



UNIVERSITAT
JAUME I

Tesis doctoral

La higiene corporal en el paciente crítico cardiológico

AUTORA:

Silvia Pérez Ortega

DIRECTORA:

Adelaida Zabalegui Yárnoz

Enero 2024





**UNIVERSITAT
JAUME·I**

Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

La higiene corporal en el paciente crítico cardiológico

Memoria presentada por Silvia Pérez Ortega para optar al grado de

Doctor por la Universitat Jaume I

Doctoranda

Silvia Pérez Ortega

Directora de Tesis

Dra. Adelaida Zabalegui Yárnoz

Castelló de la Plana, Enero de 2024



Se puede reutilizar el contenido de la tesis indicando expresamente quien es el autor/a. También se pueden crear otras obras a partir de esta, siempre con la misma licencia que la de esta tesis.

No se ha recibido ningún tipo de financiación, ni pública ni privada para la realización de esta tesis.

Tesis por compendio de publicaciones científicas

1. Pérez-Ortega S, Hernanz A, Navarro M, Seral T, Hervás V, Fontanet E, Casal J, Vidorreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? *AgInf.* 2017;21(82):55-60.
Indexada: Cuidatge, Cuiden, Cinahl, Dialnet.
2. Pérez-Ortega S, Hervás V, Vidorreta S, Fontanet E, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, Zabalegui A. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. *Enferm Cardiol.* 2021;84:12-9.
Indexada: Cuidatge, Cuiden, Cinahl, Dialnet, latindex, índice-csic, enfispo
3. Pérez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos: estudio prospectivo descriptivo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e4031. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4031>
Índice JCR- 1,8 (Q3), SCIMAGO SJR - **0,43**
4. Pérez-Ortega S, Parellada M, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos. *Enferm Intensiva*
Aceptado para publicación 15 diciembre de 2023.
Índice JCR- 1,3 (Q3), SCIMAGO SJR - **0,233**

“Esta tesis dispone de la aceptación de los coautores de las publicaciones que el doctorando/a presenta como tesis y su renuncia expresa a presentarlas como parte de otra tesis doctoral”

A Valèria, con todo mi amor.

Siempre orgullosa de ti.

Agradecimientos

A mi Directora de Tesis, la Dra. Zabalegui
por todo lo que he aprendido de ella, por
toda su paciencia y ánimo constante
hasta el final.

A mi jefa Dra. Montserrat Venturas por su
ánimo incondicional, por facilitarme el
trabajo y creer siempre en mí.

A todas las amigas que me han
acompañado durante toda esta andadura,
por creer siempre en mí, y muy
especialmente a Marta y Elena por toda
su colaboración que agradezco infinito.

A mi familia, mis padres Fina y Manel, por
la educación que me dieron y me ha
permitido llegar hasta aquí.

A mi hermano Carlos y su mujer Gina, a
mis queridísimas sobrinas Valentina y
Arlet por todo su amor y apoyo
incondicional.

Y como no, al motor de mi vida, mi
amada hija Valèria, por entenderme y
quererme, por toda su paciencia, y por
tantas horas robadas que tengo
pendiente devolverle.

Índice

Presentación	14
Abreviaturas	16
Resumen	18
Abstract	23
Resum	27
Lista de tablas	32
Lista de anexos.....	33
Capítulo I. Introducción.....	35
1. Las enfermedades cardiovasculares y sus unidades de cuidados intensivos	36
2. Cuidados básicos del paciente en las unidades de cuidados intensivos	39
3. Concepto de higiene	42
4. La higiene corporal y el paciente crítico cardiovascular	46
Capítulo II. Marco teórico	49
5. La seguridad del paciente.....	50
6. Atención integral centrada en la persona.....	53
Capítulo III. Hipótesis.....	58
Capítulo IV. Objetivos	61
1. Objetivo general	62
2. Objetivos específicos.....	62
Capítulo V. Publicaciones científicas.....	64
Artículo 1	65
Artículo 2	73
Artículo 3	83
Artículo 4	95
Capítulo VI. Discusión	123
Capítulo VII. Limitaciones	133
Capítulo VIII. Conclusiones.....	137
Capítulo IX. Recomendaciones para la práctica	141
Capítulo X. Futuras investigaciones.....	145

Capítulo XI. Referencias.....	148
Capítulo XII. Anexos.....	165
Anexo 1. Autorizaciones coautores para el uso de publicaciones como parte de la presente tesis doctoral	166
Anexo 2. Autorización comité ética investigación clínica. Estudio: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria.	179
Anexo 3. Hoja recogida de datos: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria.....	182
Anexo 4. Consentimiento informado: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria	185
Anexo 5. Protocolo normalizado de trabajo. Higiene corporal en el paciente dependiente	187
Anexo 6. Autorización comité ética del medicamento. Estudio: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos	203
Anexo 7. Cuestionario recogida de datos: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos.....	207
Anexo 8. Consentimiento informado: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos.....	209

Presentación

Esta tesis es el resultado del estudio de una de las necesidades más básicas que presentan los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos, como es la higiene corporal y mantenerse limpio y cómodo.

La tesis se presenta por compendio de publicaciones tal y como dispone la Normativa reguladora de la Universidad Jaume I de Castellón (RD 99/2011)

Las enfermeras debemos investigar sobre las actividades que realizamos en nuestra práctica asistencial, buscando evidencia, que permita ayudar en la toma de decisiones sobre la mejor manera y el mejor momento de realizar las actividades e intervenciones necesarias, para ofrecer unos cuidados de calidad a los pacientes, proporcionando la ayuda necesaria mientras estos sean dependientes.

Este estudio pretende poner en valor la higiene en el paciente crítico, una actividad que cobró importancia con Florence Nightingale, por su importancia en la prevención de infecciones y el efecto sobre el bienestar de los pacientes. Sin embargo, los avances tecnológicos y la elevada intensidad de curas que tienen las enfermeras en las unidades de cuidados críticos, puede convertir la higiene en una actividad rutinaria, y no dar el valor que merece por los riesgos que puede conllevar, además de perder una oportunidad muy valiosa para valorar globalmente al paciente, a la vez que fomentamos su confianza y bienestar.

Abreviaturas

AEEC: Asociación Española de Enfermería en Cardiología

ESC: European Society of Cardiology

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

IRAS: Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria

PCR: Paro Cardiorrespiratorio

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

SCA: Síndrome Coronario Agudo

SEMICYUC: Sociedad Española Medicina Intensiva Crítica Y Unidades Coronarias

TAVI: Implante Válvula Aórtica Transcatéter

TCAE: Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería

UCCA: Unidad Cuidados Cardiacos Agudos

UCI: Unidad Cuidados Intensivos

UCIC: Unidad Cuidados Intensivos Cardiológicos

UCICCV: Unidad Cuidados Intensivos Cirugía Cardiovascular

Resumen

Introducción: Las unidades de cuidados cardiológicos agudos han evolucionado a lo largo de los años a unidades de alta complejidad, en la que se tratan pacientes críticos con diferentes patologías cardíacas, y que, a menudo, son portadores de distintos dispositivos de asistencia respiratoria, circulatoria o renal. La complejidad de estos pacientes precisa unas enfermeras competentes que les permita proporcionar una atención integral centrada en el paciente para obtener unos buenos resultados en salud. La higiene del paciente crítico es una actividad que realiza el equipo de enfermería diariamente y tiene como objetivo disminuir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, mantener al paciente limpio y confortable, además de proporcionar valiosa información a la enfermera sobre el estado global del paciente. Para favorecer la sensación de bienestar y que el paciente pueda sentirse cómodo, es necesario realizar la higiene de manera segura y manteniendo la dignidad de los pacientes. En el paciente crítico cardiológico, debido a su patología basal y al riesgo potencial de inestabilidad cardíaca o arritmias, la realización de la higiene podría inducir aún más en un empeoramiento de su estado clínico, sin embargo, la bibliografía existente es escasa. Por este motivo, no debe infravalorarse ni menospreciarse, ya que además de influir directamente en la calidad de los cuidados percibidos, influye también en los resultados de salud del paciente crítico vulnerable. Explorar la percepción del paciente durante la ejecución de estos cuidados tan sensibles y necesarios, nos permite conocer sus preferencias y establecer mayores vínculos tanto con el

paciente como con la familia, ofreciendo unos cuidados centrados en la persona basados en la seguridad y calidad asistencial.

Objetivos: Con el fin de conocer ampliamente la repercusión de la realización de la higiene en el paciente crítico cardiológico, este estudio presenta una evaluación de la afectación hemodinámica durante la higiene, a la vez que se explora el estado emocional del paciente en relación a la higiene, en función de si había tenido experiencias previas o no, y en función del sexo biológico y la perspectiva de género.

Metodología: La investigación se desarrolló en dos fases. En una primera fase se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo para determinar la afectación hemodinámica del paciente crítico cardiovascular durante la higiene corporal diaria. Durante 6 meses se recogieron los datos de 242 higienes realizadas de manera consecutiva en un muestreo de conveniencia (114 en la unidad cuidados cardiológicos agudos (UCCA) y 128 en la unidad cuidados intensivos de cirugía cardiaca (UCICCV)). Se recogieron variables demográficas, diagnóstico y condición clínica en el momento de admisión. Las variables clínicas, la medicación, los eventos adversos y las maniobras correctivas se recogieron de manera basal, durante la higiene (valor más extremo) y a los 30-60 minutos de la higiene. En la segunda fase de la investigación se analizó la respuesta emocional del paciente crítico cardiológico consciente durante la higiene corporal. Se trata de un estudio observacional, transversal y prospectivo realizado en una UCCA. Se incluyeron 148 pacientes consecutivos mayores de edad, conscientes y orientados, a los que se realizó un cuestionario ad hoc de 30 ítems basado en la higiene del primer día. Se

formularon preguntas sobre los sentimientos durante la higiene y aspectos positivos y negativos de la experiencia. Se comparó a los pacientes en función de si tenían experiencias previas en la higiene como pacientes hospitalizados o eran de novo. También se preguntó sobre preferencias del sexo de los profesionales que les realizan la higiene y si querían que un familiar participase de este cuidado. Se realizó un análisis en función de sexo biológico de los participantes y se exploró las diferencias de género. La investigación obtuvo la aprobación del comité de ética del Hospital Clínic Barcelona (Ref.: HCB/2015/0002 y HCB/2021/0552). Se proporcionó a los participantes información por escrito y todos ellos firmaron el consentimiento informado.

Resultados: En la primera fase, los datos mostraron que el evento adverso más frecuente durante la higiene fue la elevación de la tensión arterial en un 22,3% de pacientes. Después de 30-60 minutos sólo el 2,5% de los pacientes habían persistido hipertensos. Resultó significativo que los pacientes con ventilación mecánica asistida presentaron más frecuentemente hipertensión durante la higiene. La taquipnea y la hipertensión se observó más en aquellos pacientes sin pautas fijas de analgesia ($p < 0,001$), que fueron pacientes cardiológicos de la UCCA. No se registró ningún evento mayor en la muestra, y ningún paciente presentó retirada accidental de ningún catéter, drenaje, sonda o dispositivo invasivo. En la segunda fase de la investigación, se obtuvo que el 46% de pacientes refirió conformismo al realizar la higiene y un 27% sintió vergüenza. El 86,3% agradeció que le hablaran durante la higiene. Los pacientes a los que nunca habían realizado la higiene, eran más jóvenes y solteros y mostraron significativamente más vergüenza e invasión de su intimidad. El 32% expresó que le gustaría que un familiar colaborase en la

higiene. Las mujeres tuvieron sensación de limpieza en un 89,1% frente al 56,1% de los hombres ($p<0,05$). A los hombres se ofreció que se lavaran sus propios genitales en un 72,9% frente al 35,7% de las mujeres ($p<0,05$). El 32,4% de los pacientes preferirían que un familiar colaborara en su higiene corporal; los hombres en un 62,9% optaron por su esposa; en cambio las mujeres en un 84,6% optaron por su hija.

Conclusiones: La hipertensión arterial fue el evento adverso más frecuente durante la higiene del paciente, especialmente en pacientes con ventilación mecánica invasiva bajo modalidad asistida. La higiene en el paciente crítico indujo algunas molestias al paciente y podría reflejar la necesidad de protocolos analgésicos específicos durante la técnica. A pesar de obtener un bajo porcentaje de eventos adversos, y que estos no causaron gravedad en los pacientes, se debe individualizar en cada caso, y la enfermera debe decidir si es seguro para el paciente realizar la higiene o si debe posponerse. Los pacientes no sintieron que se invadiera su intimidad cuando se les higienizaba, la mayoría refirió conformismo, aceptó la realización de la técnica, apreciando la comunicación con el personal de enfermería durante estos cuidados. Los pacientes a quienes no les habían realizado la higiene en la cama previamente fueron más jóvenes, sintieron mayor vergüenza y les molestaron más las interrupciones. Las mujeres percibieron mejor la realización de la higiene en la cama y agradecieron más la sensación de limpieza. La mujer enfermera es identificada como cuidadora y los pacientes (hombres y mujeres) las prefieren para realizar la higiene frente al hombre.

Implicaciones para la práctica: La realización de la higiene corporal en UCI es un cuidado básico que debe estar incorporado en los planes educativos de los estudiantes de enfermería, reforzando los beneficios y riesgos que conlleva. Las instituciones deben tener protocolos de trabajo actualizados y los profesionales deben estar formados, capacitados y realizar la higiene al paciente en función de sus preferencias siempre que sea posible.

Abstract

Introduction: Over the years, acute cardiac care units have evolved into highly complex units treating critical patients with various cardiac pathologies, often with multiple respiratory, circulatory, or renal assist devices. The complexity of these patients requires a competent nursing staff to provide a comprehensive, patient-centered care to ensure a good health outcome. Hygiene of the critically ill patient is a daily activity performed by the nursing team. It aims to reduce healthcare-associated infections, keep the patient clean and comfortable, and provide the nurse with valuable information about the patient's overall condition. In order to promote patient comfort and well-being, safe hygiene practices and patient dignity are essential. In critically ill cardiac patients, due to their baseline pathology and the potential risk of cardiac instability or arrhythmias, the performance of hygiene could further worsen their clinical condition; however, the existing literature is limited. Therefore, it should not be underestimated or undervalued, as it not only directly influences perceived quality of care, but also health outcomes of the vulnerable critically ill patient. By understanding how patients perceive this sensitive and necessary care, we can learn about their preferences, build stronger relationships with them and their families, and provide person-centered care based on safety and quality of care.

Objectives: In order to gain a broad understanding of the effects of daily body hygiene in the critically ill cardiac patient, this study presents an evaluation of hemodynamic involvement during hygiene, while examining the patient's emotional

state in relation to hygiene, according to whether or not he/she has been previously exposed, and according to biological sex and gender perspective.

