

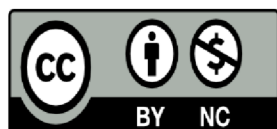
Ruiz Diaz, Karen Giselle

Vicisitudes en la implementación de la unidad de terapia intensiva a puertas abiertas durante el contexto de covid 19

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – no comercial 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Ruiz Diaz, K. G. (2022). *Vicisitudes en la implementación de la unidad de terapia intensiva a puertas abiertas durante el contexto de covid 19* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TRABAJO FINAL DE CARRERA

TEMA:

**“Vicisitudes en la implementación de la unidad de terapia
intensiva
a Puertas Abiertas durante el contexto de COVID19”**

AUTORA:

RUIZ DIAZ, Karen Giselle

Director del proyecto: Lic. LUJAN, Jorge Luis

Abril 2022

INDICE

	Pág.
I Tema	4
II Introducción	5
III Problemas	6
IV Objetivos	
General	6
Específicos	
V Marco teórico	7
VI Contexto de Análisis	12
VII Propuesta metodológica	
Fuente de Información	
Población	14
Muestra	
Unidad de Análisis	
Área de estudio	
VIII Resultado y elaboración de datos	15
IX Conclusiones	23
X Aportes	25
XI Bibliografía	28
XII Anexos	29
Anexo I	
Anexo II	
Anexo III	

AGRADECIMIENTOS

En el marco del trabajo final de investigación para la licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, aprovecho la oportunidad para agradecer haber llegado hasta acá, con este logro que no es solo mío, sino de todos los que formaron parte desde el día uno, de este sueño de llegar a una carrera de grado creo, una de las más nobles y ricas de la historia, sobre todo en estos tiempos de pandemia.

Quiero destacar la labor incansable de nuestros formadores docentes con quienes aprendimos a pensar y a vivir nuestra profesión desde un lado más humano que, aunque parezca trillado decirlo, no siempre en la práctica es así.

Por otro lado, hacer hincapié en la paciencia infinita de mi familia, sobre todo a mis hijos, quienes tienen menos tiempo con su mamá (entre el trabajo y el estudio, ya que siempre invierto en educación) para que podamos concluir con éxito esta etapa que, en un momento parecía inalcanzable. Gracias por soportar mi inestabilidad emocional, mis ausencias, mi cansancio... No podría haberlo hecho jamás sin ustedes. Gracias por que cuando pensé que no podía más, estuvieron todos ahí para animarme a seguir.

A mi pareja Alejandro quien apoya cada pasó que doy. A mi mamá Clara que hace que no pierda nunca la esperanza.

A mis hermanos Jesica, Esteban y mi cuñada Tania que se encargan de mi bebé de 6 meses.

A los amigos y casi hermanos que me dio la carrera: Florencia, Mariano y Ezequiel.

Y gracias a los profes que marcaron para siempre algo en mi camino como enfermera como: Lujan Jorge, Ocampo Daniel, Gregorio Claudio, Medina Juan, Mugni Cristina, Cisterna Silvia, entre otros...

¡¡GRACIAS TOTALES!!

TEMA

Vicisitudes en la implementación de Puertas Abiertas en la Unidad de Terapia Intensiva adultos de una Clínica Privada de la Ciudad de Buenos Aires durante el contexto COVID 19, durante el periodo de octubre a noviembre del 2021.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años el campo de la salud ha vivido grandes cambios a nivel estructural, funcional y cultural a favor de las técnicas avanzadas de los cuidados hacia los pacientes críticos, tanto en la práctica clínica, como en la supervivencia. Lo que plantea un nuevo desafío en materia del crecimiento en los cuidados humanizados. Dejar de ver al paciente desde el modelo biomédico para pararnos desde la esfera holística, por lo que vale recordar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en 1946 que “la salud es un estado de completo bienestar física, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es decir, considerar todas las dimensiones del ser humano durante el proceso salud - enfermedad.

En este contexto, esta investigación tiene la finalidad de describir las vicisitudes de cómo influye la implementación de un proyecto en la una unidad de la terapia intensiva de adultos como unidad abierta en los cuidados integrales para la salud durante los tiempos de COVID.

Se realizará una investigación para dar a conocer estrategias y resultados percibidos por los distintos actores de una Clínica Privada de Almagro, durante el periodo de octubre a noviembre del 2021.

Esto permitirá un cambio de paradigmas para este nuevo modelo de “Cuidados Intensivos humanizados” sobre el cual se viene trabajando (caRin. 2017) y plantea una gran mejora en varios aspectos, no solo en el bienestar del paciente, la participación de las familias, la comunicación y el entendimiento a cerca del final de la vida, etc. Necesidades que se logran satisfacer a partir del trabajo multidireccional y de retroalimentación (entre pacientes, médicos, familias, enfermeros, kinesiólogos, entre otros).

El presente estudio no presenta ningún riesgo para el personal de salud ni pacientes y no existe ninguna desventaja para la unidad de estudio desde el punto de vista ético y moral, recibirán informe sobre el propósito del estudio de investigación, la participación será voluntaria y anónima.

Los pacientes críticos necesitan una atención especialmente cálida y confortable, ya que son muy vulnerables, y se enfrentan a una enfermedad terrible con muchas incomodidades derivadas de su enfermedad y de la arquitectura u organización de la terapia intensiva.

PROBLEMA

¿Cómo influyen las vicisitudes de la implementación del proyecto de Puertas Abiertas en la Unidad de Terapia Intensiva adultos de una Clínica Privada de la Ciudad de Buenos Aires durante el contexto COVID 19, en el periodo de octubre a noviembre del 2021?

OBJETIVOS

General:

Describir cómo influyen las vicisitudes del proyecto de la Implementación de Puertas Abiertas en la Unidad de Terapia Intensiva adultos de una Clínica Privada de la Ciudad de Buenos Aires durante el contexto COVID 19, en el periodo de octubre a noviembre del 2021.

