

36 RELATD SOCIETAT CATALANA
Medicina
Intensiva i Crítica

32 CIUDADES CATALANES
d'Infermeria
Intensiva i Crítica

s o c i a l
c t a l
e l c
t a n
a a
t a

m e n t
d e
i n t
e n t
i c
s i c
a v a
a

Dijous, 5 de març de 2015

Hospital de **Sant Joan Despi** Moisès Broggi

més enllà de l'evidència

www.sacmic-cat

Més enllà dels tractaments i les tècniques

EL ENTORNO y La Familia



Gabriel Heras La Calle
Miembro del HU-CI Network

GRUPO DE INVESTIGACIÓN HU-CI PARA LA
HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS

THE MOST
POWERFUL
WEAPON
ON EARTH IS
THE HUMAN
SOUL ON FIRE

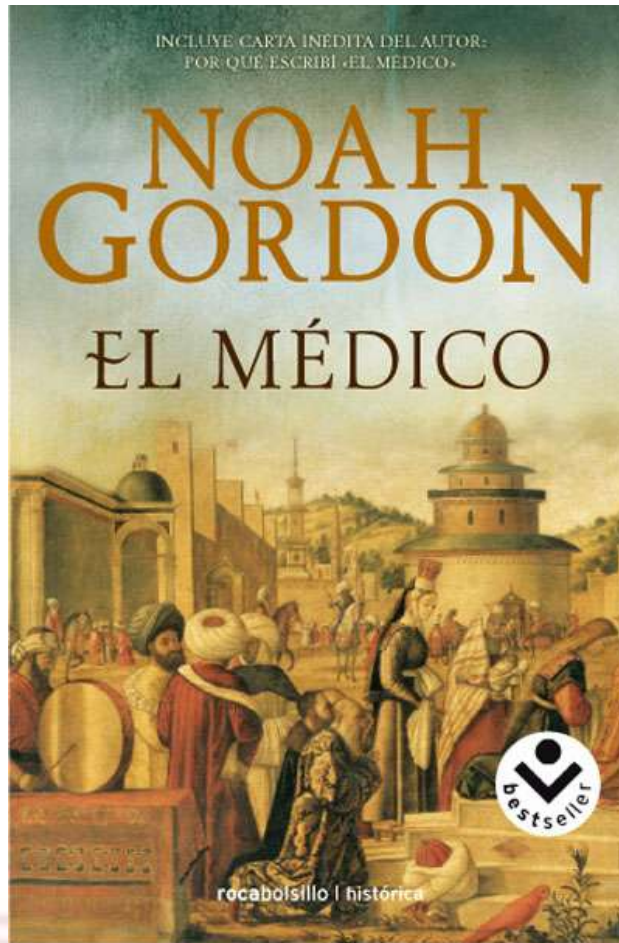
THE MOST
POWERFUL
WEAPON
ON EARTH IS
THE HUMAN
SOUL ON FIRE

SeMicyuc
LOS PROFESIONALES DEL ENFERMO CRÍTICO

SEEIUC
Sociedad Española de Enfermería
Intensiva y Unidades Coronarias

PROYECTO HU-CI HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS

THE MOST
POWERFUL
WEAPON
ON EARTH IS
THE HUMAN
SOUL ON FIRE



Cambio de paradigma: La Medicina del siglo XXI

Atención centrada en las personas

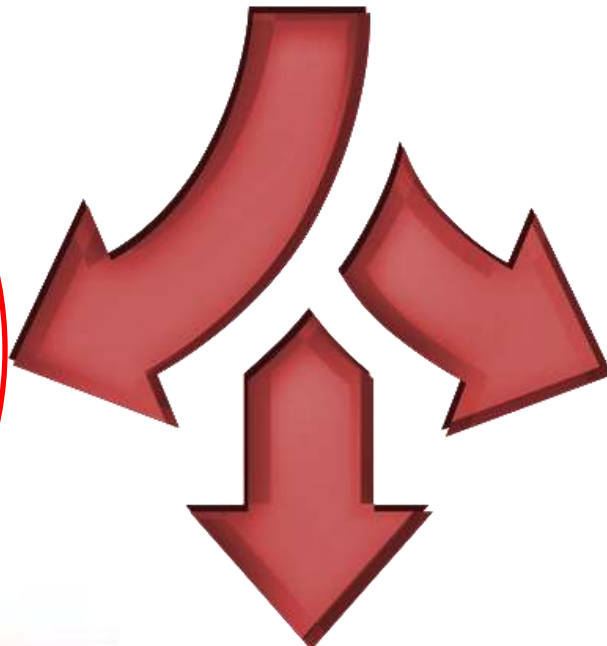


LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Centradas en:



PACIENTES



PROFESIONALES



FAMILIARES



Aplicación científica e investigadora

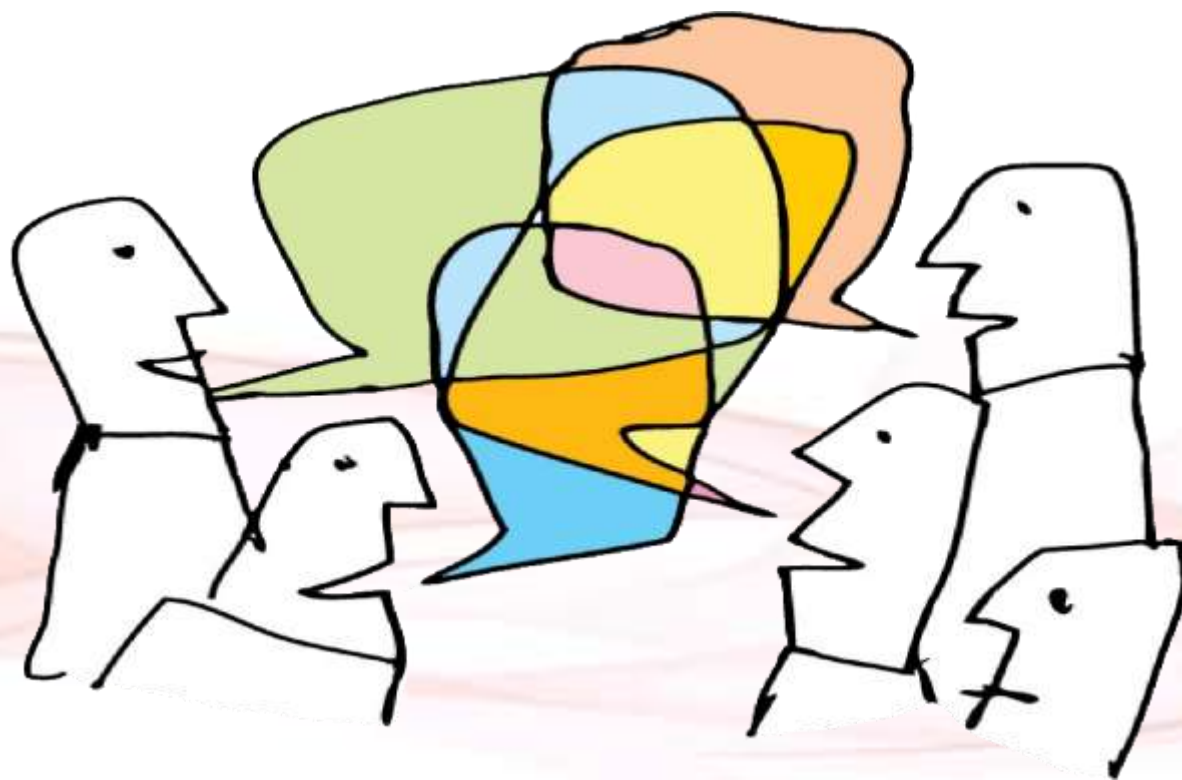
Acciones de mejora