Methods: The study took place in two phases. In the first phase, the hemodynamic effects of daily body hygiene in critically ill cardiovascular patients were investigated in an observational, longitudinal, prospective study. Over a 6-month period, data were collected from 242 consecutive hygiene procedures performed in a convenience sample (114 in the acute cardiac care unit (UCCA) and 128 in the cardiac surgery intensive care unit (UCICCV)). Demographic variables, diagnosis, and clinical condition on admission were collected. Clinical variables, drugs, adverse events, and corrective actions were collected at baseline, during hygiene (most extreme values), and 30-60 minutes after hygiene. In the second phase of the study, the emotional response of conscious critical care cardiac patients during body hygiene was analyzed. The study was conducted in an UCCA as an observational, cross-sectional, prospective study. A 30-item ad hoc questionnaire based on first-day hygiene was administered to a total of 148 consecutive conscious and oriented adult patients. Questions regarding hygiene sensations and positive and negative aspects were asked. Patients were compared based on previous hygiene experience as a hospitalized patient or de novo. They were also asked about gender preferences for hygiene professionals and whether they wanted a family member involved in this care. The data were analyzed according to biological sex and gender differences were examined. The study was approved (Ref. HCB/2015/0002 and HCB/2021/0552) by the Ethics Committee of the Hospital Clínic Barcelona. Written information was provided to the participants and an informed consent form was signed by all of them.

Results: In the first phase, the data showed that the most common adverse event during hygiene was an increase in blood pressure in 22.3% of the patients. After 30-60 minutes, only 2.5% of patients remained hypertensive. It was significant that patients on mechanical ventilation had a higher incidence of hypertension during hygiene. Tachypnea and hypertension were more frequently observed in patients without fixed analgesia prescription ($p < 0.001$), who were UCCA cardiology patients. No major event was recorded in the sample and no patient presented with accidental removal of a catheter, drain, tube or invasive device. In the second phase of the study, 46% of patients reported compliance and 27% reported embarrassment during the performance of hygiene. Overall, 86.3% appreciated being talked to during hygiene. Patients who had never performed hygiene were younger and single and reported significantly more embarrassment and invasion of privacy. Thirty-two percent of the patients expressed that they would like to have a family member to help them with their hygiene. Women had an overall sense of cleanliness at 89.1% compared to 56.1% of men ($p < 0.05$). Men were offered the opportunity to wash their own genitals in 72.9% of cases compared to 35.7% of women ($p < 0.05$). 32.4% of the patients would prefer to have a member of their family to help them with their personal hygiene. In 62.9% of men, their wives were chosen, in contrast to 84.6% of women who chose their daughters.

Conclusions: Arterial hypertension was the most frequent adverse event during patient hygiene, especially in patients undergoing invasive mechanical ventilation under assisted modality. The hygiene in the critically ill patient induced a certain degree of discomfort to the patient and could reflect the need for specific analgesic protocols during the technique. Although the percentage of adverse events was low

and not severe, it should be individualized in each case and the nurse should decide if it is safe for the patient to perform the hygiene or if it should be delayed. Patients did not feel that their intimacy was affected when they were having their hygiene done by nursing staff. Most of them reported procedure acceptance, and appreciated the communication with the nursing staff during this care. Patients who had no prior experience with bed hygiene were younger, felt more embarrassed, and were more bothered by interruptions. Women tolerated bed hygiene better and were more appreciative of the feeling of cleanliness. Female nurses are identified as caregivers, and patients (men and women) have a preference for them over men for the performance of their hygiene.

Implications for practice: Performing body hygiene in the ICU is a basic care that should be included in the educational plans of nursing students, and the benefits and risks associated with it should be emphasized. Institutions should have updated work protocols, and staff should be educated and trained to perform patient hygiene according to their preferences whenever possible.

Resum

Introducció: Les unitats de cures cardiològiques agudes han evolucionat al llarg dels anys a unitats d'alta complexitat, en les quals es tracten pacients crítics amb diferents patologies cardíques, i que, sovint, són portadors de dispositius d'assistència respiratòria, circulatòria o renal. La complexitat d'aquests pacients precisa unes infermeres competents que els permeti proporcionar una atenció integral centrada en el pacient per obtenir uns bons resultats en salut. La higiene del pacient crític és una activitat que realitza l'equip d'infermeria diàriament i té com a objectiu disminuir les infeccions relacionades amb l'assistència sanitària, mantenir el pacient net i confortable, a més de proporcionar una valuosa informació a la infermera de l'estat global del pacient. Per afavorir la sensació de benestar i que el pacient pugui sentir-se còmode, cal realitzar la higiene de manera segura i mantenint la dignitat dels pacients. En el pacient crític cardiològic, a causa de la seva patologia basal i al risc potencial d'instabilitat cardíaca o arrítmies, la realització de la higiene podria induir encara més en un empitjorament del seu estat clínic, però, la bibliografia existent és escassa. Per aquest motiu, no s'ha d'infravalorar ni menystenir, ja que a més d'influir directament en la qualitat de les cures percebudes, influeix també en els resultats de salut del pacient crític vulnerable. Explorar la percepció del pacient durant l'execució d'aquestes cures tan sensibles i necessàries, ens permet conèixer les seves preferències i establir majors vincles tant amb el pacient com amb la família, oferint unes cures centrades en la persona basades en la seguretat i la qualitat assistencial.

Objectius: Per tal de conèixer àmpliament la repercussió de la realització de la higiene en el pacient crític cardiològic, aquest estudi presenta una avaluació de l'afectació hemodinàmica durant la higiene, alhora que s'explora l'estat emocional del pacient en relació a la higiene, en funció de si havia tingut experiències prèvies o no, i en funció del sexe biològic i la perspectiva de gènere.

Metodologia: La investigació es va desenvolupar en dues fases. En una primera fase es va realitzar un estudi observacional, longitudinal i prospectiu per determinar l'afectació hemodinàmica del pacient crític cardiovascular durant la higiene corporal diària. Durant 6 mesos es van recollir les dades de 242 higiènes realitzades de manera consecutiva en un mostreig de conveniència (114 en la unitat cures cardiològiques agudes (UCCA) i 128 en la unitat cures intensives de cirurgia cardíaca (UCICCV)). Es van recollir variables demogràfiques, diagnòstic i condició clínica en el moment de l'admissió. Les variables clíniques, la medicació, els esdeveniments adversos i les maniobres correctives es van recollir de manera basal, durant la higiene (valor més extrem) i als 30-60 minuts de la higiene. En la segona fase de la investigació es va analitzar la resposta emocional del pacient crític cardiològic conscient durant la higiene corporal. Es tracta d'un estudi observacional, transversal i prospectiu realitzat en una UCCA. Es van incloure 148 pacients consecutius majors d'edat, conscients i orientats, als quals es va realitzar un qüestionari ad hoc de 30 ítems basat en la higiene del primer dia. Es van formular preguntes sobre els sentiments durant la higiene i aspectes positius i negatius de l'experiència. Es va comparar els pacients en funció de si tenien experiències prèvies en la higiene com a pacients hospitalitzats o eren de novo. També es va preguntar sobre preferències del sexe dels professionals que els

realitzen la higiene i si volien que un familiar participés d'aquesta tasca. Es va realitzar una anàlisi en funció de sexe biològic dels participants i es van explorar les diferències de gènere. La investigació va obtenir l'aprovació del comitè d'ètica de l'Hospital Clínic Barcelona (Ref.: HCB/2015/0002 i HCB/2021/0552). Es va proporcionar als participants informació per escrit i tots ells van signar el consentiment informat.

Resultats: En la primera fase, les dades van mostrar que l'esdeveniment advers més freqüent durant la higiene va ser l'elevació de la tensió arterial en un 22,3% de pacients. Després de 30-60 minuts només el 2,5% dels pacients havien persistit hipertensos. Va resultar significatiu que els pacients amb ventilació mecànica assistida van presentar més freqüentment hipertensió durant la higiene. La taquipnea i la hipertensió es va observar més en aquells pacients sense pautes fixes d'analgèsia ($p < 0,001$), que van ser pacients cardiològics de la UCCA. No es va registrar cap esdeveniment major en la mostra d'estudi, i cap pacient va presentar retirada accidental de catèter, drenatge, sonda o dispositiu invasiu. En la segona fase de la investigació, es va obtenir que el 46% dels pacients va referir conformisme en realitzar la higiene i un 27% va sentir vergonya. El 86,3% va agrair que li parlessin durant la higiene. Els pacients als quals mai havien realitzat la higiene, eren més joves i solters i van mostrar significativament més vergonya i invasió de la seva intimitat. El 32% va expressar que li agradaria que un familiar col·laborés en la higiene. Les dones van tenir sensació de neteja en un 89,1% davant el 56,1% dels homes ($p < 0,05$). Als homes es va oferir que es rentaren els seus genitals en un 72,9% enfront del 35,7% de dones ($p < 0,05$). El 32,4% dels pacients preferirien que un familiar col·laborés en la seva higiene corporal. Els

homes en un 62,9% van optar per la seva esposa; en canvi, les dones en un 84,6% van optar per la seva filla.

Conclusions: La hipertensió arterial va ser l'esdeveniment advers més freqüent durant la higiene del pacient, especialment en pacients amb ventilació mecànica invasiva sota modalitat assistida. La higiene en el pacient crític va induir algunes molèsties al pacient i podria reflectir la necessitat de protocols analgèsics específics durant la tècnica. Tot i obtenir un baix percentatge d'esdeveniments adversos, i que aquests no van causar gravetat en els pacients, s'ha d'individualitzar en cada cas, i la infermera ha de decidir si és segur per al pacient realitzar la higiene o si s'ha de posposar. Els pacients no van sentir que s'envaís la seva intimitat quan se'ls higienitzava, la majoria va referir conformisme, va acceptar la realització de la tècnica, apreciava la comunicació amb el personal d'infermeria durant aquestes tasques. Els pacients a qui no els havien realitzat la higiene al llit prèviament van ser més joves, van sentir més vergonya i els van molestar més les interrupcions. Les dones van percebre millor la realització de la higiene al llit i van agrair més la sensació de neteja. La dona infermera és identificada com a cuidadora i els pacients (homes i dones) les prefereixen per realitzar la higiene davant l'home.

Implicacions per a la pràctica: La realització de la higiene corporal a la UCI és una cura bàsica que ha d'estar incorporada en els plans educatius dels estudiants d'infermeria, reforçant els beneficis i riscos que comporta. Les institucions han de tenir protocols de treball actualitzats i els professionals han d'estar formats, capacitats i realitzar la higiene al pacient en funció de les seves preferències sempre que sigui possible.

Lista de tablas

Tabla 1. Cuidados básicos enfermeros en la UCI.

Lista de anexos

Anexo 1. Autorizaciones coautores para el uso de publicaciones como parte de la presente tesis doctoral.

Anexo 2. Autorización comité ética investigación clínica. Estudio: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria.

Anexo 3. Hoja recogida de datos: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria.

Anexo 4. Consentimiento informado: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria.

Anexo 5. Protocolo normalizado de trabajo. Higiene corporal en el paciente dependiente. Hospital Clínic Barcelona.

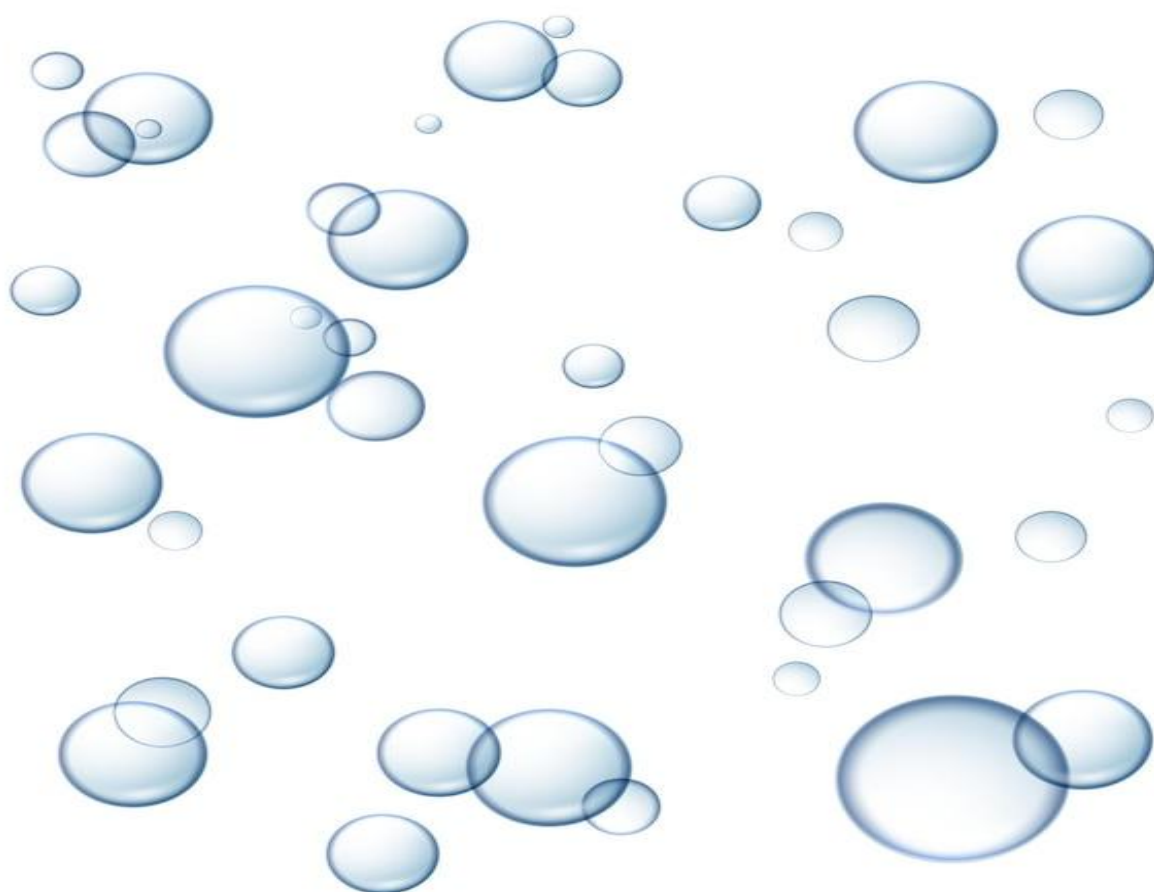
Anexo 6. Autorización comité ética del medicamento. Estudio: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos.

Anexo 7. Cuestionario recogida de datos: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos.

Anexo 8. Consentimiento informado: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos.

Capítulo I.

Introducción



Capítulo I. Introducción

1. Las enfermedades cardiovasculares y sus unidades de cuidados intensivos

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (1), la cardiopatía isquémica es la primera causa de mortalidad a nivel mundial, aumentando cada año desde el 2000 y siendo la responsable del 16% de todas las defunciones.

En Europa, las enfermedades cardiovasculares también siguen siendo la primera causa de muerte, aunque gracias a los avances tecnológicos, farmacológicos y terapéuticos la esperanza de vida ha crecido hasta 80,1 años en 2022, siendo para las mujeres de 83,4 años y 78 años para los hombres (2).

En España, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon la primera causa de muerte en 2022 con el 26% del total de defunciones (3). Sin embargo, la esperanza de vida continúa en aumento, mejorando la media europea y alcanzando en 2022 los 83,2 años. Esto se debe, en parte, a que los avances médicos en las enfermedades cardiovasculares han permitido que algunas patologías que hace años no se podían tratar por el elevado riesgo vital, ahora resulten tratables incluso para los pacientes de edad más avanzada.