Específicos:

- Determinar cómo influye la implementación de la terapia a “Puertas Abiertas” en los pacientes de unidad de cuidados intensivos adultos.
- Conocer las experiencias de los distintos actores sanitarios en la participación de los cuidados de calidad.
- Describir cómo se ve influenciada la comunicación en este aspecto.
- Describir cómo influye la presencia de las familias en el tratamiento, recuperación, rehabilitación, así como también en las visitas compasivas de los pacientes con internación en cuidados intensivos.

MARCO TEORICO

Terapia intensiva y cuidados humanizados

La unidad de terapia intensiva es un área en donde se brinda atención a aquellos pacientes con alto riesgo de vida, por parte de personal de salud altamente capacitado, lo que además requiere sistemas de monitorización continua, habilidad para la realización de procedimientos invasivos, aparatos tecnológicos, servicio de interconsultas, etc. Son clasificados mediante una escala de puntuación y cálculos aproximados de mortalidad que surgió en 1981 llamada APACHE como un sistema que utiliza variables fisiológicas para cuantificar la gravedad de la enfermedad de aquellas personas con patologías agudas o crónicas.

El comienzo de la pandemia con el coronavirus (una enfermedad infecciosa provocada por el virus del SARS/COV-2) trajo desde pacientes que padecen síntomas de leves a moderados, que no requirieron tratamientos especiales; hasta casos graves que necesitaron atención médica y/o internación en la UCI.

El primer caso fue registrado en China en 2019. La misma es una enfermedad de tipo respiratoria que causa fiebre, tos y dificultad para respirar, aunque también puede haber muchos otros síntomas y el cual es altamente infeccioso y se fue propagando a lo largo del mundo y a su vez mutando y dando formas nuevas del virus. Lo cual género (a nivel mundial) una amenaza para la salud pública.

El panorama no fue muy alentador. Médicos, enfermeros, kinesiólogos, entre otros vestidos con equipos de protección personal, tapados de pies a cabeza con botas, doble guante, mascarilla, cofia y una segunda mascara, solo ven los ojos.

Las medidas de cuidados en la terapia intensiva son muy importantes, resultan de estrategias cuyo objetivo es prevenir la propagación de infecciones, sobre todo en estos tiempos en los que se debieron reforzar algunos conceptos. Las políticas hospitalarias respecto a eso son muy estrictas, pero es un tema complejo. Las

familias solicitan ver a sus seres queridos, algo que en otra época resultaría algo sencillo pero que se ha convertido en un gran dilema.

El entorno familiar comienza a tener un gran protagonismo en este sentido y entre los puntos más importantes de la humanización de cuidados de los pacientes están: la comunicación, educación e información, su presencia y participación en los cuidados de calidad, las visitas compasivas, etc.

En el común de las terapias lamentablemente los horarios de visitas y/o informes suelen ser muy restringidos. La mayoría de las personas no llega a los horarios convencionales de visita o no están para recibir los informes, debido a que solo dan media hora de rango y cerca del mediodía. Pensar en una familia promedio, con actividad laboral o hijos implican más restricciones. Estas y más situaciones llevaron a replantearse algunas cuestiones, además de la telemedicina como videollamadas, mensajes de whatsapp, skipe, entre otros medios de comunicación social.

Humanización de los cuidados

En 2001 en los Estados Unidos, el instituto de medicina incorporo el concepto de “atención centrada en el paciente y la familia” (patient and family center care, PFCC). Esto significo el cambio de modelos compuesto de: información compartida, colaboración, negociación y cuidados en el contexto familiar y de la comunidad. Lo que propuso trabajar con los pacientes y sus familias entendiendo que la salud es un derecho de todo ser humano. Lo que genero en 2014 el nacimiento de un proyecto de investigación internacional: “Humanizando los cuidados intensivos” HU-CI cuyo objetivo apunto hacia la formación de habilidades de humanización, que requería un encuentro entre profesionales, pacientes y familiares para ello.

Hace algunos años, en Argentina comenzó a implementarse la “Terapia a puertas abiertas” una modalidad en la que los pacientes están en contacto permanente

con sus familias, se les dan algunas pautas para hacerlos participes de los cuidados, lo que resulta un poco controversial para esta época. Uno de los pioneros fue el Hospital Italiano a mediados del 2009 y se investigó que funciona dentro del contexto de un hospital general de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pero que no es algo que siempre se pueda aplicar en todos los casos. Continúo buscando mejoras entre 2017 y 2018 con otros 3 proyectos de investigación: - “Creencias de profesionales vinculados a los Cuidados Críticos sobre temas controvertidos de la unidad” - “Creencias de familiares de pacientes críticos” y - “Presencia de ansiedad y depresión en familiares de pacientes críticos”. Con lo que se hizo notorio que hay que tener en cuenta varias cosas: por ejemplo, las características del entorno (como creencias, cultura, valores) lo que va a ir de la mano a modificar ciertos aspectos de las políticas y estándares de gestión en recursos humanos y la necesidad continua de capacitación al personal para el manejo efectivo de estas terapias. Es decir, que cada institución debe hacer interacción de todas las variables para poder adaptarla al tipo de población que maneja.

Uno de los aspectos particulares de esta pandemia fue el hecho de que, en sus inicios lejos quedo aquella visita pactada ya que no se permitían. Siendo todo nuevo, el manejo era incierto. Las familias solicitaban ver a sus seres queridos, algo que en otra época resultaba relativamente sencillo, hoy se convirtió en un dilema.

Hasta ese entonces ya existían las llamadas “visitas compasivas” un espacio que se les brinda a familiares de pacientes terminales en el cual tienen la oportunidad de hacer contacto breve, hablarles, tomar sus manos y hasta despedirse, en el caso que el desenlace fuera inevitable. Estas excepciones se dan en los siguientes casos: etapa de muerte inminente / deterioro repentino de su afección y otros. Las excepciones caso por caso se hacen con el equipo clínico, con los gerentes de atención al paciente, el supervisor/a de la casa o todos. Se podrá tener consideración especial con pacientes que tienen una duración prolongada de

estancias en el hospital. El cuidado espiritual también es muy importante, los pacientes podrán recibir un visitante del clero o miembro del clero de la comunidad, además de otros visitantes enumerados en estas excepciones.