ACCIONES DE MEJORA

①

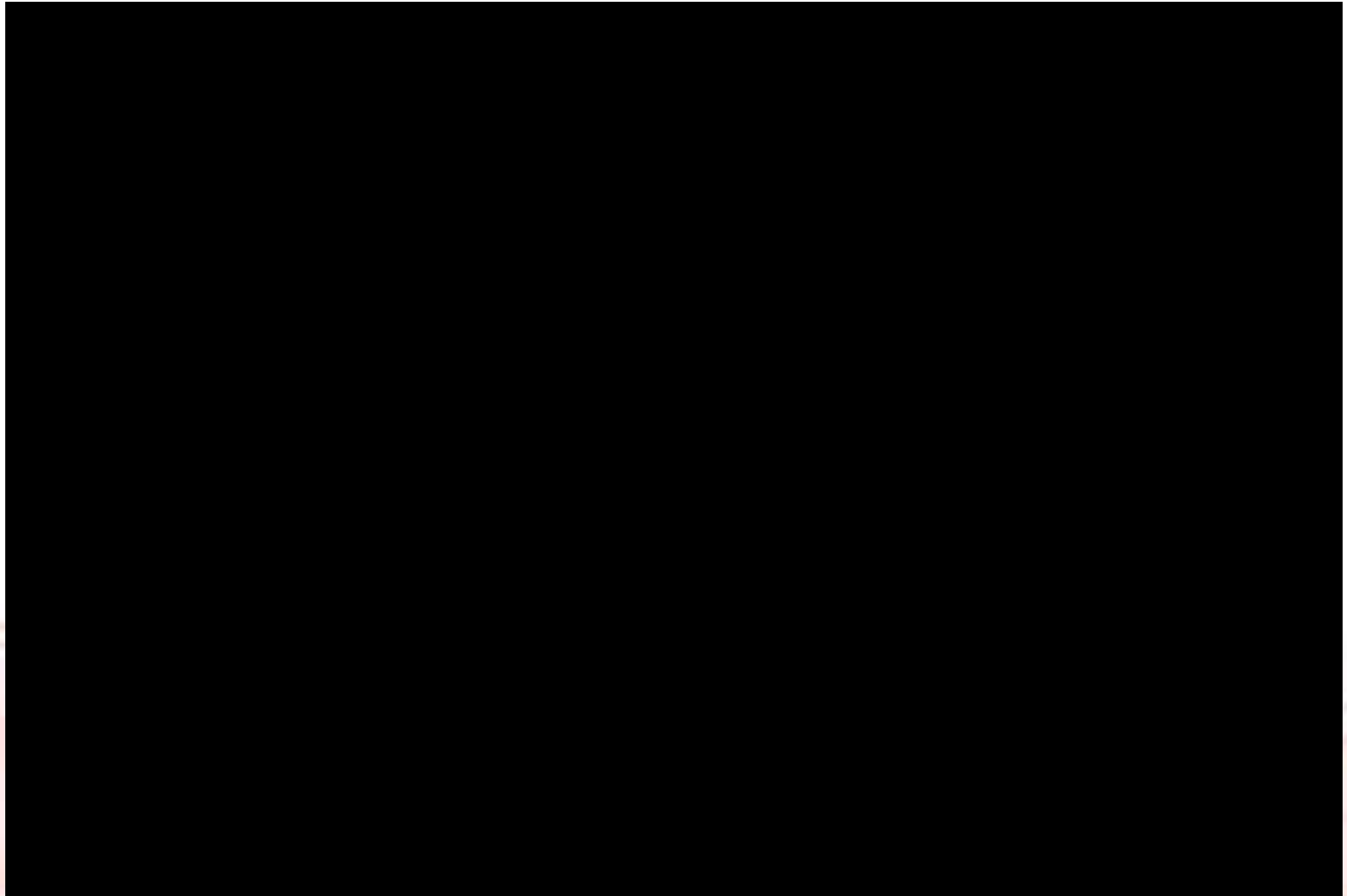
COMUNICACIÓN

Información a pacientes / familias y entre profesionales.