Es el caso por ejemplo, de las técnicas de tratamiento estructural del corazón, que se pueden hoy en día abordar de manera percutánea en pacientes octogenarios, con menor porcentaje de complicaciones que otras técnicas más invasivas como la cirugía cardíaca mediante esternotomía y circulación extracorpórea (4–6). Uno de

los procedimientos más comunes actualmente, es el tratamiento de la estenosis aórtica, causada generalmente por la degeneración con la edad, y que provoca que los pacientes sintomáticos requieran de tratamiento para mejorar la estenosis y paliar los síntomas. El implante de válvula aórtica transcatóter (TAVI), surgió como alternativa terapéutica para pacientes añosos con un elevado riesgo quirúrgico si fueran sometidos a cirugía cardíaca. Diversos estudios han demostrado que la TAVI puede ser una alternativa adecuada a estos pacientes, que aun con mayor edad y más comorbilidades, no vieron aumentada su mortalidad (5–7).

Las Unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) o Unidades Cuidados Cardiológicos Agudos (UCCA), se crearon hace más de 50 años, con el nombre de unidades coronarias para atender a aquellos pacientes que habían sufrido un Infarto Agudo de Miocardio (IAM), para control de las arritmias y otras complicaciones inmediatas (8). El cuidado en estas unidades, se basaba principalmente en la vigilancia de la monitorización continua, y el control de las complicaciones derivadas del IAM. Actualmente, la UCCA son unidades de elevada intensidad y admiten pacientes mucho más complejos, de edad avanzada y con comorbilidades asociadas (9–12). La tipología de los pacientes también ha cambiado, observándose pacientes más críticos, con patologías diversas como (11,13):

- Síndrome Coronario Agudo (SCA) complicado y no complicado
- Empeoramiento de la insuficiencia cardíaca
- Shock cardiogénico
- Valvulopatía grave. Endocarditis
- Alteraciones de la conducción de alto grado

- Arritmias ventriculares sostenidas
- Embolia pulmonar de riesgo alto e intermedio
- Taponamiento cardíaco
- Disección aórtica
- Paro Cardiorrespiratorio (PCR) intrahospitalario y extrahospitalario
- Complicaciones de procedimientos invasivos y otras complicaciones iatrogénicas, incluida la infección de dispositivos endovasculares.

Las enfermeras que trabajan en estas unidades han visto incrementadas sus competencias para ejercer su trabajo con calidad y seguridad. Las enfermeras, además de monitorizar al paciente, deben evaluar las posibles complicaciones o deterioro clínico y coordinar la comunicación con el equipo multidisciplinar, atendiendo las necesidades de pacientes y familias (11).

Según las recientes guías de práctica clínica de la European Society of Cardiology (ESC), la enfermera debe estar completamente familiarizada y capacitada para el manejo de todos los aspectos del SCA, incluidos: arritmias, insuficiencia cardíaca, soporte circulatorio mecánico, soporte respiratorio y renal, monitorización hemodinámica invasiva y no invasiva (presiones arterial y pulmonar), monitorización respiratoria, ventilación mecánica y manejo controlado de la temperatura tras PCR (13).

Las competencias que debe tener la enfermera que trabaja en la UCCA vienen definidas en el manual de enfermería de cuidados críticos cardiovasculares de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC), y entre ellas figura: “Capacidad de asumir buenas prácticas en términos de seguridad del paciente,

relacionadas con la prevención de la infección y prevención de úlceras por lesión mediante escalas validadas” (14).

2. Cuidados básicos del paciente en las unidades de cuidados intensivos

El paciente crítico es aquel que presenta una patología que pone en riesgo su vida real o potencial, pero que es susceptible de recuperación (15–17). En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la enfermera debe llevar a cabo una serie de cuidados al paciente que garanticen su seguridad, favorezcan su recuperación, y promuevan el confort y el bienestar (18,19).

Las necesidades que presentan los pacientes están descritas desde hace años, en diferentes modelos conceptuales, por ejemplo, según Virginia Henderson las personas tienen 14 necesidades fundamentales (20) o según Marjory Gordon que distingue 11 patrones de salud (21). En la UCI muchos pacientes son total o parcialmente dependientes, lo que genera que la enfermera deba suplir estas necesidades a través de la realización de planes de cuidados individualizados. Las actividades e intervenciones que se recogen en el plan de cuidados van encaminadas a cubrir las necesidades alteradas de los pacientes, que a su vez son los cuidados básicos de enfermería (20,22).

Cuando hablamos de cuidados básicos, nos referimos a aquellos imprescindibles que debemos proporcionar, y que suelen ser comunes a todos los pacientes en la

UCI. En ningún caso, básico se refiere a menos importante u omisible. En la Tabla 1 se describen los cuidados enfermeros básicos en la UCI (23).

Tabla 1. Cuidados básicos enfermeros en la UCI

Monitorización continua	Control de signos vitales según necesidad. Vigilancia de la monitorización electrocardiográfica.
Administración medicamentos prescritos	Preparación y administración de medicamentos prescritos siguiendo los 10 pasos correctos para evitar errores.
Mantenimiento de vía aérea permeable	Aspiración de secreciones y administración de oxigenoterapia/ventilación si es necesario.
Movilización y confort del paciente	Evitar zonas de presión. Higiene corporal diaria y cambio de ropa de cama.
Prevención de infecciones	Control y vigilancia de dispositivos. Higiene de manos. Utilización de equipos de protección individual estándar y para microorganismos multirresistentes.
Apoyo emocional al paciente y familia	Escucha activa. Comunicación efectiva. Educación y promoción de la salud.

El paciente que está en la UCI, sólo por su condición de paciente crítico es vulnerable, con un riesgo muy elevado de presentar lesiones por presión debido a la mala perfusión tisular, oxigenación o nutrición deficiente y a la falta de movilidad (12,24–26). Algunas patologías como la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia cardiaca o la anemia, aumentan el riesgo de que se produzcan estas lesiones (24). También, el uso de dispositivos de soporte a la oxigenación o circulación, así como el tratamiento farmacológico con drogas vasoactivas, se asocia con un mayor riesgo de tener complicaciones derivadas de un sistema inmunológico deprimido, siendo propensos tanto a lesiones por presión, como a infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) (12,27).

Para brindar unos cuidados de calidad, es necesario que la enfermera esté altamente cualificada y posea experiencia en el cuidado del paciente crítico, ya que la experiencia y capacitación de las enfermeras que desempeñan su labor en la UCI es un predictor de los resultados de los pacientes en estas unidades, con influencia directa en la tasa de IRAS y mortalidad (28,29). Un mayor nivel de capacitación de la enfermera puede reducir la mortalidad hasta en un 14% (30). La elevada intensidad de trabajo en un ambiente tan tecnificado, junto con la limitación de tiempo, son aspectos que contribuyen a que otros cuidados más básicos puedan ser descuidados u omitidos (29,31).

Los cuidados omitidos son aquellos que las enfermeras no tienen tiempo de realizar o no tienen los recursos necesarios para llevarlos correctamente a cabo, lo que provoca que deban priorizar unas actividades y omitir otras (32,33). Se han descrito omisiones en actividades que pueden ser potencialmente graves y provocar

resultados negativos en el paciente hospitalizado. Las actividades que más frecuentemente han sido omitidas en la UCI son las relacionadas con las necesidades básicas de los pacientes, como movilización, cuidado de la boca (32), y las que tienen que ver con los cuidados más humanistas, como mantener una comunicación efectiva con los pacientes o consolarlos (29,34).

Eventos adversos como caídas, infecciones, lesiones por presión, reingresos e incluso muerte, también han sido relacionados con la omisión de los cuidados enfermeros (31,34,35).

Enfermeras capacitadas y en ratio suficiente permite mantener la seguridad del paciente y cubrir todas las necesidades de su estancia en UCI, a la vez que disminuyen los eventos adversos y la mortalidad hospitalaria (28,30,36).

3. Concepto de higiene

La definición de higiene, según la Real Academia Española, tiene dos acepciones, por una parte, se define como la parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades; y por otra parte lo define como aseo o limpieza (37). Algo más explícito es el Diccionario de uso del español, obra cumbre de la filóloga y lexicógrafa María Moliner (38), que define la higiene como el conjunto de reglas y de prácticas que tienden a mantener el cuerpo en buen estado físico y a evitar enfermedades. Esta definición se acercaría más al motivo por el que los profesionales sanitarios promovemos la higiene diaria al paciente

hospitalizado, y la realizamos a aquellos pacientes dependientes que carecen de autonomía (39).

En la UCI la mayoría de los pacientes no pueden realizarse la higiene ellos mismos, y son los profesionales de enfermería, generalmente la enfermera y la técnica en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) quienes suplen esta necesidad del paciente (18).

La higiene en la UCI se realiza en base a tres objetivos:

- Eliminar las secreciones y excreciones corporales reduciendo el número de microorganismos patógenos, y por tanto, el riesgo de una posible infección (40–42).
- Favorecer el bienestar del paciente, mejorando su autoimagen, autoestima y confort (39,41,43,44).
- Valorar de manera integral el estado de la piel y mucosas. Es importante mantener la integridad cutánea para evitar la entrada de microorganismos (19,41,43,45).

La higiene en cama se ha descrito como una actividad enfermera rutinaria y no prioritaria del cuidado enfermero (45–47), sin embargo, en el paciente crítico la realización de la higiene puede conllevar alteraciones físicas, relacionadas con la fragilidad de su situación clínica (19), y psicológicas, promovidas por la realización por profesionales de una actividad tan íntima como es la higiene corporal (48,49). En una revisión de Pentecost et al, los pacientes reconocían el impacto de estar limpios y sentirse bien, pero también sentían su integridad amenazada (43).

Las alteraciones fisiológicas que puede presentar el paciente durante la higiene no están ampliamente estudiadas para los diferentes tipos de pacientes críticos. En el estudio PREVENIR, realizado en nueve UCIs de Francia, se observó que en los procedimientos que realiza la enfermera, se producen eventos adversos en un 30% de ellos, y de estos, uno de cada seis se considera grave (50). Los procedimientos observados incluían la higiene en cama, afeitado, cuidado de la boca y ojos, cambio de sábanas, cuidado de tubos y catéteres, cambios posturales, entre otros. Más recientemente, se ha publicado el estudio NURSIE, realizado en 24 UCI médico-quirúrgicas de tres países europeos, donde observaron una incidencia de eventos adversos durante la higiene en uno de cada dos pacientes. Los eventos adversos más frecuentes fueron la desaturación, la hipotensión arterial, la agitación y el dolor, aunque también se observó paro cardiorrespiratorio en un 0,5% de pacientes (18).

La gravedad de algunos eventos adversos durante la higiene u otros procedimientos enfermeros, hace necesario profundizar sobre el tema, explorando nuestro entorno, ajustado a cada patología, para establecer si hay algunos pacientes que se beneficien más que otros, y en cuales es preciso restringir o aplazar algunos cuidados para garantizar su seguridad.

Para realizar la higiene en el paciente crítico con seguridad, la enfermera debe tener en cuenta algunos aspectos clave y precauciones (18,19,45,51,52):

- Antes de empezar la higiene, la enfermera valorará el estado clínico del paciente y aquellos aspectos a tener en cuenta durante la técnica.
- Se debe estimular siempre su independencia, supliendo sólo las funciones en las que el paciente sea totalmente dependiente.

- La higiene completa se debe realizar al menos una vez al día, y siempre que sea necesario.
- En la higiene debe colaborar como mínimo el equipo de enfermería al cargo del paciente (enfermera y TCAE). En los casos donde sea necesario mayor número de colaboradores, se distribuirán de antemano las funciones correspondientes.
- Durante la higiene del paciente encamado, la enfermera se encargará de su correcta movilización y manipulación, prestando especial atención a catéteres, tubos, drenajes, etc. para evitar su posible retirada accidental.
- Durante la higiene se realizará vigilancia continua y atención de las alarmas de monitor, respirador, bombas de perfusión, dispositivos de soporte cardiaco o renal, etc.

La higiene del paciente crítico encamado se ha realizado durante años mediante esponjas con agua y jabón. Hoy en día, se ha evaluado en diferentes estudios cual es la mejor manera de prevenir las IRAS, y parece que se opta por realizar el baño en cama a los pacientes críticos mediante toallitas de clorhexidina, aunque todavía la evidencia publicada no está completamente clara (53–56), a excepción de las bacterias grampositivas, donde se observa mayores beneficios con el uso de la clorhexidina para la prevención de IRAS (57,58).

4. La higiene corporal y el paciente crítico cardiovascular

La mayoría de las personas se realizan su higiene a diario, y para las personas hospitalizadas, se intenta, siempre que sea posible, fomentar su autonomía y autocuidado (39).

Las personas con patología crítica cardiovascular, no siempre están impedidos físicamente, a veces, ni siquiera llevan numerosos dispositivos, por lo que su aspecto físico a priori, podría no asemejar tanta gravedad. Sin embargo, por una parte, hoy en día no se tendría en una UCI a un paciente que no tuviera un riesgo vital elevado, por lo que, este tipo de pacientes tiende a mostrar menor gravedad de la que en realidad tiene. Por otra parte, hay otro tipo de paciente con patología cardiovascular crítica, para los que el fallo cardiaco es tan elevado, que, a pesar de tratamiento farmacológico intenso, la movilización del paciente puede repercutir sobre la distribución de fluidos, variando directamente el gasto cardiaco y favoreciendo la inestabilidad y el riesgo vital del paciente (11,12).

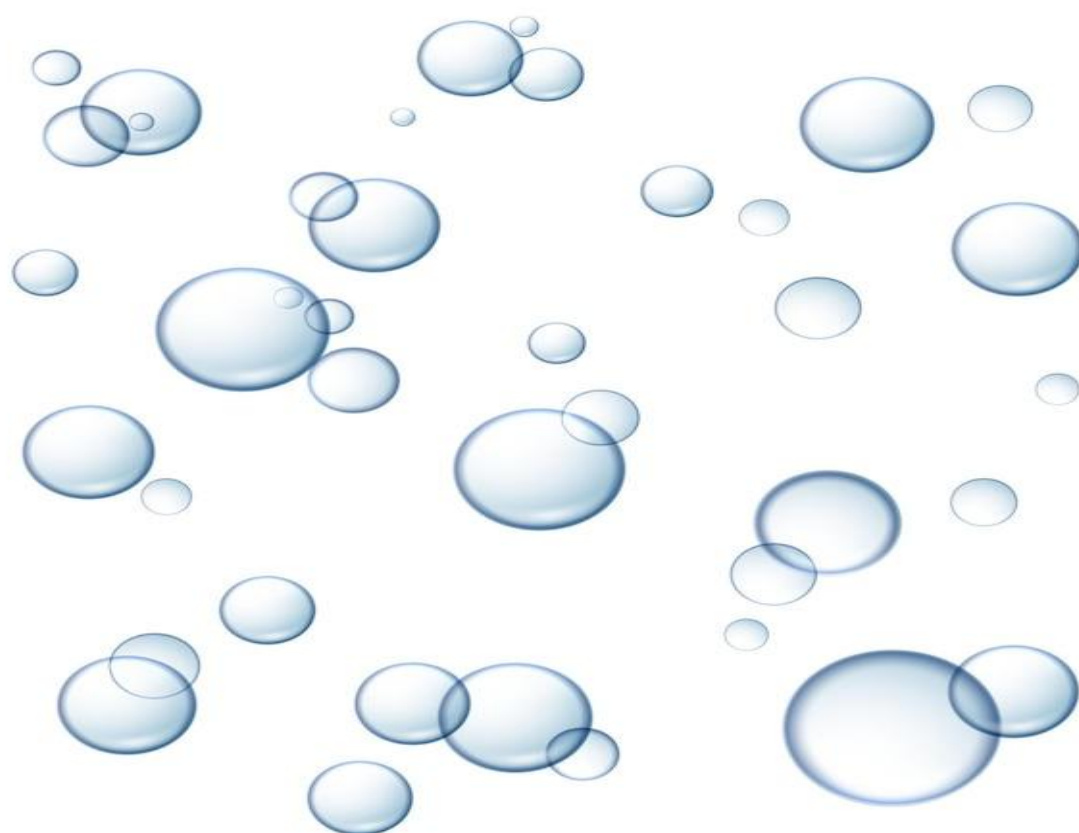
El porcentaje de pacientes con riesgo de arritmias malignas es más elevado en estas unidades, y puede ser el causante de una muerte repentina. Aquí reside parte de la importancia que la higiene sea realizada siempre por personal experimentado, y al menos una enfermera (11,15).