Luego de muchas idas y vueltas y casos que se hicieron de público conocimiento mediante los medios de comunicación masiva, durante el contexto del COVID surge el Protocolo de visitas para pacientes en estado grave con mal pronóstico internados en las salas de terapia intensiva. El paciente debe manifestar su voluntad de recibir la visita del referente afectivo, autorizándola (en el caso de que fuera posible) firmando un ejemplar del documento de consentimiento informado. Este paso será omitido únicamente si la condición psicofísica del paciente no le permitiera prestar el mismo. Debe ser mayor de edad y menor de 60 años. No presentar comorbilidades, como: Inmunosupresión / Diabetes / Enfermedades respiratorias crónicas (Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) / Enfermedad cardiovascular crónica / Insuficiencia renal crónica / Sobrepeso u obesidad con IMC mayor a 35 / Embarazo / otras comorbilidades asociadas a grupo de riesgo según definiciones de la autoridad sanitaria. No tener convivientes con las patologías ya mencionadas. Estar asintomático al momento de la visita. Se dará prioridad a todo aquel referente afectivo que en los últimos 3 meses haya tenido COVID-19 documentado por PCR positiva. Deberá ser el mismo referente afectivo que visite a la persona enferma evitando acompañantes diferentes en cada visita. Podrá ser reemplazado sólo en caso de fuerza mayor, por enfermedad por ejemplo y siempre con el consentimiento del paciente. El equipo médico y de enfermería del servicio será el encargado de coordinar día y hora de la visita. También será quien realice un cuestionario sobre síntomas compatibles con infección por Covid-19 en los 7 días previos. De presentar síntomas no podrá concurrir al hospital y será orientado para que reciba la asistencia necesaria. Y como condición de deben asegurarse de que por cada visitante haya un profesional para asistirlo en todo el tiempo de la visita. Así mismo se informará a seguridad la fecha y horario de la visita para organización de esta.

Una vez en el servicio hay normas universales: Verificación de temperatura al ingreso, preguntas y observaciones acerca de signos o síntomas; Higiene de manos: En todo el centro debe haber dispensadores de desinfectantes de manos de fácil acceso. Cubiertas faciales: Todas las personas que ingresen al centro deben usar una mascarilla que cubra la boca y la nariz. Limpieza y desinfección: Todas las superficies de contacto frecuente se deben limpiar a menudo con productos aprobados.

Por otra parte, el acompañante recibirá previo a la visita, instrucción del material de protección personal a utilizar. El profesional del servicio lo ayudará en la colocación y retiro del EPP. El referente de salud será el encargado de colaborar a disolver otras dudas o necesidades que requiera el visitante. Otra de las cosas importantes es establecer una comunicación efectiva esclareciendo la situación actual del paciente y los objetivos de la visita.

Es durante los últimos años que los cuidados humanizados comienzan a tomar la posta en los servicios de tratamiento e internación clínica. Centrándose en los sujetos de atención y entendiendo que cada persona es única e irrepetible, preservando su dignidad. Haciendo buen uso de los recursos y con la certeza de que incluir a las familias y, haciéndolos parte del proceso harán un trabajo excepcional. Proporcionando esperanza o simplemente permitiendo que los pacientes transiten sus últimos días rodeados de sus seres queridos.

Todos estos conceptos se asocian al modelo de Jovell, Albert “Afectivo – Efectivo” de como curar y/o cuidar al paciente incorporando la atención basada en la confianza y empatía. Es decir, considerando todas las dimensiones del ser humano durante el proceso salud – enfermedad.

En 2001 en los Estados Unidos, el instituto de medicina incorporo el concepto de “atención centrada en el paciente y la familia” (patient and family center care, PFCC). Esto significo el cambio de modelos compuesto de: información compartida, colaboración, negociación y cuidados en el contexto familiar y de la

comunidad. Lo que propuso trabajar con los pacientes y sus familias entendiendo que la salud es un derecho de todo ser humano. Lo que generó en 2014 el nacimiento de un proyecto de investigación internacional: “Humanizando los cuidados intensivos”

HU-CI cuyo objetivo apuntó hacia la formación de habilidades de humanización, que requería un encuentro entre profesionales, pacientes y familiares para ello.

CONTEXTO DE ANALISIS

El miedo a morir es un hecho casi universal. Cualquiera que trabaje en una unidad de cuidados críticos seguramente escucho a algún paciente haberlo dicho al menos una vez en su vida. La internación en terapia implica una de las situaciones más estresantes que puede vivir una persona y su entorno, tanto a nivel físico como emocional, por lo que a lo largo de estos años se vivieron cambios no solo a nivel estructural, funcional y cultural en favor de los cuidados a pacientes críticos. Lo que plantea un nuevo desafío en materia de crecimiento en los cuidados humanizados. El personal intensivista también está sometido a distintas presiones relacionadas a la interacción con otros pares, la comunicación con las familias, la empatía y el contacto emocional que suelen aumentar el estrés, afectar el clima laboral y generar conflictos sumada a la alta exigencia del sector.

Algo que viene resonando mucho desde hace un tiempo entre las nuevas camadas de profesionales de la salud y en lo que se sientan las bases de la educación actual es la esfera holística. ¿Qué quiere decir esto? Así como lo declaró la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 que “la salud es un estado de completo bienestar física, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es decir, considerar todas las dimensiones del ser humano durante el proceso salud – enfermedad ya que cada uno de esos aspectos desempeña un papel significativo en la vida humana; lo que contrasta con el modelo tradicional que solo se centraba en la parte biológica y sugería que

las enfermedades únicamente pueden ser explicadas en términos de una anormalidad de las funciones, agentes patógenos, genéticos u otros.

Con el correr de los años y las nuevas necesidades que surgían, se daba un paso a una realidad en la cual el personal de salud comenzaría a tomar decisiones en base a la opinión de los pacientes y sus familias, lo que en otras palabras significa: Pasar de ser el “objeto de atención” al “sujeto de atención”.