JOSÉ LUIS DÍAZ



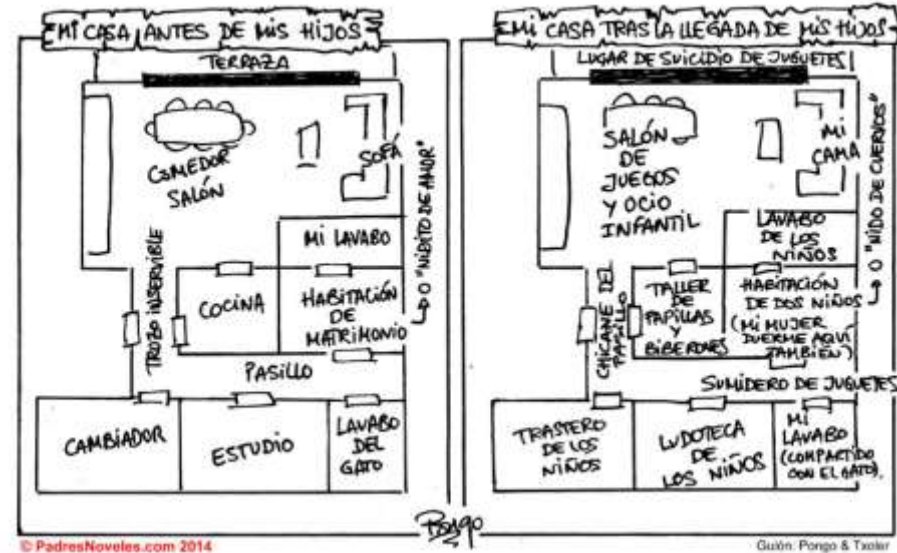
[Volver para contarle, historia de un infarto](#)

ACCIONES DE MEJORA



② ***HORARIOS DE VISITA***

UCI de Puertas abiertas - Flexibilización horarios
Presencia y participación familiar en los cuidados
Satisfacción del paciente y familiares con los cuidados



SALAS DE ESPERA, UN FIN ANUNCIADO (@UCIERO)

***Rediseño de los espacios estáticos y
su conversión en dinámicos
Integración de las familias en los
cuidados***

ACCIONES DE MEJORA

③ ***NARRATIVA EN UCI***

(pacientes y familiares) recuperar la historia clínica





ACCIONES DE MEJORA



¿Cómo te llamas?

ACCIONES DE MEJORA



④

MEDICINA INTEGRATIVA

Esas “otras cosas”...lo cualitativo

THE MOST
POWERFUL
WEAPON
ON EARTH IS
THE HUMAN
SOUL ON FIRE



Yoga en la UCI H. 12 octubre



Mindfulnes UCI Torrejón



Música en Vena



Mascotas en el CEHS

1108. EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE REIKI PARA DISMINUIR EL FRACASO EN LA RETIRADA DEL SOPORTE VENTILATORIO EN PACIENTES DE UCI

J. García Vitoria, R. Claramonte Monedero, C. Carrilero López, A.M. Piqueras Carrión, D. Garrido Moya, E. Rodríguez Moreno y M.D. Saiz Vinuesa

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción: El ingreso en UCI supone para el paciente un momento difícil y estresante, con la aplicación de muchas técnicas, entre ellas la intubación y sobre todo la retirada del soporte ventilatorio, que a veces puede fracasar debido a la ansiedad que esta situación les provoca.

Objetivo: Determinar si el uso del Reiki (terapia energética complementaria), puede ser útil para disminuir el fracaso en el destete y como específicos: determinar si disminuye el número de días de ventilación mecánica (VM), el número de reintubaciones, si se reduce el tiempo de soporte de aminas así como la cantidad de sedantes y si disminuye la agitación.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado con pacientes de cuidados críticos conectados a ventilación mecánica invasiva mayor de 48 horas, cuyos familiares habían firmado el consentimiento para participar. Excluimos aquellos que estaban en situación terminal o potencial donante de órganos. Se realizó en la UCI del hospital de Albacete. Con un tamaño muestral de 256 pacientes, divididos en grupo intervención y placebo. La intervención consistía en la aplicación de Reiki en días alternos, un mínimo de 10 minutos por personal de enfermería cualificado para ello y el grupo placebo simulaba la técnica y era realizado por personal de enfermería sin formación en Reiki. El análisis estadístico incluye frecuencias absolutas y relativas, con un análisis bivariante, utilizando un nivel de significación de $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: El porcentaje de fracasos ha sido un 8,9% en el grupo intervención (GI), y 9,5% en el placebo (GP) ($p = 0,32\%$). Los días de ventilación mecánica (8,85 en el GI y 9,66 en el GP). Días de soporte de aminas (4,34 en el GI y 4,11 en el GP). En cuanto a la cantidad de sedación la media ha sido de 1.078 mg en GI y 1.491 mg en GP. En cuanto a la agitación hay una disminución significativa de la cantidad de haloperidol (5,30 mg GI y 16,81 mg GP ($p = 0,03$)).