Los pacientes de la UCCA que son portadores de dispositivos invasivos de soporte circulatorio respiratorio o renal (10,59) son frágiles, vulnerables y más propensos a IRAS. En estos pacientes, esta entidad además de aumentar la estancia en UCI

puede conllevar complicaciones médicas asociadas, discapacidad temporal o permanente, o incluso, conducir al paciente a la muerte (53,57).

En definitiva, la higiene en el paciente crítico cardiovascular, aunque sea necesaria, podría inducir eventos adversos, bien sea por el riesgo elevado por la patología, o bien, puede verse incrementado por la técnica. Por lo tanto, en la presente tesis doctoral se estudia qué riesgos y beneficios supone para el paciente crítico cardiovascular la higiene diaria, y si se debe restringir o aplazar en algunos casos.

Capítulo II. Marco teórico



Capítulo II. Marco teórico

La presente tesis doctoral se enmarca en dos aspectos claves en la asistencia sanitaria en la UCI, que son la seguridad del paciente y la atención integral centrada en la persona.

5. La seguridad del paciente

La seguridad del paciente es una dimensión de la calidad asistencial que ha adquirido gran relevancia en los últimos años. Los pacientes y las familias desean sentirse confiados y seguros con los cuidados que reciben. También los gestores y profesionales desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente (60).

La estrategia nacional del Ministerio de Sanidad ha ido encaminada a mejorar la cultura de seguridad y la gestión del riesgo sanitario, a la formación de los profesionales, la implementación de prácticas seguras y la implicación de pacientes (60).

Para garantizar la calidad de los servicios de salud y mejorar la seguridad del paciente, es imprescindible fundamentarse en las recomendaciones basadas en la evidencia de guías de práctica clínica y de su aplicación como intervenciones

prácticas. Sin embargo, no hay consenso sobre la evidencia basada en la práctica, que es lo que generalmente constituyen las actividades hospitalarias rutinarias (61).

Para medir la seguridad del paciente se establecen indicadores de calidad, que permiten cuantificar y evaluar aspectos relevantes de la asistencia. Existen tres tipos de indicadores de calidad, en función de lo que se pretenda analizar: de resultado, de proceso y de estructura (62).

Las instituciones sanitarias promueven la medición de indicadores de calidad para velar y mejorar la seguridad de los pacientes, tales como la identificación correcta de los pacientes, la administración segura de medicamentos, el uso de un check list en áreas quirúrgicas, etc. La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en la última actualización de indicadores de UCI contempla 12 indicadores en cuidados cardiológicos y Reanimación CardioPulmonar (RCP), y 12 indicadores de calidad enfermeros de UCI, entre los que destacan la incidencia de úlceras por presión, la retirada accidental de catéteres vasculares, sin embargo, ninguno especifica concretamente el cuidado básico enfermero en la UCI (62).

Los 12 indicadores de calidad en enfermería que se deberían medir según la SEMICYUC son los siguientes (62):

- Eventos adversos durante el traslado intrahospitalario.
- Listado de verificación en el traslado intrahospitalario.
- Manejo de las alarmas de monitorización.
- Caídas accidentales.

- Errores de medicación en el servicio de medicina intensiva.
- Retirada accidental de catéteres vasculares.
- Revisión del carro de parada cardíaca.
- Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión mediante una escala validada.
- Incidencia de úlceras por presión.
- Prevención de la enfermedad tromboembólica.
- Identificación inequívoca.
- Rondas de seguridad.

Los eventos adversos son frecuentes en la UCI. Se estima que un 18% de pacientes sufrirán un evento adverso grave (52). Se debe promover la cultura de seguridad del paciente con el objetivo de disminuir los riesgos y daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria (63). Algunos aspectos del cuidado enfermero todavía están poco estudiados, y se desconoce el nivel de riesgo entre mantener al paciente limpio e hidratado, previniendo zonas de presión, y evitar aquellas acciones que puedan no ser seguras y empeorar su estado de salud actual (51,63,64).

A pesar de no existir todavía indicadores específicos de algunos aspectos del cuidado enfermero como la higiene, todos los proveedores de cuidados que trabajamos en estas unidades, hemos sido conscientes del riesgo que en ocasiones supone realizar esta tarea. De este modo, es imprescindible darle a la higiene del paciente crítico el valor que posee, tanto su aspecto beneficioso como el riesgo que supone llevarla a cabo, y que este cuidado sea realizado por, como mínimo, una

enfermera cualificada, teniendo en cuenta que no existe un método de higiene que sea totalmente seguro (41).

Promover la seguridad del paciente crítico, realizando unos cuidados basados en la evidencia, y procurando brindar beneficios a los pacientes y prevenir daños, es realizar unos cuidados de calidad con unos principios éticos fundamentales, y resulta una gran motivación en términos de mejora de calidad y seguridad (65,66).

Esta tesis doctoral pretende evaluar como la higiene en la cama afecta físicamente al paciente crítico cardiovascular, para explorar si el procedimiento se realiza con seguridad, y que aspectos son mejorables en términos de seguridad y calidad de los cuidados.

6. Atención integral centrada en la persona

El modelo de sanidad actual no solo busca curar a los pacientes, si no, que es necesario proporcionar un cuidado holístico, integral y centrado en la persona (16,51,67).

La satisfacción del paciente en la UCI ha sido valorada en diversos estudios, y además, es un indicador que se suele monitorizar para mantener los estándares de calidad esperados (68–71).

Uno de los aspectos más deseados por los pacientes en la UCI es el confort, que a su vez, coincide con uno de los elementos que los familiares agradecen que les sean proporcionados a sus allegados (41,72,73).

El concepto de confort se refiere a aquello que produce bienestar en la persona y comodidad. Según la teoría del Confort de Katharina Kolcaba, los cuidados enfermeros se dirigen a las necesidades del confort, y estas pueden aplicarse en cuatro ámbitos, que son: físico, psico-espiritual, social y ambiental (74,75). El contexto físico se define como las sensaciones corporales; el psicoespiritual como la conciencia de uno mismo, la autoestima, la sexualidad y el sentido de la vida; el contexto social como las relaciones interpersonales, familiares y sociales y el contexto ambiental como los elementos artificiales del entorno que incluyen: la luz, el ruido y la temperatura, entre otros.

Esta teoría del confort posee tres afirmaciones:

1. Afirma que, si las intervenciones del confort son eficaces, aumenta el confort de los pacientes, así como de sus familias, y el personal de enfermería también será receptor de este confort (si el ambiente laboral es adecuado).
2. Si el paciente está satisfecho, es decir, tiene confort, ayudará en su proceso de recuperación de la salud.
3. Una mayor implicación en las conductas de búsqueda de salud se traducirá en una asistencia de mayor calidad, que beneficiará a todos, incluida la institución.

El entorno de UCI desconocido afecta negativamente al confort de los pacientes. Se requiere de un cuidado holístico, incluyendo aspectos físicos, psicológicos, espirituales, sociales y ambientales para mejorar el confort y bienestar de estos pacientes vulnerables y dependientes (76). Las enfermeras con un trato centrado en

la persona, tienen el poder de hacer que el paciente se sienta bien, cambiando aquellos factores que puedan influir en su bienestar (77).

La teoría del confort de Kolcaba afirma que, si el paciente considera que las actividades que le realizamos le proporcionan confort, considerará que se le realizan cuidados de calidad (74). Para ello, debemos centrar nuestros cuidados en el paciente y familia, ya que el confort deriva de la interacción entre la enfermera y el paciente (78). Es necesario por tanto medir y evaluar aquellos aspectos que incomodan al paciente, para intentar que alcance el máximo confort.

El confort se ha vinculado al tratamiento de pacientes desde la Edad Media, y fue con Florence Nightingale en 1859 cuando se vinculó el confort al sentimiento de bienestar tras la higiene: “el alivio y el confort que siente el paciente después de que su piel haya sido cuidadosamente lavada y enjuagada” (79).

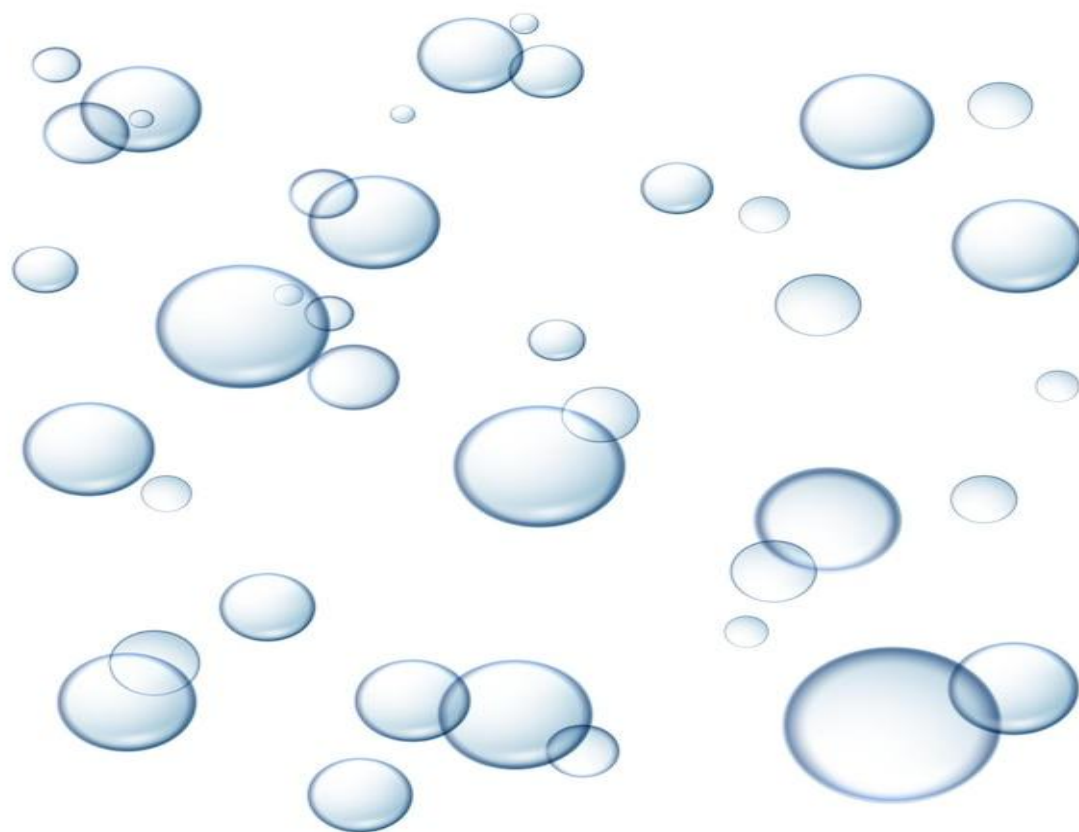
La higiene en la cama es una actividad que se realiza a diario en la UCI y puede provocar sensaciones positivas o negativas en el paciente. Nakatani en su estudio publicado en 2004, concluyó que el paciente refería sensaciones negativas tales como falta de respeto o insensibilidad por parte de los profesionales, aunque, valoraban positivamente la disposición de los profesionales para el cuidado (49). Casi dos décadas después, es necesario conocer qué sensaciones tienen los pacientes críticos cuando se realiza la higiene en la cama, incluso otros aspectos como la comunicación efectiva o las interrupciones durante la higiene, y conocer cómo son valoradas por los pacientes (80).

La higiene del paciente en la UCI conlleva una exposición del cuerpo desnudo, si bien, la enfermera debe solicitar colaboración y consentimiento del paciente, además debe mantener el cuerpo cubierto al máximo, mostrando su respeto. Esto puede generar en el paciente sentimientos de vergüenza, pudor, invasión de intimidad, etc. provocando incomodidad en los pacientes (43,51,63).

Durante la higiene en el paciente crítico, la enfermera tiene la gran oportunidad de valorar al paciente de manera integral, generando confianza, comodidad y bienestar, satisfaciendo sus necesidades emocionales y proporcionando información educativa (45,81).

No existe ningún instrumento validado que evalúe las sensaciones y las preferencias de los pacientes respecto a la higiene en cama (41). En la presente tesis doctoral se explora mediante un cuestionario ad hoc estos aspectos, y, además, si el sexo y el género tienen un papel relevante en esta cuestión tan íntima como es la higiene corporal en la UCI.

Capítulo III. Hipótesis



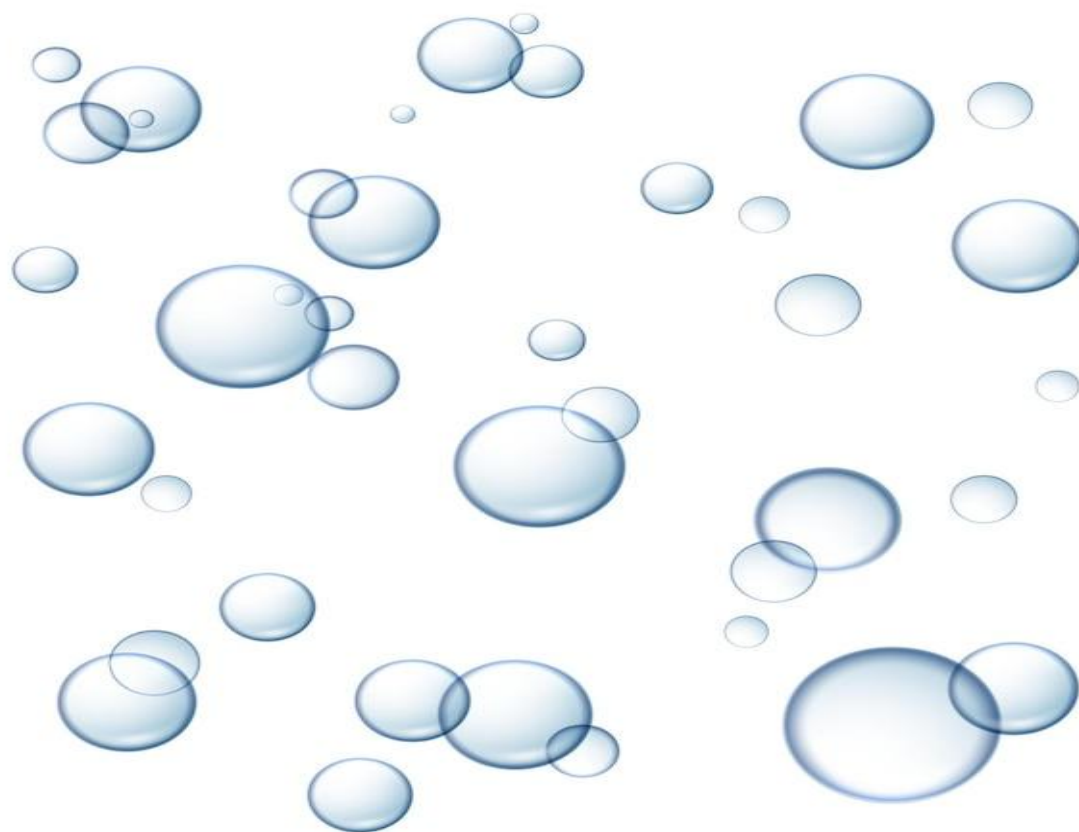
Capítulo III. Hipótesis

La higiene corporal se realiza a diario en las unidades de cuidados intensivos cardiovasculares siguiendo los protocolos establecidos de seguridad para minimizar las complicaciones derivadas del procedimiento.