En otros tiempos la paciente no desempeñaba un papel significativo en la toma de decisiones en el proceso y el resultado generaba una gran resistencia al cambio, el abandono de los tratamientos o la falta de entendimiento.

PROPUESTA METODOLOGICA

Se realizó un estudio descriptivo recolectando datos anónimos de la unidad de terapia intensiva adultos de un hospital privado de la ciudad autónoma de Buenos Aires, que consto de una entrevista con preguntas abiertas y cerradas al personal de salud del servicio de cuidados intensivos adultos.

En cuanto al periodo utilice los meses de octubre y noviembre del 2021 y a posterior elabore un análisis descriptivo de las variables con posterior determinación de las diferencias existentes.

Fuente de información o investigación; por encuesta anónima.

Población: Todos los médicos, enfermeros y kinesiólogos que se encontraban trabajando en la unidad de cuidados intensivos de una clínica privada de la ciudad autónoma de Buenos Aires durante los meses de octubre y noviembre del 2021.

Muestra: Se tomó una muestra intencional de 40 profesionales (Médicos, enfermeros, Kinesiólogos) pertenecientes al servicio de cuidados intensivos

adultos en las que se encuestó a aquellos que voluntariamente y anónima quisieron participar de la misma.

Unidad de Análisis

Las unidades definidas para el presente estudio serán cada profesional del servicio de cuidados intensivos adultos de la Clínica privada Pasteleros de CABA que responda la encuesta.

Área de estudio: Clínica Privada Pasteleros – Elevar Obra Social, Almagro; ciudad autónoma de Buenos Aires en su unidad de terapia intensiva de adultos, previa autorización del comité de docencia e investigación de tal institución.

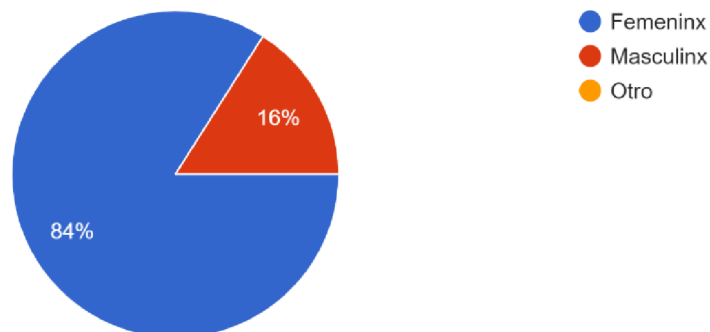
RESULTADOS:**ELABORACIÓN DE DATOS**

Tabla 1: Género al que pertenecen los participantes de la entrevista de investigación de terapia a “puertas abiertas” en una clínica del subsistema privado de CABA.

Género	Participantes	Porcentaje
Femenino	42	84 %
Masculino	8	16 %
Otro	0	0 %

GÉNERO

50 respuestas



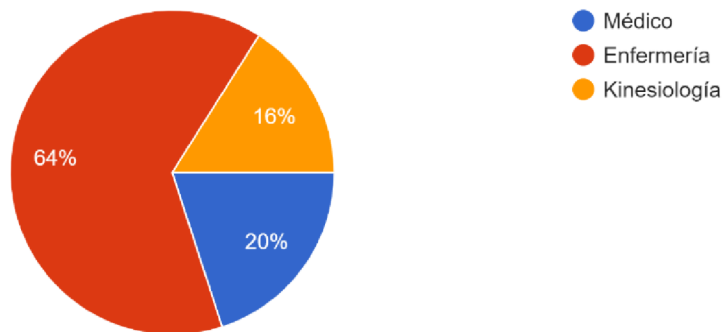
Interpretación: En la tabla 1 se puede observar que, del total de participantes de la encuesta, el 84 % se identifica en el género femenino, el 16 % en el masculino y ninguno en otro, por lo cual podemos afirmar que en esta clínica en su área cerrada prevalece el género femenino por sobre el masculino.

Tabla 2: Sector al que pertenecen los participantes de la entrevista de investigación de terapia a “puertas abiertas” en una clínica del subsistema privado de CABA.

Sector	Participantes	Porcentaje
Médico	10	20 %
Enfermería	32	64 %
Kinesiología	8	16 %

USTED PERTENECE AL SECTOR:

50 respuestas



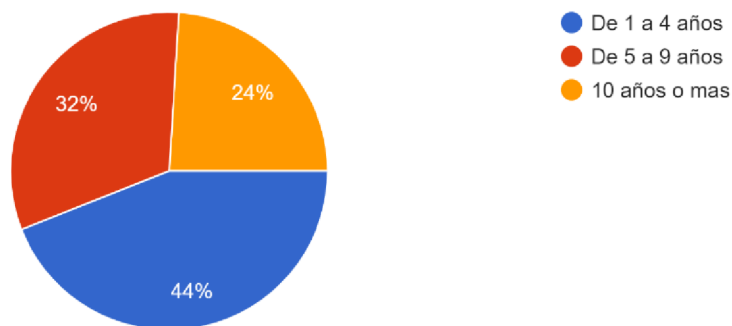
Interpretación: Se puede observar que del total de participantes el 64 % pertenece al sector de enfermería, el 20 % es del sector médico y el 16% es de kinesiología. Por lo que, se puede afirmar que mayor parte del sector profesional en dicha clínica pertenece al sector de enfermería, seguido del servicio médico y luego de kinesiología.

Tabla 3: Nivel de experiencia laboral en el campo de la salud de los participantes de la investigación de terapia a “puertas abiertas” en una clínica del subsistema privado de CABA.

