo y las responsabilidades de los profesionales.
- Bajo ningún concepto.
- No contesta

(Figura 3)

¿Cuáles de estas medidas crees que pueden aplicarse en una unidad de quemados o en una UCI con pacientes que presenten quemaduras significativas?

*Los diarios de UCI ayudan a rellenar "huecos" en la memoria del paciente tras el alta, pueden reemplazar los recuerdos falsos y delirios, disminuyendo la ansiedad, la depresión y los síntomas de TEPT// *La musicoterapia es un tratamiento con efectos demostrados para el dolor, la ansiedad, la depresión, el delirio, la agitación y el miedo, sin efectos adversos, fácil de aplicar y barato. // *La participación de los psicólogos en el cuidado de la familia puede mejorar su experiencia en la unidad y prepararlos para el alta del paciente. // *Las alarmas y las conversaciones de los profesionales muchas veces superan los niveles acústicos recomendados por la OMS en estas unidades.//

- Ampliación de los horarios de visita
- Implicación de la familia en los cuidados del paciente: curas, administración de nutrición/medicación sencilla, cambios posturales, aseo...
- Diarios escritos por la familia y el personal para describir las experiencias del paciente durante su estancia
- Musicoterapia
- Intervención psicológica temprana (tanto en el paciente como sus familiares)
- Buena gestión de ruido y la iluminación para el bienestar ambiental de la unidad.

Escribe si deseas ampliar tu respuesta de alguna de las preguntas o deseas añadir algo relevante:

Tu respuesta

ENVIAR

(Figura 4)