Conclusiones: No podemos demostrar estadísticamente que el uso del Reiki influya sobre la reducción del fracaso en la retirada del soporte ventilatorio, pero sí disminuye los días de VM y reintubaciones, así como el uso de fármacos para disminuir la agitación.

Financiada por: Beca FISCAM.

Reiki en UCI Albacete

ACCIONES DE MEJORA

⑤ **SECUELAS POST-UCI**

Psicológicas, depresión, manejo del dolor



ICU-DIARY.ORG

START DIARY SUPPORT NEWS MAP LITERATURE LINKS ABOUT US



The ICU diary is a diary that is written for ICU patients during their time of sedation and ventilation. It is written by relatives, nurses and others. The patient can read his or her diary afterwards and is more able to understand what has happened.



Critical Care Medicine

Society for
Critical Care Medicine

Rehabilitation Interventions for Postintensive Care Syndrome: A Systematic Review*

Mehlhorn, Juliane MD¹; Freytag, Antje PhD¹; Schmidt, Konrad MD¹; Brunkhorst, Frank M. MD^{2,3}; Graf, Juergen MD⁴; Troitzsch, Ute⁵; Schlattmann, Peter PhD⁶; Wensing, Michel PhD^{1,7}; Gensichen, Jochen MD, MPH, MSc¹

Determinants of Procedural Pain Intensity in the Intensive Care Unit. The Europain® Study

Kathleen A. Puntillo¹, Adeline Max², Jean-Francois Timsit³, Lucile Vignoud⁴, Gerald Chanques^{5,6}, Gemma Robleda⁷, Ferran Roche-Campo⁷, Jordi Mancebo⁷, Jigeeshu V. Divatia⁸, Marcio Soares⁹, Daniela C. Ionescu¹⁰, Ioana M. Grintescu¹¹, Irena L. Vasiliu¹¹, Salvatore Maurizio Maggiore¹², Katerina Rusinova¹³, Radoslaw Owczuk¹⁴, Ingrid Egerod¹⁵, Elizabeth D. E. Papathanassoglou¹⁶, Maria Kyranou¹⁷, Gavin M. Joynt¹⁸, Gastón Burghi¹⁹, Ross C. Freebairn²⁰, Kwok M. Ho²¹, Anne Kaarlola²², Rik T. Gerritsen²³, Jozef Kesecioglu²⁴, Miroslav M. S. Sulaj²⁵, Michelle Norrenberg²⁶, Dominique D. Benoit²⁷, Myriam S. G. Seha²⁸, Akram Hennein²⁹, Fernando J. Periera³⁰, Julie S. Benbenishty³¹, Fekri Abroug³², Andrew Aquilina³³, Júlia R. C. Monte³⁴, Youzhong An³⁵, and Elie Azoulay²



[this article](#) [search](#) [submit a manuscript](#) [register](#)

Crit Care. 2011; 15(1): R41.

PMCID: PMC3221970

Published online 2011 Jan 27. doi: [10.1186/cc10003](#)

Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients

Adriano Peris¹, Manuela Bonizzoli¹, Dario Iozzelli², Maria Luisa Migliaccio¹, Giovanni Zagli², Alberto Bacchereti², Marta Debolini², Elisetta Vannini¹, Massimo Solaro¹, Ilaria Balzi¹, Elisa Bendoni¹, Ilaria Bacchi¹, Valtere Giovannini³, and Laura Belloni²

INTENSIVE CARE MEDICINE

Patients' memory and psychological distress after ICU stay compared with expectations of the relatives

Hilde Myhren, Kirsti Tøien, Øivind Ekeberg, Susanne Karlsson, Leiv Sandvik, Olav Stokland