La enfermera es el profesional al cargo de estos cuidados y tiene autonomía para restringir o aplazar la realización de la higiene en función del estado crítico del paciente.

Los pacientes conscientes valoran positivamente que se les realice la higiene diaria.

Capítulo IV. Objetivos



Capítulo IV. Objetivos

1. Objetivo general

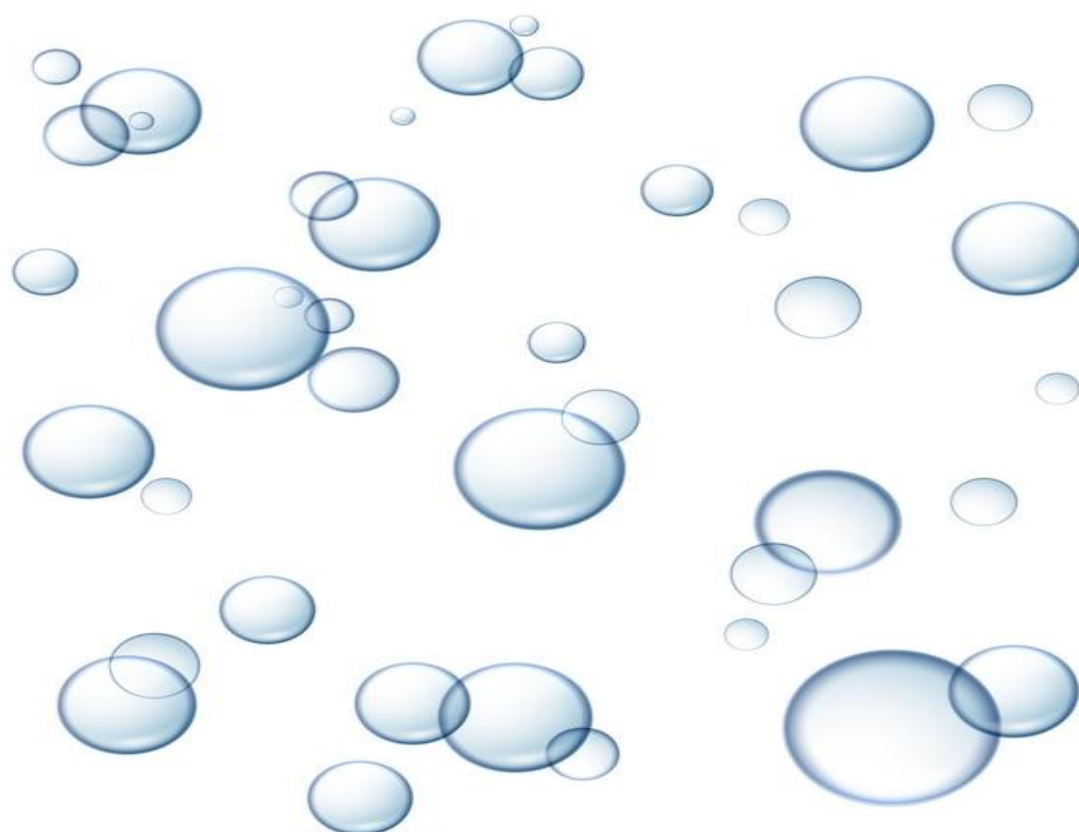
Evaluar el impacto físico-psíquico de la higiene corporal diaria en los pacientes críticos cardiológicos.

2. Objetivos específicos

1. Analizar las alteraciones hemodinámicas y eventos adversos que provoca la higiene diaria en los pacientes críticos cardiovasculares.
2. Evaluar si existen diferencias en las alteraciones hemodinámicas durante la higiene diaria en una unidad de cuidados críticos cardiológicos y en una unidad cuidados críticos postoperatorios cardiacos.
3. Analizar el estado emocional del paciente crítico cardiológico consciente durante la higiene diaria y compararla en función de si tienen experiencias previas.
4. Evaluar la respuesta emocional de la higiene en función del sexo y perspectiva de género en pacientes ingresados en una unidad de críticos cardiovasculares.

Capítulo V.

Publicaciones científicas



Capítulo V. Publicaciones científicas

Artículo 1

Pérez-Ortega S, Hernanz A, Navarro M, Seral T, Hervas V, Fontanet E, Casal J, Vidorreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? AgInf. 2017;21(82):55-60.

Indexada: Cuidatge, Cuiden, Cinahl, Dialnet.

¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario?

In the Coronary Care Unit, have the critical patients hemodynamics changes during the daily bath?

Silvia Pérez Ortega. Alexandre Hernanz del Rio. Maria Navarro Merino. Teresa Seral Espuñez. Vanessa Hervas Duran. Emma Fontanet Ferri. Josefina Casal Rodríguez. Silvia Vidorreta Gracia. Institut Clínic cardiovascular. Hospital Clínic de Barcelona.

✉ sperezortega@hotmail.com

Resumen: En la Unidad Coronaria (UCO), el baño diario del paciente crítico se realiza para cubrir sus necesidades de mantenimiento e higiene de la piel, pero, a pesar de ser una actividad habitual, no está exenta de riesgos. Es necesario realizar estas acciones de manera planificada y llevada a cabo por personal de enfermería suficientemente entrenado. El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar las alteraciones hemodinámicas y los efectos adversos que presentan los pacientes críticos en la UCO durante el baño diario. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo observacional durante los meses de enero y febrero de 2015 en la UCO de un hospital terciario de alta complejidad. Se recogió la presencia de efectos adversos durante el baño y a los 30-60 minutos posteriores, así como la necesidad de medidas correctoras. **Resultados:** De una muestra de 53 pacientes, con una media de edad de 67 ± 14 , el 86,8% fueron hombres. El diagnóstico de ingreso principal fue el Paro Cardiorespiratorio (PCR) con un 60,4%. Eran portadores de ventilación mecánica el 84,91% y de drogas vasoactivas el 56,6%. Como efectos adversos menores, presentaron hipertensión durante el baño el 41,4% y el 7,5% la mantuvo durante 30-60 minutos. En dos pacientes fue necesario aumentar la fracción inspirada de oxígeno en 0,05. **Conclusiones:** El baño diario del paciente crítico es una actividad que realiza enfermería de manera eficaz. El porcentaje de hipertensión durante el baño es mayor de lo esperado, con recuperación a los 30-60 minutos de la tensión arterial basal en la mayoría de los pacientes. No se observaron efectos mayores tales como PCR o Hemorragia. **Palabras clave:** cuidados críticos enfermería, higiene encamado, higiene paciente crítico, hemodinámica en la higiene.

Abstract: The daily bath in critical patients will be to keep skin hygiene but sometimes could have risk. These actions will be realized by professional nurse with experience. The aim was to define the hemodynamics changes and the adverse effects during the daily bath in critically ill patients in Coronary Intensive Care Unit (CICU). **Material and Methods:** An observational prospective study was performed during the months of January and February of 2015 in the CICU of high complexity hospital. We collect the adverse effects during the daily bath and 30-60 minutes later. We also collect if they need some actions to improve the clinical state. **Results:** Fifty-three patients were included. The mean age was 67 ± 14 and the 86,8% were male. The main diagnosis of income was cardiac arrest in 60,4% of patients. The 84,91% had mechanical ventilation and the 56,6% had vasoactive drugs. As a minor adverse effects, the 41,4% had hypertension during the bath, and the 7,5% kept in about 30-60 minutes later. Two patients needed to increase the fraction of inspired oxygen in 0,05%. **Conclusions:** The daily bath was realized by nursing effectively. There was a high level of hypertension during the bath but these decreased 30-60 minutes later. There weren't major effects as a cardiac arrest or bleeding. **Keywords:** critical care nursing, bedridden hygiene, patient hygiene critical, hemodynamic changes in hygiene

Introducción

El paciente crítico es aquel que presenta una patología grave, con disfunción actual o potencial de uno o más órganos, que representa una amenaza para su vida y al mismo tiempo es susceptible de recuperación.

En la Unidad Coronaria (UCO) el baño diario del paciente crítico se realiza para cubrir sus necesidades de mantenimiento e higiene de la piel, pero, a pesar de ser una actividad habitual, no está

exenta de riesgos. Estas acciones se deben llevar a cabo por personal de enfermería suficientemente entrenado y de manera planificada ⁽¹⁾.

Existen pocos estudios que evalúen las alteraciones hemodinámicas del paciente coronario

En Japón se han realizado diversos estudios sobre las alteraciones en el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) pero utilizan para el baño el tanque de Hubbard, no comparable a la higiene del paciente

crítico encamado⁽²⁾. Dalmo Valerio Machado en el 2010 realizó una revisión de seis estudios de más de una década donde concluyó que las alteraciones que se podían producir durante el baño diario podían conducir a la muerte del paciente, y éstas se producían especialmente con el decúbito lateral prolongado y un tiempo de baño superior a 20 minutos⁽³⁾. Tras una amplia revisión bibliográfica no se han encontrado estudios que evalúen las alteraciones hemodinámicas del paciente crítico coronario durante el baño diario.

El paciente coronario crítico se trata de un paciente cada vez más crónico, longevo y con pluriopatología, que precisa de terapias farmacológicas y tecnológicas más agresivas.

En nuestro medio, la UCO consta de siete camas de críticos y una para código Infarto, con una dotación de cuatro enfermeras y una auxiliar por turno. El baño diario se realiza a todos los pacientes en la cama. Es función de enfermería la decisión, planificación y realización de la higiene diaria, incluso restringirla en función de la gravedad del paciente. En determinadas ocasiones el facultativo siente que esta actividad conlleva un riesgo elevado para el paciente y que no debería realizarse. Por ello es necesario objetivar el efecto que la higiene provoca en estos pacientes.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar las alteraciones hemodinámicas y los efectos adversos que presentan los pacientes críticos en la Unidad Coronaria durante el baño diario.

Material y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo observacional durante los dos primeros meses de 2015 en la Unidad Coronaria de un hospital terciario de alta complejidad.

Se incluyeron a aquellos pacientes que estando ingresados durante el periodo de estudio en la UCO se realizó el baño encamado.

Los pacientes debían cumplir al menos uno de los siguientes criterios de gravedad descritos para poder ser incluidos en el estudio:

1. Paciente al que se ha realizado intervenciones no percutáneo de cardiopatía estructural en las últimas 24h.
2. Paciente con un Infarto Agudo de Miocardio en las primeras 24 horas de evolución.
3. Paciente con ventilación mecánica y/o $PaO_2/FiO_2 < 300$.
4. Paciente con tensión arterial sistólica TAS < 90, o infusión de drogas vasoactivas como dobutamina, noradrenalina, aleudrinás, levosimendán.

5. Paciente portador de Balón de contrapulsación Intraaórtico (BCPIAo), Membrana de oxigenación extracorporea (ECMO), u otros dispositivos de asistencia ventricular.

6. Paciente portador de terapia de sustitución renal continua.

7. Paciente que en las últimas 24h ha precisado maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

8. Paciente que en las últimas 24h ha presentado alteraciones electrocardiográficas:

- *taquicardia ventricular,
- *taquicardia supraventricular con disminución de la TAS del 20% de la basal,
- *bloqueo auriculo ventricular completo
- *bloqueo auriculo ventricular de cualquier tipo con disminución de la TAS del 20% de la basal

9. Paciente con hipotermia terapéutica.

Se excluyeron aquellos pacientes que a criterio enfermero o médico no se realizó el baño diario porque podía empeorar su estado clínico, y aquellos con alteraciones neurológicas como desorientación o delirio.

La higiene del paciente encamado se realizó siguiendo el procedimiento de Higiene del paciente con dependencia total disponible en nuestro hospital⁽⁴⁾.

Se elaboró una hoja de recogida de datos en la que se recogieron las siguientes variables:

- Datos demográficos como edad, sexo, fecha ingreso en UCI, diagnóstico de ingreso y criterio de inclusión al estudio.
- Realización de la higiene diaria o no, duración de la misma, número de personal y cargo necesarios para realizar la higiene.
- Se recogieron los parámetros hemodinámicos de presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) y saturación de oxígeno por pulsioximetría (SaO_2). Se recogió los catéteres/ sondas que llevaban los pacientes, la medicación endovenosa (sedación, analgesia, relajante muscular, inotrópicos, vasodilatadores), se recogió la necesidad de instaurarla, aumentarla, disminuirla o suspenderla, previamente, durante la higiene y 30-60' posterior a la higiene; así como su administración extra, especialmente analgesia y sedación, previo o durante la higiene.
- Se aplicó a todos los pacientes la escala TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System), empleada en los servicios de UCI para estratificar el nivel de gravedad y el esfuerzo terapéutico de los pacientes ingresados⁽⁵⁾.

Se recogió la presencia de efectos adversos durante la higiene y a los 30-60 minutos, así como la necesidad de medidas correctoras de los efectos adversos y sus consecuencias.