Experiencia	Participantes	Porcentaje
De 1 a 4 años	22	44 %
De 5 a 9 años	16	32 %
10 años o mas	12	24 %

EXPERIENCIA LABORAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

50 respuestas



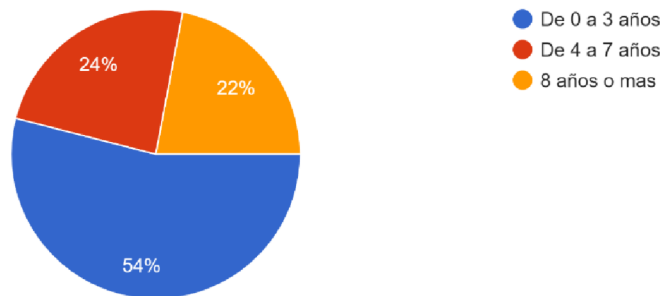
Interpretación: Podemos observar que, del total de participantes la mayor parte de los entrevistados tiene una experiencia en el campo de la salud menor a 4 años. Seguido de aquellos que tienen experiencia de hasta 9 años. Y, por último, están los que tienen 10 años de experiencia o más. Por lo que podemos afirmar que la mayor parte de los profesionales son relativamente nuevos.

Tabla 4: Nivel de experiencia laboral en el campo de la salud específicamente en el servicio de cuidados intensivos de los participantes de la investigación de terapia a “puertas abiertas” en una clínica del subsistema privado de CABA.

Experiencia en UCI	Participantes	Porcentaje
De 0 a 3 años	27	54 %
De 4 a 7 años	12	24 %
8 años o mas	11	22 %

Fuente de elaboración propia (N= 50)

CUANTO HACE QUE TRABAJA ESPECIFICAMENTE EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS?
 50 respuestas



Interpretación: En 4to. gráfico podemos observar que del total de participantes que tienen experiencia en el campo de la salud, el 54 % específicamente trabaja en UCI de 0 a 3 años. El 24 % de 4 años a 7. Y el 22 % lo hace 8 años o más. Por lo que podemos observar que la mayoría de los profesionales son relativamente nuevos en los servicios de cuidados críticos.

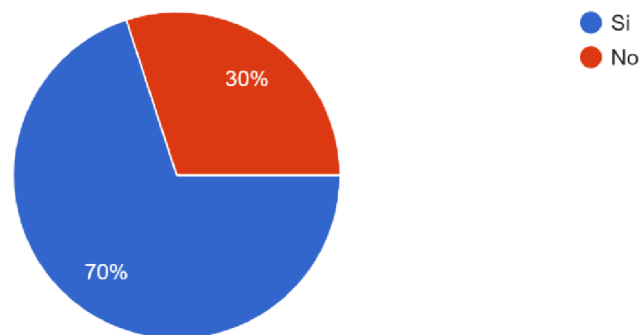
Tabla 5: De los participantes de la entrevista de investigación de terapia a “puertas abiertas” en una clínica del subsistema privado de CABA quienes habían escuchado hablar de la misma en otras oportunidades.

La oyeron nombrar	Participantes	Porcentaje
Sí	35	70 %
No	15	30 %

Fuente de elaboración propia (N= 50)

HABIA ESCUCHADO HABLAR DE LAS TERAPIAS A PUERTAS ABIERTAS?

50 respuestas



Interpretación: Aquí podemos observar que, de los participantes de la investigación, la mayor parte de ellos oyó nombrar en algún momento sobre las terapias abiertas. Mientras que, el otro porcentaje restante no escucho hablar de ello.

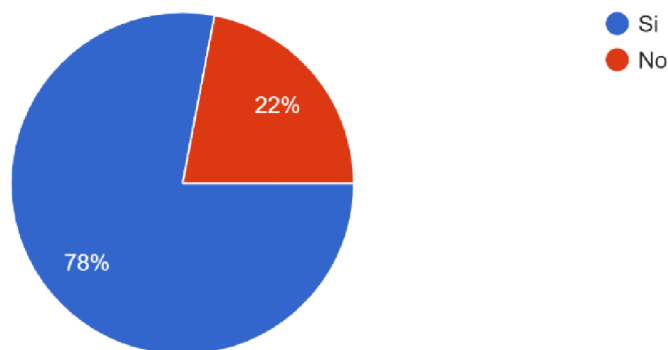
Tabla 6: De los participantes de la investigación de terapia a “puertas abiertas” en una clínica del subsistema privado de CABA cuantos de ellos han tenido oportunidad de trabajar en ambas modalidades de UCI (puertas abiertas y/ o convencionales).

Ambas modalidades	Participantes	Porcentaje
Si	39	78 %
No	11	22 %

Fuente de elaboración propia (N= 50)

HA TENIDO OPORTUNIDAD DE TRABAJAR EN AMBAS MODALIDADES DE TERAPIAS ABIERTAS Y/O CONVENCIONALES?

50 respuestas



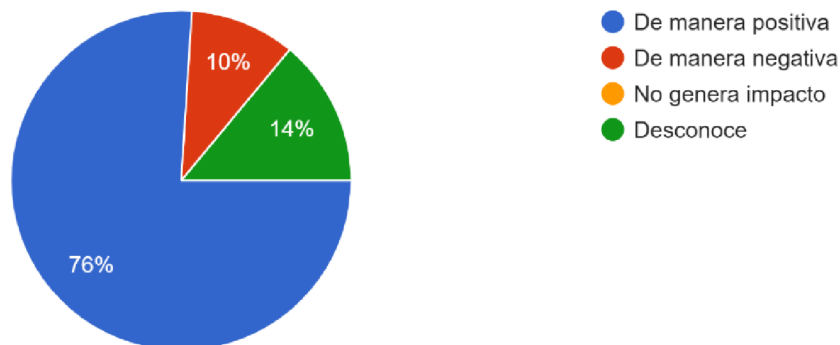
Interpretación: Se puede observar que de los participantes de la investigación de terapia el 78 % ha tenido oportunidad de trabajar en ambas modalidades de UCI. Es decir que prevalecen aquellos que tuvieron oportunidad de participar en ambas modalidades de trabajo por sobre los que no y, solo conocen una modalidad de ello.

Tabla 7: Como piensan que impacta la implementación de la terapia a “puertas abiertas” en una clínica del subsistema privado de CABA en el tratamiento y/ o recuperación de los pacientes con internación en la UCI.