Original

Volume 35, Issue 12 / December, 2009

Pages 2078 - 2086

ACCIONES DE MEJORA

⑥

MANEJO DE SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA

"Código muerte", limitación
soporte vital, cuidados
paliativos, muerte digna,
Voluntades anticipadas



THE MOST
POWERFUL
WEAPON
ON EARTH IS
THE HUMAN
SOUL ON FIRE



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

HOME ARTICLES & MULTIMEDIA * ISSUES * SPECIALTIES & TOPICS * FOR AUTHORS *

CLINICAL DECISIONS

End-of-Life Advance Directive

N Engl J Med 2015; 372:667-670 | February 12, 2015 | DOI: 10.1056/NEJMcld1411152

Critical Care Medicine:

November 2014 - Volume 42 - Issue 11 - p 2418-2428

doi: 10.1097/CCM.0000000000000573

Concise Definitive Review

The Changing Role of Palliative Care in the ICU

Aslakson, Rebecca A. MD, PhD^{1,2}; Curtis, J. Randall MD, MPH³; Nelson, Judith E. MD, JD⁴

#CuidadosPaliativosIntensivos...¿Es posible?

18 oct 2014 | #maspaliativos14 · cuidados paliativos

Tags: #maspaliativos14 · avances · Cuidados Paliativos



20



11



Free Preview

PRINT | E-MAIL | DOWNLOAD

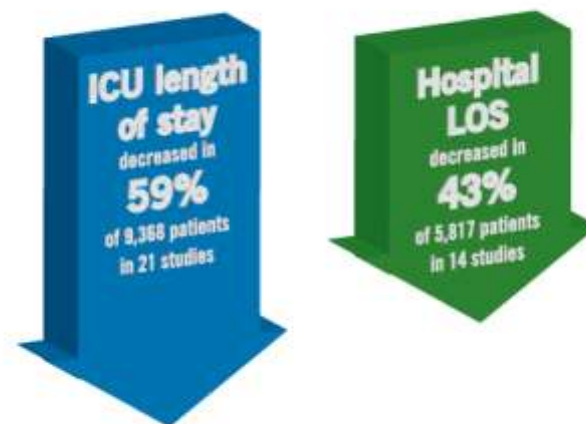
REVIEW ARTICLE

Dying with Dignity in the Intensive Care Unit

Deborah Cook, M.D., and Graeme Rocker, D.M.

N Engl J Med 2014; 370:2506-2514 | June 26, 2014 | DOI: 10.1056/NEJMra1208795

Benefits of palliative care in the ICU



Note: Data are based on a systematic review of 37 published trials.

Source: Dr. Aslakson

PROMETHEUS Medical News



#maspaliativos14

Queremos cuidados
paliativos para todos, ¿y tú?
Súmate!



RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL PACIENTE EN UCI: CAUSAS DE SUFRIMIENTO Y POSIBLES SOLUCIONES

Ángela Alonso y el Grupo de Investigación
para la Humanización de los Cuidados Intensivos