Los efectos adversos recogidos fueron:

1. **Desaturación:** disminución de la saturación de O₂ medida con pulsioximetría por debajo de 88% o 5% de la basal si la saturación previa era menor de 88%.
2. **Desadaptación:** de la ventilación mecánica medida por la aparición de uno o varios de los siguientes parámetros: aumento de las presiones pico en la vía aérea (20 mm de Hg por encima de los valores habituales del paciente), disminución del volumen espirado (300 cc por debajo del pautado), taquipnea (más de 10 respiraciones de las pautadas), utilización de músculos accesorios para la respiración, agitación, diaforesis, inquietud o disconfort del paciente.
3. **Hipotensión arterial sistólica:** disminución de la presión arterial sistólica (PAS) < 90 mm de Hg o 30% de la basal habitual.
4. **Hipertensión arterial sistólica:** aumento de la PAS > 160 mm de Hg o el 30% del valor basal habitual.
5. **Bradycardia:** disminución de los valores de frecuencia cardiaca (FC) < 50 latidos por minuto (lpm). Si el paciente en situación basal mantiene FC de 50 lpm, se consideraba bradicardia valores < 40 lpm.
6. **Taquicardia:** aumento de los valores de FC > 120 lpm. Si la FC basal habitual del paciente se situaba en torno a 120 lpm, se consideraba taquicardia valores de FC > 140 lpm.
7. **Fibrilación auricular rápida:** fibrilación auricular con respuesta ventricular > 120 lpm.
8. **Retirada de catéteres/ sondas:** retirada accidental de sondas gástricas, tubos endotraqueales, cánulas de traqueostomía, catéteres arteriales, venosos, drenajes quirúrgicos,...
9. **Hemorragia:** débito clínicamente significativo de sangre por cualquier orificio natural, herida quirúrgica o dispositivo de drenaje artificial.
10. **Parada cardiorrespiratoria (PCR),** cese brusco e inesperado de la función cardiaca y/o respiratoria que precisa la aplicación de medidas de soporte vital avanzado.

La recogida de datos fue llevada a cabo por las enfermeras investigadoras durante la realización del baño diario.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentan como media \pm desviación estándar, y las variables cualita-

tivas como porcentaje. Se compararon las variables cuantitativas utilizando el test de la t de Student para muestras independientes o análisis de la varianza de un factor, una vez confirmada la normalidad de las distribuciones. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 18.

Consideraciones éticas

Los pacientes serán codificados mediante una numeración consecutiva para mantener la confidencialidad de los datos personales, siendo el investigador principal quien elabore el registro de pacientes del estudio.

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro Hospital, y se solicitó a los pacientes o familiares el consentimiento informado para el uso y análisis de sus datos.

Resultados

De una muestra de conveniencia de 56 pacientes, se excluyeron tres, todos ellos a criterio enfermero, por presentar agitación, inestabilidad hemodinámica y por presentar tormenta arrítmica. Los 53 pacientes incluidos tenían una edad media de 67 ± 14 años y el 86,8% fueron hombres.

La duración de la higiene fue de $15,96 \pm 6,20$ minutos de media y se realizó mayoritariamente por una enfermera y una auxiliar, seguido de dos enfermeras y una auxiliar.

Varios pacientes tenían más de un criterio de inclusión, el más prevalente fue ser portador de ventilación mecánica o $PaO_2/FiO_2 < 300$ que fue en un 84,1% de los pacientes, seguido de hipotensión o ser portador de drogas vasoactivas con un 56,6%. (Anexo I: Gráfico 1)

Como diagnóstico de ingreso, el más prevalente fue el PCR en un 60,4%, de los cuales 39,6% fue PCR + IAM y un 20,8% PCR + EAP. Seguido de Edema Agudo de Pulmón con un 15,1% y Insuficiencia cardiaca con 9,4% (Anexo I: Gráfico 2).

Los pacientes tenían un TISS 28 de media de 27 ± 5 , que corresponde a la clase II: pacientes que requieren cuidados intensivos y monitorización continua.

Los pacientes eran portadores, con un 37,7%, de perfusión continua de dobutamina y un 32% de perfusión continua de noradrenalina. No fue necesario la modificación de dosis de drogas vasoactivas ni de perfusión de vasodilatadores durante la higiene o a los 30-60 minutos posteriores.

Un 24,5% de los pacientes estaban sedados

con midazolam y otro 24,5% sedado con propofol. La analgesia más prevalente es el fentanilo que lo llevaban el 71,7% de pacientes. Un 9,4% estaba relajado con cisatracurio. Precisarón aumento de sedación el 5,7% de los pacientes, y a los 30-60 minutos sólo en el 1,9% se mantuvo el aumento de sedación. (Anexo I: Tabla 1)

Previo a la higiene se administró dosis extra de propofol al 5,7% de los pacientes, de midazolam al 1,9%, analgesia al 1,9% y haloperidol al 1,9% de los pacientes.

Como efectos adversos menores, presentaron hipertensión durante el baño el 41,4% y el 7,5% la mantuvo durante 30-60 minutos. En dos pacientes fue necesario aumentar la fracción inspirada de oxígeno en 0,05 y mantenerla durante los siguientes 60 minutos. Se avisó al médico solamente en un paciente por desadaptación del respirador. Un paciente presentó fibrilación auricular sin repercusión hemodinámica que revirtió pasados los 60 minutos con fármacos. No hubo ninguna retirada de catéteres accidental durante las higienes registradas. Ningún paciente presentó efectos secundarios mayores durante o tras la higiene tales como PCR o hemorragia. (Anexo I: Tabla 2).

Discusión

La higiene del paciente crítico en las unidades de cuidados intensivos es responsabilidad del personal de enfermería, por ello éste debe estar suficientemente entrenado valorando los posibles riesgos de la realización de esta actividad, y bajo estricta monitorización y control^(1,6-8). Los pacientes de la Unidad Coronaria incluidos en este estudio presentan un TISS 28 de media de 27 ± 5 , que corresponde a la clase II, pacientes que requieren cuidados intensivos y monitorización continua.

Únicamente tres pacientes fueron excluidos del estudio, todos ellos por decisión enfermera, dos de ellos por inestabilidad hemodinámica y uno por agitación. Se consideró criterio de exclusión las alteraciones neurológicas como desorientación o delirio por producir potencialmente, en sí mismas, alteraciones hemodinámicas.

Durante la higiene del paciente crítico cardiovascular, el cambio de posición, la temperatura del agua, la pérdida de calor y falta de conocimiento del personal de enfermería sobre el paciente cardiovascular puede llevar a una descompensación hemodinámica⁽⁷⁾. Se han identificado diferentes factores de riesgo durante la higiene del paciente cardiovascular que pueden llevar a un deterioro hemodinámico, como son el baño del paciente crítico en

menos de 4 horas tras cirugía cardiovascular, la posición de decúbito lateral prolongado, y el tiempo de baño superior a 20 minutos. En nuestra serie los pacientes no eran quirúrgicos y el baño se realizó en $15,96 \pm 6,20$ minutos de media⁽⁹⁾.

Diferentes estudios japoneses han evaluado los efectos del baño sobre la hemodinámica del paciente que había sufrido infarto agudo de miocardio, éstos mostraban un aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y arteria pulmonar con un descenso progresivo después del baño. Evaluaban al paciente durante la estancia hospitalaria, no especifica si era en su fase inicial más crítica, y realizaban seguimiento durante 36 meses. El método de baño con el tanque de Hubbard no resulta comparable a la higiene del paciente encamado que realizamos en nuestro medio⁽⁷⁾.

No se han encontrado otros estudios que evalúen las alteraciones hemodinámicas del paciente crítico cardiológico durante la higiene encamado. Soraya Quiroz en su estudio incluyó 36 pacientes intervenidos de cirugía cardiovascular a los que se realizó la higiene encamado, donde se observó un aumento significativo de la presión arterial sistólica durante el baño, y un aumento de la frecuencia respiratoria después del baño (1). En nuestro estudio, el 41,4% de los pacientes presentaron hipertensión durante el baño, pero a los 30-60 minutos sólo la mantenían el 7,5%. La hipertensión no tuvo otras consecuencias para el paciente, y dado que sólo un pequeño porcentaje eran portadores de vasodilatadores, y no fueron estos pacientes los que presentaron hipertensión, no fue necesario aumentar la velocidad de infusión. Ésta fue la complicación más prevalente, no así la hipotensión, que sólo la presentó un paciente, y aunque la mantuvo durante los siguientes 60 minutos no tuvo consecuencias para su estado clínico. Nos sorprende que a pesar de ser un enfermo crítico, la realización de esta actividad, a veces controvertida por otros profesionales, haya sido realizada en el 95% de los pacientes, y en todos los sujetos sin complicaciones sobre su estado de salud, y en ningún caso se ha presentado retirada accidental de ningún catéter/sonda. La actuación de enfermería fue, por tanto, correcta en la decisión de realizar la higiene encamada. Cabe destacar la experiencia del personal de enfermería que, antes de la higiene, administró dosis extra de sedación al 8% de los pacientes, previo pauta médica.

Frecuentemente en nuestra unidad, el estamento médico tiene reticencias a que enfermería realice la higiene en aquellos pacientes más críticos e

inestables. A pesar que la muestra fue de conveniencia, en función de los turnos de las enfermeras investigadoras, el porcentaje de pacientes a los que enfermería decidió no realizar la higiene es muy pequeño (5%). Dado que ningún paciente sufrió ninguna complicación grave para su estado clínico, podemos concluir que enfermería tomó la decisión correcta y debería ser ésta la que tomara estas decisiones sobre las necesidades básicas del paciente.

No obstante, la experiencia nos ha mostrado, en alguna ocasión, a algún paciente que durante el baño o inmediatamente después ha sufrido consecuencias fatales, por lo que nunca debemos sobreestimar el estado crítico de estos enfermos y estar alerta a cualquier signo de deterioro.

Limitaciones del estudio

Nuestro grupo de estudio no es suficientemente amplio como para concluir que los pacientes no sufrirán complicaciones graves a consecuencia del baño diario.

Además en nuestra muestra, por razones organizativas en el momento de la recogida de datos, no hay ningún paciente quirúrgico, y sí un elevado porcentaje de pacientes que habían sufrido una PCR y estaban bajo sedación, analgesia y muchos casos relajación muscular; cosa que facilita la realización de la higiene. Es necesario una muestra mayor con más diversidad de patología cardiaca para obtener unos resultados concluyentes.

Conclusiones

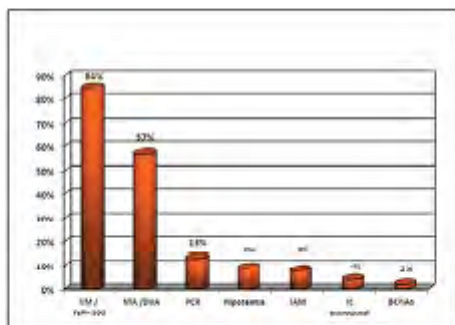
- *El baño diario del paciente crítico es una actividad que realiza enfermería de manera eficaz.
- *El porcentaje de hipertensión durante el baño es mayor de lo esperado, con recuperación a los 30-60 minutos de la tensión arterial basal en la mayoría de los pacientes.
- *No se observaron efectos mayores tales como PCR o Hemorragia.

Bibliografía

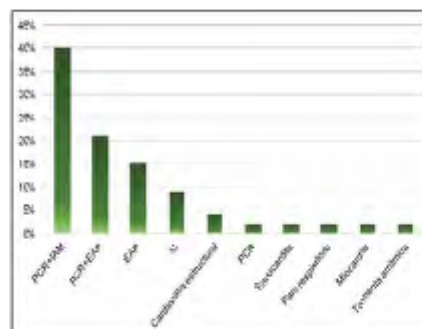
1. Soraya Quiroz Madrid, Carolina Castro López, Andrés Felipe Tirado Otálvaro, Libia María Rodríguez Padilla. Hemodynamic changes of patients with cardiovascular diseases during the daily bath. *Medicina U.P.B.* Enero-Junio 2012;31 (1): 19-26.
2. Sorimachi M, Ozawa M, Ueda H, Ebato S, Kawamura K, Ando H, Hasegawa M, Matsuzaki A, Katagiri T. Comparisons between hemodynamics, during and after bathing, and prognosis in patients with myocardial infarction. *Jpn Circ J.* 1999 Jul;63(7):527-32.
3. Dalmo Valério Machado de Lima; Rubia Aparecida Lacerda. Hemodynamic oxygenation effects during the bathing of hospitalized adult patients critically ill: a systematic review. *Acta paul. enferm.* vol.23 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2010.
4. Procedimiento general. Higiene del paciente con dependencia total. Hospital Clínico Universitario. Barcelona. Versión 1, Febrero 2014. Disponible en: https://intranet.clinic.cat/?q=ca/system/files/higiene_del_malalt_amb_dependencia_total.pdf
5. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care. *Crit Care Med* 1974;2:57-60.
6. Robles Rangil MP¹, Córcoles Gallego T, Torres Lizcano M, Muñoz Ruiz F, Cantos de la Cuesta Y, Arias Rivera S, Parra Moreno ML, Alía Robledo MI. Frequency of the adverse events during the hygiene of the critical care patients. *Enferm Intensiva.* 2002 Apr-Jun;13(2):47-56.
7. Aretha Pereira de Oliveira; Dalmo Valério Machado de Lima; Rubia Aparecida Lacerda; Maria Aparecida de Luca Nascimento. O banho do doente crítico: correlacionando temperatura ambiente e parâmetros oxihemodinâmicos. *Revista Referência - II - n.º11 - 2009*
8. Gálvez González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(4).

ANEXO I

Gráfica 1: Criterio de inclusión



Gráfica 2: Diagnóstico de ingreso



*Gráfica 1: VM: Ventilación mecánica; PaFi: Presión parcial oxígeno / Fracción inspirada de oxígeno; PCR: Parada cardiorrespiratoria; IAM: Infarto agudo de miocardio; IC: Insuficiencia cardíaca; BCPLA: Balón de contrapulsación Intraaórtico.
Gráfica 2: PCR: paro cardiorrespiratorio; IAM: infarto agudo de miocardio; EAP: Edema agudo de pulmón; IC: insuficiencia cardíaca*

Tabla 1: Medicación previa, durante y 30-60 minutos posterior a la higiene.

Fármacos	Previo higiene	Durante la higiene	30-60 min post-higiene
Dobutamina	37,7%	=	=
Noradrenalina	32%	=	=
Nitroglicerina	1,9%	=	=
Nitroprusiato	7,9%	=	=
Midazolam	24,5%	Aumento 1,9%	Descenso 1,9%
Propofol	24,5%	Aumento 3,8%	Aumento 1,9% Descenso 1,9%
Fentest	71,7%	=	=
Cisatracurio	9,4%	=	=

Tabla 2: Efectos adversos durante la higiene

Efectos adversos	Durante la Higiene	30-60 min post-higiene	P
Hipertensión	41,5%	7,5%	<0.005
Hipotensión	1,9%	3,8%	NS
Taquicardia	1,9%	1,9%	NS
Bradicardia	0%	0%	NS
Desadaptación	3,8%	0%	NS
Desaturación	0%	0%	NS
FA	1,9%	1,9%	NS
Retirada accidental catéter	0%	0%	NS
Hemorragia	0%	0%	NS
PCR	0%	0%	NS

FA: Fibrilación auricular; PCR: Paro cardiorrespiratorio

Capítulo V. Publicaciones científicas

Artículo 2

Pérez-Ortega S, Hervás V, Vidorreta S, Fontanet E, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, Zabalegui A. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. *Enferm Cardiol.* 2021;84:12-9.

Indexada: Cuidatge, Cuiden, Cinahl, Dialnet, latindex, índice-csic, enfispo

Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular

Autoras

Silvia Pérez-Ortega¹, Vanessa Hervás Durán², Silvia Vidorreta Gracia³, Emma Fontanet Ferrí³, Josefina Casal-Rodríguez⁴, Montserrat Venturas-Nieto⁵, Adelaida Zabalegui⁶.

