

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO HUCI EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL PARC SANITARI DE SAN JOAN DE DEU

AMBITO

Unidad de Medicina intensiva del Hospital General de Sant Boi, Parc Sanitari Sant Joan de Dèu.

RESPONSABLES

Dr. Berrade Jefe servicio de la UCI del PSSJD

Mar Galisteo supervisora de la UCI del PSSJD

Tod@s los profesionales que trabajan en la unidad

AREA TEMATICA

La atención que damos a los pacientes en la unidad de cuidados intensivos se centra en aspectos fisiológicos pero desatienden muchas veces aspectos emocionales. Creemos que introduciendo cambios en nuestra práctica diaria y nuestras rutinas de trabajo podemos mejorar estos aspectos sin que ello vaya en detrimento de la asistencia que realizamos.

Por otro lado la estricta monitorización y control al cual sometemos a los pacientes conlleva para ellos la pérdida de valores fundamentales de la persona (como la intimidad, derecho a decidir sobre su persona, autonomía, etc...). Se le aísla de su entorno familiar. **Creemos que ambas cosas son compatibles.**

Para realizar este proyecto es necesario el apoyo de **TOD@S** los profesionales de la unidad, así como la dirección del centro. Por ello, creemos que el liderazgo del mismo se ha de basar en la **PARTICIPACIÓN ACTIVA** de todos los profesionales para consensuar ideas y cambios que se necesiten así como implicar a los pacientes / familias para conocer su punto de vista y sus necesidades durante el ingreso en la unidad.

Desde el punto de vista emocional, en el caso de pacientes conscientes, se añade el hecho de tener que **"SOPORTAR"** muchas horas de ingreso, en un ambiente aislado, privados de sus familias (excepto durante la cortas visitas permitidas) y sin ningún elemento de distracción, su única compañía es el personal asistencial.

A los familiares se les comunica generalmente de forma rápida, precipitada y muchas veces en un entorno y condiciones no idóneas, un problema de salud potencialmente grave de su familiar, con un pronóstico incierto, a la par que se les impone un horario de visitas muy restringido, lo cual les genera mayor sufrimiento.

Además, las visitas permitidas se realizan en unos horarios fijos, que muchas veces hacen difícil que se pueda conciliar con sus horarios laborales o personales, con un número limitado de personas (sin tener en cuenta el total de familiares del paciente), con prohibición absoluta para niños y precedido de un ritual que consiste en higiene de manos, colocación de elementos de barrera (batas protectores, polainas para los pies, guantes, mascarillas, etc....), lo que generalmente contribuye a aumentar su angustia y preocupación.

Por último el personal asistencial sometido a importantes cargas de trabajo, se tiene que enfrentar a situaciones estresantes. Por si esto fuera poco, debido a las normas estrictas que rigen estas unidades, se ven obligados de forma constante a denegar cualquier petición referente a número de visitas que puede recibir el paciente, duración de las mismas, permiso para deambular, ir al wc.....

Por todos estos motivos nos replanteamos el modelo actual de atención al paciente crítico.

JUSTIFICACION

Queremos establecer unas líneas de trabajo porque pensamos que ha de cambiar esta situación. Podemos ofrecer mayor calidad asistencial y añadir los valores de la orden a nuestra asistencia diaria (hospitalidad, calidad, responsabilidad, intimidad, y espiritualidad).

Contamos con la participación y motivación de **TOD@S** los profesionales del servicio y con el apoyo de la dirección.

Cuando hablamos de porque queremos humanizar los cuidados intensivos no es que hasta ahora se asistiese de manera deshumanizada, pero sí hablamos de potenciar la **PERSONALIZACION** de los cuidados, teniendo en cuenta de manera más holística a la persona y las familias.

El proyecto incluye varias líneas de trabajo diferentes que podríamos resumir en cambiar el concepto generalizado de la asistencia que ofrecemos a los pacientes basada fundamentalmente en “**LO ORGANICO**”, incorporando y dando mayor importancia a aspectos “**EMOCIONALES Y/O PSICOLOGICOS**”, tanto de los pacientes como de su familiares. Otra línea de trabajo está basada en un cambio más estructural.

Entre los riesgos que conlleva el proyecto están todas aquellas medidas que puedan interferir en la atención del paciente. Es decir, que por priorizar los aspectos afectivos no descuidemos los orgánicos. Otro de los riesgos que puede haber es la dificultad para poder realizar los planes de trabajo del personal asistencial (cambio en la práctica clínica que nos obliga a realizar actividades en los horarios en que el paciente tiene necesidad)

Desmotivación de los profesionales ante posible empoderamiento de paciente/familia

OBJETIVOS

Proporcionar mayor satisfacción en la atención al paciente/ familia para que el proceso de ingreso en nuestra unidad sea más confortable, cercano y menos traumático.

Promover la comunicación con pacientes / familias y ofrecerles mayor soporte ante sus reacciones emocionales.

Promover el buen clima de trabajo.

LAS LÍNEAS DEL PROYECTO

1- Respeto a los cambios más asistenciales

Por un lado una participación activa del paciente en su proceso asistencial “**EMPODERAMIENTO**” respetando su autonomía, cuidando su intimidad (higiene personal, necesidades WC...), informándole de los cambios en su evolución y de las pruebas que se le realizan y por qué son necesarias.