PROYECTO HU-CI
HUMANIZANDO
LOS CUIDADOS INTENSIVOS

¿Por qué sufren los pacientes en la UCI?		¿Cómo intentar solucionar el sufrimiento?
Causas Físicas	Dolor	Verificación con frecuencia escalas de dolor (EVA, escala de Campbell, etc.). Ajuste de analgesia evitando picos y valles. Tratamiento no farmacológico del dolor: apoyo emocional, acompañamiento. Asociar analgesia a cualquier técnica invasiva o semi-invasiva. Ajustarla a la duración del procedimiento y a las necesidades del paciente (valorar repetir dosis o aumentarlas).
	Sed	Si la ingesta no es viable, refrescar la boca con frecuencia, optimizar sueroterapia. No beber delante de los enfermos ni dejar grifos abiertos o bebidas a su vista.
	Calor/frío	Verificar con frecuencia estas sensaciones y aliviar el calor o abrigar si frío. Si el paciente no está consciente, verificar temperatura corporal y de partes acras.
	Ruido	Control de decibelios en las UCIs, ajustar niveles sonoros de las alarmas, atenderlas con prontitud. Cuidar especialmente en turno de noche (bajar el tono de las conversaciones, bajar el tono del teléfono, etc.).
	Falta de descanso nocturno	Control del ruido y de la luz, disminución de las actividades sobre el enfermo. Valorar tratamiento farmacológico: intensificar sedación en pacientes sedados con VM y ansiolíticos en pacientes no intubados (si no existe contraindicación).
	Incomodidad/ imposibilidad de moverse	Limitar el uso de sujeciones mecánicas. Cambios posturales frecuentes. Sedestación en cuanto sea posible. Posibilitar caminar en desplazamientos cortos si las condiciones del paciente lo permiten. En situaciones de relajación neuromuscular comprobar la adecuada y previa sedación profunda del paciente y mantenerla mientras dure la relajación (recomendable monitorización con BIS).
	Imposibilidad de hablar	Explicar al paciente la causa de su imposibilidad de hablar, al igual que la reversibilidad de esta situación. Aportar otras opciones que permitan comunicarse al paciente: papel y lápiz, ideogramas, paneles de comunicación, pizarras, etc.

Causas Psicológicas

Soledad /Aislamiento	Favorecer el acompañamiento familiar todo el tiempo que sea posible (UCIs de puertas abiertas). No dilatar en el tiempo la primera visita. Facilitar, con las debidas regulaciones, medios de entretenimiento (radios, libros, prensa, dispositivos electrónicos, TV, etc.). Conversar con el paciente si las tareas nos lo permiten y ofrecer disponibilidad permanente.
Vulnerabilidad / Miedo	Favorecer el contacto físico y verbal y cualquier signo que haga al paciente sentirse protegido. Recordar que las muestras de cariño, el contacto físico y la sonrisa tienen efecto terapéutico. Informar, dialogar, tranquilizar.
Pérdida de identidad	Referirse siempre al paciente por su nombre (evitar llamarlo por el número de cama). Presentarse. En las rondas clínicas dirigirse a él, no hacerle sentir como un problema a resolver sino como un ser humano con un problema. No tratarle como a uno más. Interesarse por su vida previa.
Pérdida de dignidad	Evitar actuaciones que pueden hacer que el paciente sienta que su dignidad es agredida. Cuidar los detalles: mantener tapado, aseo íntimo, etc. Respetar las creencias y cultura de cada paciente. Facilitar asistencia religiosa si el paciente o la familia lo demanda.
Falta de intimidad	Procurar boxes independientes, evitar la exposición a "curiosos". Favorecer y respetar también la intimidad en las visitas de los familiares
Dependencia de otros y de máquinas	Intentar favorecer autonomía del paciente siempre que sea posible (aseo, comida, etc.). Favorecer la implicación en los cuidados de los familiares. Explicar la función de los aparatos y dispositivos que el paciente precisa y eliminar todos aquellos que no sean necesarios.
Falta de información /incertidumbre	Información veraz, sincera, cuidadosa y frecuente del proceso patológico, de la situación actual, de las opciones terapéuticas, de las medidas a tomar y del curso probable de los acontecimientos. Utilizar un lenguaje sin tecnicismos, adaptado al nivel sociocultural del paciente. Huir del paternalismo. Estar disponible para resolver dudas o repetir la información si es preciso.
Incomprensión	Dedicar tiempo a dialogar con el paciente. Escucha activa de sus inquietudes, dudas, miedos, etc. Hacerle sentir que nos importa.
Sensación de tiempo eterno (el reloj no avanza)	Intentar diferenciar los diferentes momentos del día manteniendo el ritmo vigilia-sueño (habitaciones con luz natural). Favorecer acompañamiento familiar. Facilitar medios de entretenimiento. Valorar la retirada de los relojes si el paciente lo demanda.