1 RN, MSc, PhD student. Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos, Hospital Clínic de Barcelona.

2 RN, MSc. Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos, Hospital Clínic de Barcelona.

3 RN, MSc. Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona.

4 RN, MSc. Práctica avanzada en Insuficiencia Cardíaca, Hospital Clínic de Barcelona.

5 RN, PhD. Jefe de Enfermería del Instituto Clínic Cardiovascular, Barcelona.

6 RN, PhD, FEANS. Subdirectora de Enfermería del Hospital Clínic de Barcelona.

Dirección para correspondencia

Silvia Pérez-Ortega
Unidad Cuidados Cardiológicos
Agudos
Hospital Clínic Barcelona
Villarreal, 170
08036 Barcelona
Correo electrónico:
sperezo@clinic.cat

Resumen

Introducción y objetivos. La higiene del paciente crítico se realiza para mejorar la condición física y mantener al paciente limpio y cómodo. Esta actividad se lleva a cabo en la cama y debe planificarse, adaptarse y, en algunos casos, restringirse.

El objetivo principal de nuestro estudio fue identificar el impacto hemodinámico y los eventos adversos de la higiene diaria en pacientes críticos ingresados en dos unidades de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

Material y Métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional longitudinal en un hospital terciario de referencia. Se recopilaron datos clínicos, hemodinámicos y los eventos adversos durante y a los 30-60 minutos después de la higiene diaria.

Resultados. Se recogieron los datos de 242 higienes, 114 en la Unidad Cuidados Cardiológicos Agudos y 128 en la Unidad Cuidados Intensivos Cardiovasculares. El 69,8% eran hombres. El evento adverso más frecuente durante la higiene del paciente fue la hipertensión arterial 22,3% (25,4% en Unidad Cuidados Cardiológicos Agudos y 19,5% en Unidad Cuidados Intensivos Cardiovasculares). Sin embargo, después de 30 a 60 min después de la higiene sólo 1,8% y 3,1% de los pacientes permanecieron hipertensos respectivamente.

Conclusiones. La hipertensión arterial fue el evento adverso más frecuente durante la higiene del paciente, especialmente en pacientes con ventilación mecánica invasiva bajo modalidad asistida. La higiene en el paciente crítico probablemente indujo algunas molestias al paciente y podría reflejar la necesidad de protocolos analgésicos específicos.

Palabras clave: higiene, baños, evento adverso, cuidados intensivos, enfermería cardíaca, enfermería de cuidados coronarios.

Hemodynamic impact of daily hygiene on the critical cardiology patient

Abstract

Introduction. Hygiene of critically ill patients is generally performed to improve physical condition and keep the patient clean and comfortable. This activity is conducted at the bedside and should be planned, tailored and in some cases restricted.

The main objective of our study was to identify the hemodynamic impact and the adverse events of daily-bathing on critical patients admitted in two Cardiovascular Intensive Care Units.

Material and method. A prospective observational study was conducted in a reference tertiary hospital. Clinical, haemodynamic and adverse events were collected during and 30-60 minutes after daily hygiene.

Results. We analysed 242 patient hygiene routines: 114 in a Coronary Intensive Care Unit and 128 in a Cardiovascular Surgery Intensive Care Unit; 69.8% of patients were male. The most prevalent adverse event during patient hygiene was arterial hypertension (25.4% in Coronary Intensive Care Unit and 19.5% in Cardiovascular Surgery Intensive Care Unit). However, 30-60 min post hygiene only 1.8% and 3.1% of Coronary Intensive Care Unit and Cardiovascular Surgery Intensive Care Unit patients remained hypertensive, respectively.

Conclusion. Arterial hypertension was the most frequent adverse event during daily hygiene in critically ill cardiovascular patients, especially in patients with assisted invasive mechanical ventilation. Hygiene in critical patients probably induced some patient discomfort which might reflect the need for creation of specific analgesia protocols.

Keywords: hygiene, baths, adverse effect, critical care, cardiac nursing, coronary care nursing.

Enferm Cardiol. 2021; 28 (84): 12-19.

INTRODUCCIÓN

La condición crítica de un paciente se define por la presencia de un trastorno grave, con una disfunción orgánica actual o potencial que puede traducirse en una amenaza vital o una recuperación completa.

Mejorar la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debe ser un objetivo de todos los profesionales de la unidad¹. Los pacientes en estado crítico se someten a extensas pruebas invasivas, pueden tener varios dispositivos de monitoreo y pueden estar recibiendo múltiples medicamentos. Los enfermeros de cuidados intensivos a menudo realizan la mayor parte de la atención, lo que los coloca en la posición perfecta para identificar, iniciar, evaluar y sostener iniciativas de calidad².

Los avances tecnológicos de las unidades de cuidados intensivos originan que la atención enfermera esté centrada no sólo en el paciente, sino también en las tecnologías, dejando de lado, en ocasiones, las necesidades más básicas de los pacientes³. Algunas de estas actividades como la higiene diaria, contribuyen a mejorar la comodidad, la seguridad, el bienestar y la dignidad de la persona, a la vez que ayuda a prevenir la propagación de la infección^{4,5}.

La higiene en el paciente crítico es una actividad fundamental del cuidado enfermero y es una oportunidad valiosa para realizar una evaluación integral del paciente⁶. Sin embargo, a pesar de su efecto beneficioso, puede representar un riesgo potencial para los pacientes, presentando eventos adversos como inestabilidad hemodinámica y respiratoria, dolor, extracción accidental de catéteres y dispositivos, y otros eventos potencialmente mortales^{7,8}.

No se han encontrado estudios actuales que evalúen los efectos de la higiene en el paciente crítico. En una revisión sistemática brasileña en 2010 de seis estudios, los autores concluyeron que algunos factores, como un tiempo de higiene de más de 20 minutos o una posición lateral prolongada, podrían conducir a un mayor riesgo de afectación hemodinámica o incluso a un mayor riesgo de muerte^{9,10}.

Nuestro centro, un hospital de alta tecnología, históricamente dividido por especialidades, cuenta con unidades de críticos para cada especialidad. Éstas son dirigidas por los médicos

especialistas. Para la patología cardiovascular, existe la UCI de Cirugía Cardiovascular (UCICCV) y la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos (UCCA), cada una con 8 camas de UCI para adultos. La UCICCV siempre ha sido una UCI quirúrgica que da asistencia a cerca de 850 cirugías/año, y la UCCA tiene un perfil de paciente cardiológico más médico y/o crónico. Aunque, en los últimos años también hay algún paciente quirúrgico en la UCCA, la organización, los tratamientos médicos y los cuidados de enfermería que se proporcionan son diferentes.

El personal de enfermería de la UCI está a cargo de la higiene del paciente. En función de la estabilidad clínica del paciente decide realizar la higiene diaria o restringirla en caso de observar un riesgo relevante para el paciente. En algunos casos más críticos, el estamento médico tiende a creer que la higiene diaria podría estar asociada a un impacto clínico negativo, por lo que resulta necesario estudiar los efectos específicos de la higiene diaria en la hemodinámica del paciente crítico cardiovascular.

Hasta donde sabemos, no se han publicado estudios específicos que exploren el impacto de la higiene diaria en los parámetros hemodinámicos con pacientes cardiovasculares críticos.

El objetivo principal de nuestro estudio fue explorar el impacto hemodinámico y los acontecimientos adversos de la higiene diaria en los pacientes críticos cardiovasculares.

Los objetivos secundarios incluyeron el análisis del impacto clínico de estos efectos adversos en el progreso del paciente y analizar si existieron diferencias entre la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos y la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal prospectivo realizado en un hospital de referencia de alta tecnología durante el segundo semestre de 2015. Se siguió la lista de verificación *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) según la recomendación de la red de mejora de la calidad y transparencia de la investigación sanitaria (EQUATOR).

El muestreo fue de conveniencia, en función de los turnos

de las enfermeras investigadoras. Se recogieron todos los pacientes consecutivos. Se recopilaron datos clínicos, hemodinámicos y de eventos adversos durante y 30 a 60 minutos después de la higiene diaria.

Criterios de inclusión

En el estudio se incluyeron pacientes ingresados en UCCA y UCICCV con al menos una de las siguientes condiciones de gravedad:

- Cirugía cardiovascular las primeras 48 horas.
- Intervencionismo estructural percutáneo las primeras 24 horas.
- Infarto agudo de miocardio las primeras 24 horas.
- Ventilación mecánica o presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno (PaO_2/FiO_2) <300.
- Hipotensión (presión arterial sistólica <90 mmHg) o Infusión de medicamentos vasoactivos (noradrenalina, dobutamina, dopamina, adrenalina, levosimendan...)
- Portador de dispositivos de asistencia circulatoria: balón de contrapulsación Intraaórtico (BCPIAo), membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO), otros.
- Terapia de sustitución renal continua.
- Maniobras de reanimación cardiopulmonar en las 24 horas anteriores
- Trastornos eléctricos en las 24 horas anteriores, incluyendo: taquicardia ventricular; taquicardia supraventricular con afectación hemodinámica (descenso TA sistólica >20 mmHg); Bloque auriculoventricular completo; u otros bloques AV con afectación hemodinámica (descenso TA sistólica >20 mmHg).
- Terapia de hipotermia terapéutica.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los pacientes que, a criterio médico o enfermero, la higiene podía representar un riesgo clínico grave, pacientes con trastornos neurológicos o delirio.

Variables

A los efectos de este estudio, se creó una base de datos con las siguientes variables:

- Datos demográficos como la edad, el sexo, la fecha de admisión, el diagnóstico clínico y la condición clínica en el momento de la admisión.
- Higiene diaria (sí/no), duración de la higiene y número/tipo de personal involucrado en el proceso.
- Variables hemodinámicas: presión arterial sistólica (TAS), presión arterial diastólica (TAD), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura, fracción inspiratoria de oxígeno (FiO_2) y saturación de oxígeno ($Sat O_2$) antes, durante y a los 30-60 minutos después de la higiene. Durante la higiene se registraba el valor más extremo de las variables hemodinámicas.
- Número y tipo de catéteres y sondas invasivas.
- Medicamentos intravenosos incluyendo sedación, analgesia, relajante muscular, inotrópicos y medicamentos vasodilatadores. Necesidad de aumentar o reducir la dosis de estos medicamentos, especialmente analgesia y sedación, antes, durante y a los 30-60 minutos después de la higiene.
- *Simplified Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28) con el fin de determinar la carga de trabajo enfermero y la gravedad de los pacientes²⁷.

- Eventos adversos y maniobras correctivas durante y a los 30-60 minutos después de la higiene.

- Necesidad de llamar al médico.

Definición de los eventos adversos que se recogieron:

- Desaturación: disminución de la saturación de oxígeno medida por pulsioxímetro por debajo del 88% o una reducción del 5% en caso de que la saturación basal fuera de un 88%.
- Desadaptación a la ventilación mecánica definida por la aparición de al menos dos de los siguientes parámetros: aumento de las presiones máximas de las vías respiratorias (>20 mmHg), reducción de volúmenes espiratorios (300 ml bajo el volumen programado), taquipnea (10 inspiraciones sobre la tasa programada), uso muscular respiratorio accesorio para la respiración, agitación, diaforesis o malestar del paciente.
- Hipotensión definida como TAS<90mmHg o reducción del 30% de la basal
- Hipertensión definida como TAS>160 mmHg o aumento del 30% de la basal.
- Bradicardia definida como frecuencia cardíaca (FC) <50 latidos por minuto (lpm). Si la FC basal es inferior a 50 lpm, la bradicardia se definirá como FC <40 lpm.
- Taquicardia definida como FC >120 lpm. Si FC basal es superior a 120 lpm, la taquicardia se definirá como FC >150 lpm.
- Fibrilación auricular rápida: con frecuencia ventricular superior a 120 lpm.
- Retirada accidental de catéteres: sondas nasogástricas, vía aérea artificial, catéteres venosos o arteriales, drenajes quirúrgicos...
- Hemorragia: sangrado relevante por orificios naturales, heridas quirúrgicas o drenajes.
- Paro cardiorrespiratorio.

Recogida de datos

La higiene se realiza como mínimo una vez al día en todos los pacientes críticos. En nuestro hospital, por razones organizativas, la higiene del paciente crítico en la UCCA se realiza durante los tres turnos de enfermería: mañana, tarde y noche, en función de procedimientos o intervenciones que tenga el paciente. En la UCICCV se realiza durante el turno de noche y de mañana, ya que por la tarde suelen recibir mayor volumen de quirófanos.

Se prioriza la realización de higiene por la noche a los pacientes sedados. La higiene siempre fue realizada por la enfermera a cargo del paciente y al menos otra enfermera o técnico en cuidados auxiliares enfermeros.

La higiene se realiza siguiendo el protocolo del centro, con esponjas jabonosas, se enjuaga con agua y se seca más tarde. Todos los pacientes se hidratan posteriormente con crema hidratante. La temperatura del agua estaba entre 36-40°C, en función de la temperatura basal del paciente, y de su preferencia en pacientes que podían comunicarse.

La recogida de datos fue realizada por las enfermeras investigadoras durante la higiene en los tres turnos en la UCCA y en los turnos de mañana y noche en la UCICCV. Todas las enfermeras que realizaron la recogida de datos tenían más de 10 años de experiencia en UCI cardiovasculares del centro. Las enfermeras investigadoras se reunían mensualmente para homogeneizar la recogida de datos del estudio.

Se elaboró un documento de recogida de datos en el que constaban todas las variables del estudio y se mostraba desglosada la escala TISS 28.

Análisis estadístico

Los resultados se expresan como media y desviación estándar (DE). Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando la prueba t de Student o la prueba Mann-Whitney U para variables continuas y la prueba exacta de Chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas. La variable de comparación en el análisis bivariado fue la Unidad de Ingreso. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos con un valor $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete IBM SPSS Statistics v23.0.

Consideraciones éticas

La investigación se ajusta a los principios descritos en la Declaración de Helsinki (Br Med J 1964;2:177). Los pacientes fueron codificados con una numeración consecutiva para mantener su confidencialidad. El investigador principal creó el registro de los pacientes incluidos. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de nuestra Institución: Ref. HCB/2015/0002. El consentimiento informado fue firmado por los pacientes o familiar en caso de que los pacientes no pudieran firmar.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se evaluaron 242 higienes en 213 pacientes. Entre ellos, 5 pacientes fueron excluidos por la enfermera por los siguientes motivos: 3 por inestabilidad hemodinámica, agitación relevante y 1 por tormenta arritmica. Finalmente se incluyeron 114 y 128 higienes de la UCCA y UCICCV respectivamente. La edad media fue de 67 DE 13 años y el 69,8% eran varones. Los criterios de inclusión fueron: portador de ventilación mecánica en el 68,7% (78,8% en UCCA y 58,8% en UCICCV), seguido de hipotensión o drogas vasoactivas en un 62,5% (64% en UCCA y 60,9% en UCICCV), seguido de 30,6% cirugía cardiovascular, y en menores porcentajes un 6,6% eran portadores

de dispositivos de asistencia circulatoria, un 6,6% de terapia de sustitución renal, un 4,1% estaban con terapia de hipotermia terapéutica, un 3,8% habían presentado paro cardiorrespiratorio 24 horas antes, el 2,1% tenían IAM las primeras 24h, un 1,6% presentaban arritmias graves y el 1,2% se había realizado intervencionismo estructural percutáneo. El diagnóstico de admisión se muestra en las figuras 1 y 2.