Impacta	Participantes	Porcentaje
De manera positiva	38	76 %
De manera negativa	5	10 %
No genera impacto	7	0 %
Desconoce	0	14 %

COMO PIENSA QUE PUEDE IMPACTAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA A PUERTAS ABIERTAS EN EL TRATAMIENTO Y/O RECUPERACIÓN DE LOS PACIENTES CON INTERNACIÓN EN LA UCI

50 respuestas



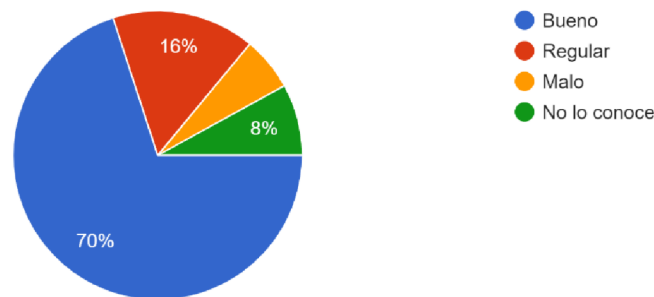
Interpretación: Podemos observar que de los participantes de la investigación la mayoría cree que impacta de manera positiva, seguido de aquellos que desconocen del tema. En menor medida están los que creen que genera efecto negativo, pero nadie cree que no genere impacto.

Tabla 8: Qué opinión le merece el protocolo de acompañamiento de pacientes internados durante la pandemia en la implementación de la terapia a “puertas abiertas” en una clínica del subsistema privado de CABA.

Opinión	Participantes	Porcentaje
Bueno	35	70 %
Regular	8	16 %
Malo	3	6 %
No lo conoce	4	8 %

QUE OPINIÓN LE MERECE EL PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS DURANTE LA PANDEMIA EN LA UCI

50 respuestas



Interpretación: Podemos observar que de los participantes de la investigación la mayoría, con el 70 % opina que el protocolo de acompañamiento es bueno. En menor porcentaje cree que es regular. El 6 % cree que es malo y el 8 % desconoce. Por lo que podemos entender que prevalecen aquellos que piensan que es bueno.

CONCLUSIONES

De acuerdo los resultados obtenidos a partir de la entrevista de investigación de terapia a “puertas abiertas” en una clínica del subsistema privado de CABA se evidencio que, la gran mayoría pertenecen al sector de enfermería y son femeninos. Dentro de ellos el mayor porcentaje tiene una experiencia laboral en el campo de la salud menor a 4 años.

En cuanto a la experiencia en UCI y con la gran demanda que la pandemia género a nivel mundial durante el contexto de SARSCOVID y que inicio con el primer caso en noviembre de 2019 en China, requirió reforzar el número de trabajadores de la salud en todos los territorios debido a la gran cantidad de casos reportados ya que eran alarmantes. Lo que deja ver en la investigación ya que más de la mitad de los profesionales que se entrevistaron tuvo acceso a labores de cuidados críticos, sin contar con experiencia previa.

Haciendo referencia a los cuidados humanizados, las terapias a puertas abiertas, el protocolo de acompañamiento en tiempos de Covid19 y las visitas compasivas: gran mayoría de los participantes lo conoce o al menos escucho hablar de eso. Además, casi el 80 % de los trabajadores de la salud conocen la modalidad de trabajo de ambas terapias: las abiertas y las cerradas. Lo cual puede dar otra perspectiva.

Este trabajo muestra que hay avances positivos sobre las unidades de cuidados intensivos de adultos y el acompañamiento de los familiares, siempre que el estado del paciente le permita a ambos generar perceptivamente vicisitudes favorables para el tratamiento del paciente crítico y así también para el cuidado de los familiares que no están naturalizados a tener un familiar critico en cuestiones de salud, en tiempos de COVID el protocolo de acompañamiento de pacientes y visitas compasivas sigue siendo un tema controversial, no en esta institución sino en varias, pero creo que sin lugar a dudas toda implementación que ayude al

paciente a mejorar dentro de los cuidados humanizados y poder pensar de ahora en adelante que los próximos hospitales no solamente tengan una mirada de cuidados humanizados, sino también desde la infraestructura, espacio y un lugar para el familiar, siempre analizando esta evolución sanitaria de control de infecciones, entre microorganismo, familiar, circulación. Pero este trabajo permite seguir analizando diferentes terapias y permitir saber que esta implementación implica un cambio de cultura laboral repercutiendo positivamente en el paciente.

A continuación, se transcriben textualmente algunos de los comentarios obtenidos durante un encuentro informal con los compañeros del sector de salud y su aporte para la investigación del presente proyecto:

¿Qué opinan a cerca del protocolo de acompañamiento de pacientes internados durante la pandemia?

Desconozco.

Regular.

Creo que es muy fundamental porque estaría más contenidos ya que el paciente tiende a deprimirse.

Siempre que se cumpla el protocolo es muy influyente en cuanto a una recuperación rápida.

A pesar de estar a favor de las terapias abiertas en pandemia es más difícil controlar el correcto uso de los EPP en familiares por los que no estoy de acuerdo.

Posible con los cuidados pertinentes y mejorar el estrés emocional o sensación de aislamiento de los pacientes.

Es un protocolo complejo pero efectivo al momento de evitar contagios.

Acertado.

Dado el contexto que nos toca vivir en la actualidad el acompañamiento de la familia es ideal para poder brindar cuidados de calidad.

Son medidas que se deben acatar debido a la pandemia, está bien.

Es difícil.

Que en algunos casos es muy necesario.

Opino que es complicado, pero no imposible.

Me parece que es algo que evaluar, pero debe de ser indispensable si queremos mejorar.

Es poco probable x la alta demanda del personal, pero sería bueno para futuros casos/ pandemias estar mejor entrenados.

No lo conozco en profundidad.

Sería muy favorable para la recuperación del paciente.

Me parece que por el momento el acompañamiento no sería seguro en este momento ya que se necesita extremo cuidados de bioseguridad para poder llegar a acompañar a un paciente internado para que el mismo no sea implicado en un contagio que implicaría un riesgo para su vida.

Está acertado.

Me parece que siempre y cuando el acompañante comprenda la exposición a la enfermedad y las medidas de precaución de contagio, debería poder transitar la internación junto a su familiar con las medidas de protección correctas.