XX Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud "Humanizando los cuidados intensivos"



Hospital de Torrejón, Madrid

27 Y 28 DE MAYO DE 2015

Información e inscripciones

secretaria@humanizar.es

Tlf. 91 806 06 96 | www.humanizar.es



Seguimos en
Twitter: @humanizar_es
www.facebook.com/humanizar.es



Servicio Madrileño de Salud
Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid

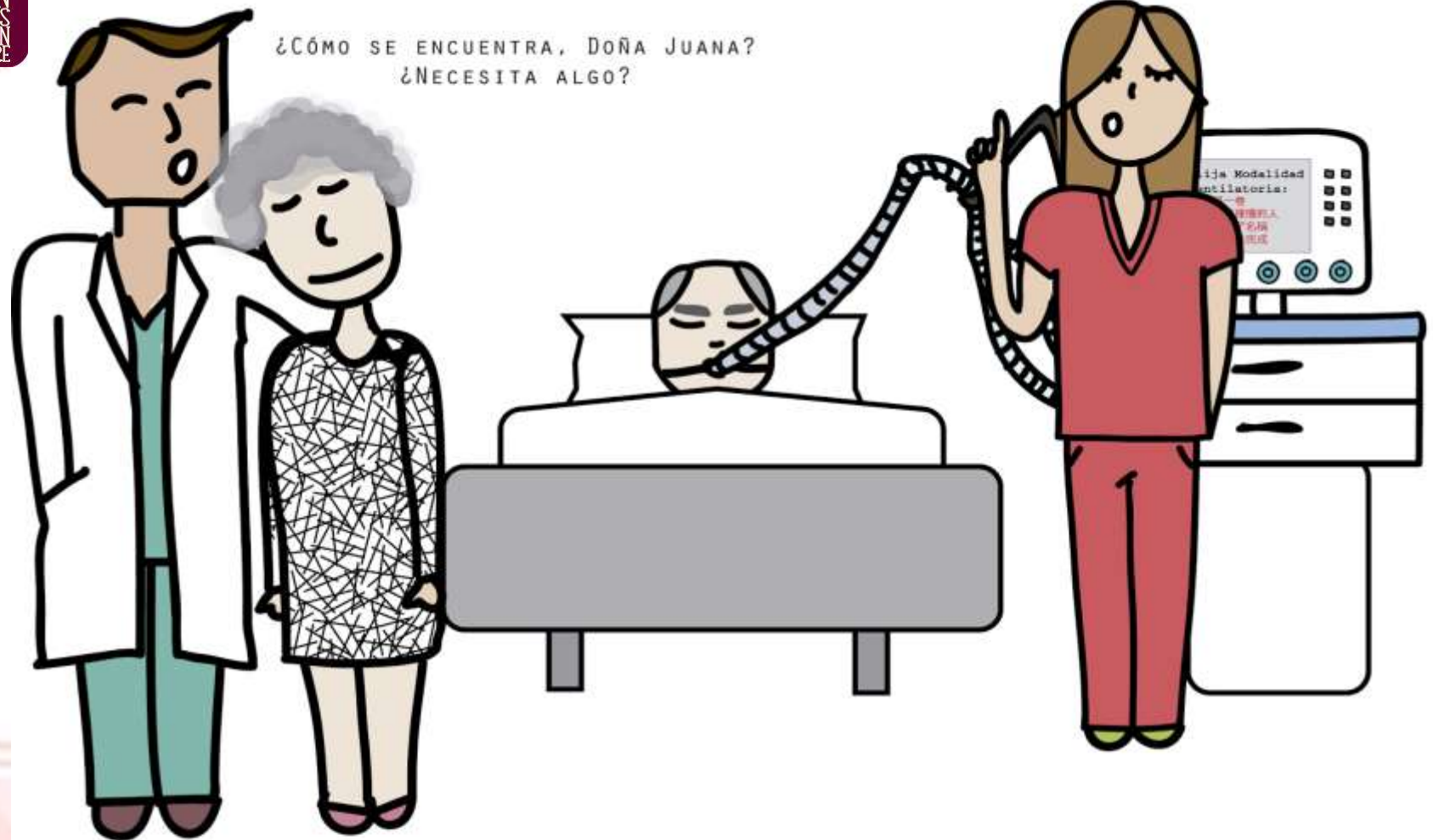


Hospital Universitario
de Torrejón

Comunidad de Madrid



¡¡Os esperamos a tod@s!!



Algo esta cambiando en la UCI...

MOLTES
GRÀCIES!!