Paralelamente proponemos incorporar a dicho proceso a las familias dejando la UCI de “**PUERTAS ABIERTAS**” implicándolas en la asistencia (ayuda a la higiene, a comer, cuidando y curando...) desde el respeto y siempre teniendo en cuenta si la familia decide o no implicarse, **no todas las familias están preparadas emocionalmente para hacerlo**. Para ello también pretendemos limitar las barreras de acceso a la unidad como batas, polainas, mascarillas, guantes, etc.... reforzando eso sí la higiene de manos, antes y después de las visitas. **Los transmisores de infecciones nosocomiales somos los profesionales no las familias.**

Daremos información a los familiares en una ubicación correcta (no de pie en el pasillo...). Utilizaremos el despacho que hay destinado para este hecho.

Ofreceremos el soporte emocional tanto a paciente, familia y profesionales si lo necesitaran, incorporando al proceso asistencial a diferentes equipos como pueden ser ayuda espiritual, equipos de atención psicológica, voluntarios....

Ofrecemos un espacio semanal para la musicoterapia.

2- Respeto a los cambios más estructurales

Cambios en la estructura física de la unidad: colores cálidos, luz indirecta para favorecer descanso, evitar ruidos innecesarios (noche bajada de volumen alarmas)..... TV en los boxes y se fomentará el uso de teléfonos móviles, tablets y ordenadores para distracción.

Se realizarán reformas para instalar una ducha y lavabo para los pacientes más autónomos.

Se modificará el nombre de UMI (unidad de cuidados intensivos) por **H-UCI** (Humanizando la unidad de cuidados intensivos).

DESARROLLO

1. Propuesta de la dirección a los responsables de la unidad.
La dirección nos ofreció la oportunidad de investigar sobre este tema y nos propuso el reto para asumir un proyecto de cambio como es la humanización de los cuidados intensivos.
2. Empezamos a buscar información sobre el tema. Asistiendo a jornadas sobre la humanización y adhiriéndonos al proyecto HUCI.
3. Elaboración de líneas de trabajo. Propuestas de cambio en dos sentidos tanto asistenciales rediseñando la práctica clínica como estructurales.
4. Reunión con los profesionales del servicio, para informarles del proyecto, e implicarlos en el mismo mediante la participación en grupos de trabajo (comisión Humanización)
5. Ejecución de obras estructurales y cambios en la práctica clínica (adaptación de procedimientos a los horarios del paciente y **NO** a los que el profesional decide, siempre y cuando el paciente esté en condiciones para la toma de decisiones).
6. Divulgación del proyecto tanto a profesionales, como a usuarios. Rediseñando la hoja informativa de ingreso en el servicio. **Anexo 1.**
7. Evaluación del grado de satisfacción en pacientes y/o familias sobre la implantación del proyecto mediante la medición de indicadores de resultado (encuestas satisfacción a pacientes y/o familias). **Anexo 2.**

RECURSOS

Los recursos empleados son los propios profesionales del servicio que aportan ideas y motivación ante el proyecto.

El equipo implicado y que lideran el proyecto somos los responsables del servicio junto con los profesionales que forman el equipo en la UCI y los profesionales de otras áreas no tan asistenciales como son los servicios de atención psicosocial y espiritual de la institución.

Los responsables de la unidad de encargan de mantener al equipo motivado y entusiasmado con el proyecto mediante la aceptación de ideas y el empoderamiento en toma de decisiones.

La relación mantenida con las personas que lideran el proyecto HUCI, Dr. Heras, asistiendo a jornadas de humanización y realizando un seguimiento activo del blog del proyecto HUCI nos ha ayudado a seguir aportando ideas de cambio.

Se han modificado el tríptico informativo del servicio para explicar a los usuarios del servicio el proyecto en el cual nos embarcamos.

La UMI del PSSJD pasará a nombrarse UCI con “H de humanización “ H-UCI.

PROPUESTAS ACTUALES DE TRABAJO PARA LA COMISION HUMANIZACION

- 1- Trabajar sobre la encuesta a profesionales. Objetivo: medir el grado de satisfacción con la implantación del proyecto.
- 2- Trabajar el manual de buenas prácticas en humanización para la UCI del PSSJD.
- 3- Estableceremos el cuidador referente a nivel familiar, al cual implicaremos en su plan de cuidados, y al cual nos dirigiremos para centralizar nuestras acciones e informaciones.
- 4- Queremos trabajar también el enfermer@ referente en el plan de cuidados del paciente. De manera, dicho profesional tendrá capacidad para determinar cuál es el plan a seguir y lo liderará.
- 5- Trabajar el síndrome del paciente post-crítico. Estableceremos unas visitas al paciente que sale de nuestra unidad hacia la unidad de hospitalización convencional por el enfermer@ referente de su plan de cuidados durante su ingreso en la H-UCI.
- 6- Trabajaremos para la contención “0”.
- 7- Trabajaremos consolidar la sala de informaciones como una sala para “**el duelo**” de las familias. Ofreciendo un espacio de comodidad y confort.
- 8- Formación en habilidades comunicativas y en comunicación de malas noticias.
- 9- Asistencia a las jornadas de humanización y participar activamente con la presentación de comunicaciones y/o posters.
- 10- Dirigir el proyecto de humanización, una vez consolidado, hacia otras áreas de la hospitalización convencional.