La familia debe comprometerse más, y respetar el protocolo, ya que el entorno familiar muy importante para la evolución del sujeto de atención.

Opino que no me convence muy bien del todo, podría mejorar.

No me parece correcto porque puede haber contagios suelen no entender los familiares cuando se les dicen no toquen, lávese las manos, póngase alcohol en gel, entre otras cosas...

Favorable, pese a que es riesgoso, también pienso que disminuye el temor, ansiedad, y soledad de la persona inyectada.

Me parece acorde a la situación de pandemia en la estamos transitando.

No lo conozco.

Me parece una buena manera de brindar apoyo emocional interfamiliar, ya que el contexto de esta pandemia dejo de lado estas cuestiones emocionales y subjetivas de cada paciente y su familia.

Desconozco.

No lo considero adecuado por la facilidad de contagio y gravedad de la enfermedad.

En estado de pandemia es, en algunos aspectos más difícil de lo que lo sería normalmente. Pero sí me parece que puede aportar mucho en cuanto a cuidados, acompañamiento y recuperación.

No tengo una opinión concreta.

Me parece importante para la pronta recuperación que el familiar este con el paciente, aunque sea un tiempo mínimo.

Se aumenta el contagio de las personas expuestas a pacientes infectados.

Me resulta una propagación del virus.

Me parece super importante el acompañamiento a los pacientes.

Opino que el factor emocional juega un rol importante en la calidad de vida y recuperación de un paciente. Por lo tanto, debería ser indispensable el acompañamiento en la UCI.

Bien, pero difícil a la hora de llevarlo a la práctica.

Es un proyecto que todavía se está madurando en instituciones humanizadas.

Absolutamente entendible, pero en desacuerdo por los riesgos que corre el familiar en cuanto a la exposición.

Si se realizan bajo las normas de bioseguridad, control y cuidados específicos. Es importante esa compañía.

Deja mucho que desear.

Que se hace para preservar el cuidado del paciente y su pronta mejoría.

No lo leí aún.

Muy bueno.

Me parece bueno, para un mejor tratamiento y recuperación, aunque difícil durante la pandemia.

BIBLIOGRAFIA

- CaRin, D. F. (2017). La familia en la UCI: el informe médico y la participación de los familiares en el proceso de rehabilitación. *SATI• SYLLABUS*, Volumen 34 - Nº 3, Pag 79.
- Nación, M. d. (2017). *Datos Epidemiologicos* . Buenos Aires. Argentina: Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud.
- Aguilar Villalba R, Boltà Fisa M, Gahete Santiago A, Saz Roy M. *La comunicación en enfermería: el canal hacia la satisfacción profesional*. Estudio comparativo entre dos hospitales. 2009. Disponible en:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21551/1/2008_10.pdf
- Pardavila Belio MI, Vivar CG. *Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos*. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(2): 51-67.
- Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. *The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement*. *Crit Care Med*. 2001; 29(2 Suppl): N26-33.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. *Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus*

statement by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med.2008; 36(3): 953.

- Aliberch Raurell AM, Miquel Aymar IM. *Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2015; 26(3):101-11.*

ANEXO

ANEXO I

Florencio Varela

Octubre 2021

Consideraciones éticas

*En mi condición de alumna de la carrera Licenciatura de enfermería, Yo **Ruiz Díaz Karen**, alumna de la Casa de Altos Estudios Universidad Nacional Arturo Jauretche, ubicada en Av. Calchaquí 6200, Localidad de Florencio Varela.*

Me comprometo a respetar la confidencialidad de los datos obtenidos por los profesionales de la unidad de terapia intensiva adultos, A realizar a los profesionales de la Clínica Priva de Pasteleros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el período de octubre a noviembre del 2021 que participen voluntariamente de las encuestas del presente estudio, en concordancia a lo expuesto por la Ley 25.326 de protección de los datos personales, reglamentada para la actividad de las bases de datos que procesan información personal, sea por medios informáticos o manuales, sometiéndolas a la supervisión y control de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (en adelante DNPDP) en el ámbito Nacional¹.

¹ Como su nombre lo indica, la ley 25.326 tiene como objetivo proteger los datos personales asentados en Archivos, Registros, Bases y Bancos de Datos, cualquiera sea el mecanismo técnico de tratamiento de datos, sean estos públicos, o privados destinados a dar informes, a fin de otorgar protección a los ciudadanos en sus derechos: honor, intimidad y controlar su información personal, de conformidad con lo establecido en el artículo 43, párrafo tercero, de la Constitución Nacional.

ANEXO II



Figura 1.

Líneas de investigación Proyecto HU-CI.



Viewpoint | Open Access | Published: 02 June 2021

Cómo y por qué habilitar las visitas familiares a la UTI en pandemia

Giovanni Mistraretti, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Paolo Malacarne, Davide Mazzon, Elisabetta Cerutti, Alessandro Galazzi, Ilaria Giubbilo, Marco Vergano, Vladimiro Zagrebelsky, Luigi Riccioni, Giacomo Grasselli, Silvia Scelsi, Maurizio Cecconi & Flavia Petrini

Los beneficios de las visitas son mayores que los riesgos de la pandemia

para el paciente

- respeto de derechos
- reducción de estrés
- reaseguro psicológico
- < sensación de abandono
- prevención/reducción del delito
- motivación del paciente
- aceptación de los cuidados
- respeto de voluntad

para el equipo

- > información
- ayuda p/ tomar decisiones
- > veracidad
- < distress moral
- < conflicto legal

las familias

- > entendimiento
- > contacto
- < ansiedad y depresión
- mejor aceptación de malas noticias
- reducción del sufrimiento
- < sensación de impotencia

para la comunidad de UTI

- mejor comunicación
- transparencia
- decisiones compartidas
- bienestar psicológico
- atención centrada en la familia
- > satisfacción pte y flia



Citation Impact
6.407 - 2-year Impact Factor

ANEXO III

ENCUESTA FORMULARIO VIRTUAL:

“Implementación de la unidad de terapia intensiva a Puertas Abiertas durante el contexto de COVID19”

GÉNERO *

Femeninx

Masculinx

Otro

⋮

SECTOR AL QUE PERTENECE *

Médico

Enfermería

Kinesiología

EXPERIENCIA EN EL CAMPO DE LA SALUD *

- De 1 a 4 años
- De 5 a 9 años
- 10 años o mas

CUANTO HACE QUE TRABAJA ESPECIFICAMENTE EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS? *

- De 0 a 3 años
- De 4 a 7 años
- 8 años o mas

HABIA ESCUCHADO HABLAR ALGUNA VEZ DE LAS TERAPIAS ABIERTAS? *

- Sí
- No

HA TENIDO OPORTUNIDAD E TRABAJAR EN AMBAS MODALIDADES DE TERAPIA: ABIERTAS Y CERRADAS? *

- Sí

QUE OPINION LE MERECE EL PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES INTERNADOS DURANTE LA PANDEMIA EN LA UCI? *

- Bueno
- Regular
- Malo
- No lo conoce

COMO PIENSA QUE PUEDE IMPACTAR LA IMPLEMENTACION DE LA TERAPIA A PUERTAS ABIERTAS EN EL TRATAMIENTO Y/ O RECUPERACION DE LOS PACIENTES CON INTERNACION EN UCI? *

- De manera positiva
- De manera negativa
- No genera impacto
- Desconoce

ANEXO IV

El Comité de Bioética del HIGA Eva Perón funciona ininterrumpidamente desde 1997. Desarrolla labores en las esferas praxeológica, docente y de investigación. Ha sido reconocido como Comité de Bioética Clínica y de Investigación.

Protocolo de acompañamiento de pacientes internados durante la pandemia (Versión 1.0)

Comité de Bioética . HIGA Eva Perón

Dres. J.L. Manrique, S. Laucella, A. Franchi, D. Rufach, E. Guimil, M. Mandrijic, Mg. M. Bigliardi, Lic. I. Piriz, Lic. M. Cayo
 bioeticahospitalevaeron@hotmail.com
 bioeticacovid@gmail.com

Inmanencia 2021;8(1):33-34

El final de vida involucra tanto a personas con necesidades y en tratamiento paliativo contagiadas o no por COVID19, como a pacientes sin enfermedades previas limitantes de la vida ni necesidades paliativas. Para humanizar el tratamiento, respetar la autonomía, la solidaridad y la libertad y preservar la dignidad de la persona, es necesario habilitar el derecho a decir adiós.

El condicionamiento impuesto por la pandemia, el aislamiento obligatorio y el distanciamiento limitan la posibilidad de los deudos de acompañar al paciente y aún de despedirse producido el fallecimiento. Un cuidado integral incluye evitar la soledad de quien está muriendo y suman sufrimiento innecesario al paciente, la familia y el entorno afectivo a quien se priva de despedirse y se altera la gestión del duelo. Las siguientes consideraciones pretenden aportar recomendaciones para buscar el mejor proceder ante el final de la vida de pacientes internados durante esta pandemia.

La pandemia requiere acciones justas y solidarias que contemplen la equidad distributiva. El principio de proporcionalidad justifica el aislamiento y medidas especiales para evitar o disminuir contagios. El paradigma del cuidado centrado en la persona se reemplaza por el cuidado centrado en la comunidad. Todas las personas tienen derecho a recibir asistencia adecuada ajustadas a guías de asignación de recursos públicos, conocidas y aceptadas por todos los actores. La intensidad de la asistencia se determinará según criterios objetivos y expectativas de resolución del proceso con buena calidad de vida y funcionalidad" (Instituto Pallium Latinoamérica et al, 2020).

1- El ingreso institucional de todo paciente (en situación de COVID-19 o sin ella) debe sumar a los datos básicos de la historia clínica, la consulta acerca de deseo y voluntad respecto de las decisiones médicas

por adoptar ante el fin de la vida. Ofrecer al paciente la posibilidad de declarar la voluntad de manera anticipada. Si no está en condiciones de expresarse, acudir al familiar, referente afectivo o representante y registrar las acciones en la historia clínica.

2- Prever e implementar comunicación cotidiana, honesta y transparente entre la institución y el entorno afectivo. Programar los encuentros. Utilizar lenguaje claro y advertir de la posibilidad de situaciones adversas y/o complicaciones. Esto facilita las decisiones compartidas.

3- Permitir acompañamiento presencial (familiar, referente afectivo, asistente voluntario) a los pacientes que no puedan valerse por sí mismos, menores de edad, embarazadas y parturientas, afectados por discapacidades psíquicas, muy ancianos o en situación de agonía y previsible muerte inminente.

4- Ante evolución desfavorable, aún de internados en UTI, considerar visita excepcional de acompañante. Eventualmente, ofrecer despedida virtual mediante tableta o teléfono.

5- Condiciones del acompañante: 18-70 años, buena salud, no embarazada, emocionalmente estable, no perteneciente a grupo de riesgo (enfermedades respiratorias crónicas, cardíacas, neoplasias, inmunodeficiencia, DBT, insuficiencia renal crónica, obesidad mórbida).

6- Ofrecer al acompañante entrevista con personal de salud mental y práctica para el uso de elementos de protección personal (EPP). Informar que debe guardar la distancia correspondiente con el paciente, permanecer en la habitación, no circular por las áreas comunes de la institución y al egresar,

cumplir la cuarentena de 15 días correspondiente a contacto estrecho.

7- Ante el fallecimiento efectuar comunicación telefónica con la familia.

8- Garantizar el acceso a las medidas de pro-

necesidades de cuidados paliativos y pacientes con cronicidad avanzada <https://www.rionegro.gov.ar/download/archivos/00013166.pdf>

• OMS, Organización Mundial de la Salud (2018a). Cuidados Paliativos. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

• OMS, Organización Mundial de la Salud (2018b). Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274565/9789241514460-eng.pdf>

• OMS, Organización Mundial de la Salud (2020a). "COVID-19 Response". Asamblea Mundial de la Salud, A73/CONF.1/Rev.1/Agenda item 31. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331824/1/WHO-WHA73.A73_CONF1Rev1-en.pdf