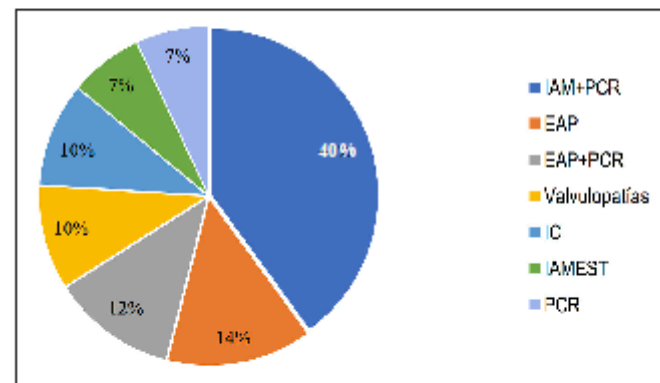


Figura 1. Diagnósticos de Ingreso en la Unidad Cuidados Cardiológicos Agudos.

IAM: infarto agudo de miocardio; PCR: paro cardiorrespiratorio; EAP: edema agudo de pulmón; IC: insuficiencia cardíaca; IAMEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

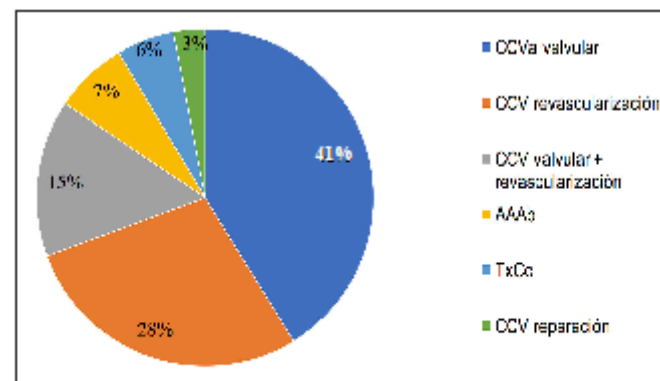


Figura 2. Diagnósticos de Ingreso en la Unidad Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

CCV: cirugía cardiovascular; AAA: aneurisma aorta abdominal; TxC: trasplante cardíaco.

La **tabla 1** muestra las características basales de los pacientes globales y en función de la unidad de ingreso. Los pacientes ingresados en el UCICCV presentaron un valor TISS 28 más alto ($p < 0,001$), pero todos pertenecían a la clase III, lo que significa que requieren cuidados intensivos y monitoreo continuo. La duración media de higiene fue de 16,5 DE 6,9 minutos y fue significativamente mayor en la UCCA ($p < 0,001$). La temperatura del paciente en la UCCA disminuyó significativamente después del baño ($p < 0,05$), pero se mantuvo en el rango normal en todos los pacientes. En la UCICCV, la higiene fue realizada principalmente por una enfermera y una técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), siendo significativo ($p < 0,001$) que en la UCCA, fue realizado por una TCAE y una o dos enfermeras. No se observaron diferencias significativas entre la experiencia del personal o el momento de realizar la higiene (mañana, tarde o noche).

Tabla 1. Características basales en función de la unidad de ingreso.

	N=242	UCCA (N=114)	UCICCV (N=128)	p
Edad	67 DE 13	68 DE 12	66 DE 13	NS
Sexo (Hombre)	69,8%	75,4%	64,8%	NS
TISS 28	31,8 DE 7,1	28,04 DE 5,4	35,15 DE 6,7	<0,001
Duración (min)	16,5 DE 6,9	18,14 DE 7,35	15,04 DE 6,16	<0,001
Staff	1 RN 1 TCAE (67,4%) 2 RN 1 TCAE (21,9%)	1 RN 1 TCAE (40,4%) 2 RN 1 TCAE (38,6%)	1 RN 1 TCAE (91,4%) 2 RN 1 TCAE (7%)	<0,001
Asistencia médica % (N)	1,2% (3)	1,8% (2)	0,8 (1)	NS
Modalidad respiratoria	VMc: 41,7% VK: 21,1%	VMc: 53,5% VMa: 14% VK: 14%	VMc: 29,9% VK: 28,1% LN: 30,5%	<0,001
Medidas correctoras previas	29%	Analgesia: 0,9% Propofol: 5,3% Midazolam: 0,9% Haloperidol: 0,9%	Analgesia: 45,3% Relajante muscular: 1,6% Propofol+ analgesia: 0,8%	<0,001

Las variables categóricas se expresan en porcentaje; las variables cuantitativas se expresan en media y desviación estándar. La significación $p < 0,05$ con IC 95%. UCCA: Unidad Cuidados Cardiológicos Agudos; UCICCV: Unidad Cuidados Intensivos Cardiovasculares; DE: desviación estándar; NS: no significación estadística; RN: enfermera registrada; TCAE: técnico en cuidados auxiliares enfermeros; VMc: ventilación mecánica invasiva controlada; VMa: ventilación mecánica invasiva asistida; VK: oxigenoterapia con mascarilla tipo venturi; LN: oxigenoterapia con lentillas nasales.

Un alto porcentaje de pacientes llevaban perfusión continua de dobutamina (>40%) o noradrenalina (>30%). El uso de dobutamina fue significativamente mayor en la UCCA ($p=0,02$), mientras que el uso de dopamina y adrenalina fue significativamente mayor en el UCICCV ($p < 0,001$). El uso de midazolam, cisatracurio y fentanilo o remifentanilo fue mayor en la UCCA con $p < 0,001$ y el uso de morfina y bomba elastomérica fue significativamente mayor en el UCICCV con $p < 0,001$ (tabla 2).

Se observó tensión arterial elevada en el 22,3% de los pacientes durante la higiene. Después de los 30-60 minutos después de la higiene, sólo el 2,5% de los pacientes habían persistido hipertensos. Entre los pacientes con ventilación mecánica asistida, el 52% de ellos presentaron tensión arterial elevada durante la higiene, siendo significativo en este subgrupo de pacientes con una $p=0,02$ con un índice de confianza del 95%. La presencia de taquipnea durante la higiene fue significativamente mayor en la UCCA ($p=0,032$) donde se administró menos analgesia previa a la higiene ($p < 0,001$). Cuatro pacientes (1 con VM controlada y 3

Tabla 2. Medicación durante la higiene en función de la unidad de ingreso.

		N=242	UCCA N=114	UCICCV N=128	p
Drogas vasoactivas	Dobutamina	42,1%	50%	35,2%	0,02
	Noradrenalina	31,8%	34,2%	29,7%	NS
	Adrenalina	3,3%	0	6,3%	<0,001
	Dopamina	1,6%	0	3,1%	<0,001
	Isoproterenol	2,5%	0,9%	3,9%	NS
Vasodilatadores	Nitroglicerina	15,7%	11,4%	19,5%	NS
	Nitroprusiato	4,5%	5,3%	3,9%	NS
Sedación	Midazolam	14,5%	23,7%	6,3%	<0,001
	Propofol	21,5%	22,8%	20,3%	NS
Analgesia	Remifentanilo/Fentanilo	38,8%	58,8%	21,1%	<0,001
	Bomba de morfina	7,9%	1,8%	13,3%	<0,001
	Bomba elastomérica	8,7%	0	16,4%	<0,001
Relajante muscular	Cisatracurio	5,8%	12,3%	0	<0,001

Las variables categóricas se expresan en porcentaje; las variables cuantitativas se expresan en media y desviación estándar. La significación $p < 0,05$ con IC 95%. UCCA: Unidad Cuidados Cardiológicos Agudos; UCICCV: Unidad Cuidados Intensivos Cardiovasculares; NS: no significación estadística.

con VM asistida) mostraron desadaptación del respirador. Además, dos pacientes experimentaron una desaturación de oxígeno del 94% que requirió aumentar la concentración de oxígeno para estabilizarse. Dos pacientes presentaron fibrilación auricular durante la higiene, uno de ellos lo mantuvo en el tiempo más allá de los 60 minutos. Durante la higiene no se observó ninguna retirada accidental de catéter o sondas, y ningún evento adverso grave como sangrado relevante o paro cardíaco (tabla 3).

Tabla 3. Efectos adversos en función de la Unidad de Ingreso.

	N=242	UCCA (N=114)	UCICCV (N=128)	p
Hipertensión durante la higiene	22,3%	25,4%	19,5%	NS
Hipertensión 30-60 min post higiene	2,5%	1,8%	3,1%	NS
Hipotensión durante la higiene	5,4%	5,3%	5,5%	NS
Hipotensión 30-60 min post higiene	3,3%	3,5%	3,1%	NS
Temperatura basal	36,3 DE 0,98	36,02 DE 1,21	36,55 DE 0,62	NS
Temperatura post higiene	36,11 DE 0,97	35,77 DE 1,12	36,42 DE 0,68	<0,05
Taquipnea durante la higiene	8,3%	12,3%	4,7%	0,032
Taquipnea 30-60 min post higiene	11,2%	12,3%	10,2%	NS

Las variables categóricas se expresan en porcentaje; las variables cuantitativas se expresan en media y desviación estándar. La significación p<0,05 con IC 95%. UCCA: Unidad Cuidados Cardiológicos Agudos; UCICCV: Unidad Cuidados Intensivos Cardiovasculares; DE: desviación estándar; NS: no significación estadística.

DISCUSIÓN

La higiene del paciente crítico conlleva unas alteraciones hemodinámicas que deben ser previstas antes de realizarla, para que ésta pueda planificarse en función del estado clínico del paciente, y la enfermera tiene la responsabilidad y capacitación para retrasarla o restringirla en caso necesario³.

Los pacientes del estudio presentaron hipertensión como principal evento adverso, sin que ello produjera empeoramiento de su estado clínico, y con casi total recuperación a los 60 minutos. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones importantes, como sangrado mayor o paro cardíaco, ni retirada de catéteres o sondas. Es probable que el elevado número de pacientes que presentaron hipertensión sea porque nuestro grupo recogía el valor más extremo de variables hemodinámicas durante la higiene, y esto era el resultante de un pico que rápidamente se recuperaba, sin ocasionar otras complicaciones. Sin embargo, la experiencia clínica previa mostró algunos casos individuales de complicaciones fatales durante o inmediatamente después de la higiene, destacando la necesidad de una estrecha vigilancia y monitoreo durante y después de la higiene de un paciente crítico en la UC¹⁹.

La hipertensión se ha descrito como el evento adverso más común tanto en la realización de la higiene, como otros procedimientos enfermeros, especialmente cuando requiere la lateralización del paciente²⁴⁻²⁶. Sin embargo, no requirió un aumento significativo en los medicamentos vasoactivos u otras complicaciones médicas. Es importante destacar que más de la mitad de los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva asistida experimentaron hipertensión durante la higiene. Estos pacientes tienen un tubo traqueal, pero están despiertos con

una modalidad ventilatoria que requiere su colaboración. El nivel más bajo de sedación o nulo, y por lo tanto la menor comodidad es la explicación más plausible para la mayor incidencia de hipertensión en comparación con los pacientes altamente sedados o no intubados²⁷. De hecho, la necesidad de mantener un nivel de sedación que va de 0 a -2 en la escala de sedación de agitación de Richmon (RASS) en estos pacientes es la razón principal por la que es muy difícil lograr un nivel analgésico óptimo²⁸. Por esta razón, los autores del presente estudio creen que serán necesarios protocolos analgésicos cortos específicos para posibles intervenciones médicas y de enfermería dolorosas.

Aunque el 8,3% de los pacientes experimentaron taquipnea, sólo el 1,8% presentaron desadaptación del ventilador y el 0,8% requirió aumentar un 5% la concentración de oxígeno. Contrasta satisfactoriamente con lo encontrado por Toledo et al., en un estudio piloto con 15 pacientes donde observaron taquipnea en el 66% de los pacientes críticos cardiovasculares⁹.

Respecto a la temperatura del agua para la higiene no se ha encontrado un consenso sobre la temperatura más adecuada. Publicaciones anteriores sugirieron que la temperatura óptima del agua debería oscilar entre 38°C y 40°C³⁰. Varios estudios en Japón han evaluado el efecto de la temperatura del agua durante el baño. Hayashi et al., concluyeron que el agua muy fría contribuyó a una alta tasa de muerte súbita²⁹ y Hori et al., describió que el agua caliente, más de 40°C, podría aumentar la muerte súbita alrededor del 10 -15%². En pacientes con Infarto, Silva recomienda la temperatura del agua de 42,5°C frente a 40°C². En nuestro estudio, la temperatura del agua osciló entre 36°C y 40°C dependiendo de la temperatura corporal y las preferencias del paciente. Después de la higiene, no se

observaron fluctuaciones significativas de temperatura en el paciente. Además, la duración de la higiene fue inferior en comparación con la bibliografía anterior (cerca de 20 minutos), contribuyendo a mantener la temperatura corporal^{10,22}.

Observamos diferencias significativas en la duración de la higiene en función de la unidad de admisión, siendo más corta en la UCICCV. De hecho, en esta UCI, la higiene siempre fue conducida por una enfermera y una TCAE. La decisión de involucrar a dos o más personas se basó más en la organización de la unidad que en la condición médica de los pacientes. No se observaron diferencias significativas entre la experiencia del personal o el tiempo de higiene (mañana, noche o noche). En nuestra muestra, la higiene siempre fue llevada a cabo por al menos la enfermera a cargo del paciente con una educación de postgrado en la UCI²³.

Hasta donde sabemos, no hay datos adicionales que informen del impacto de la higiene en los parámetros hemodinámicos de los pacientes críticos cardiológicos. Nuestro grupo ya observó, aunque el pequeño tamaño de la muestra del estudio fue la principal limitación del estudio, que la hipertensión arterial fue el efecto hemodinámico más frecuente durante la higiene, presente en el 44% de los pacientes críticos ingresados en la UCCA. La diferencia en la incidencia de hipertensión entre los dos estudios podría explicarse por sesgos de selección debido al tamaño limitado de la muestra²⁴.

En los pacientes postoperados de cirugía cardíaca, la incidencia de hipertensión durante la higiene es similar a un pequeño estudio de Quiroz en el que se observó aumento global de la TA y la FR²⁵.

En la UCICCV los pacientes presentaron menor incidencia no significativa de hipertensión y significativamente menor taquipnea durante la higiene comparados con la UCCA. Todos estos pacientes estaban intervenidos de cirugía cardíaca en sus primeras horas, por lo que, una movilización dolorosa podría haber tenido mayor afectación hemodinámica. Sin embargo, estos pacientes poseen pautas de analgesia fijas y a demanda, y casi en la mitad de los casos se proporcionó analgesia previa a la higiene. Esto nos hace reiterar, la necesidad de protocolos de analgesia eficaces a la hora de realizar procedimientos que pueden ocasionar dolor al paciente, y a su vez, alteraciones hemodinámicas.

Una de las limitaciones del estudio es la escasa investigación sobre el tema, con muestras muy reducidas y de patologías diversas. Nuestro estudio presenta una muestra mayor, pero se realizó un muestreo de conveniencia que puede no ser representativo de la población. Sería necesario realizar un estudio aleatorizado que afiance estos resultados.

La enfermera es la responsable de los cuidados básicos del paciente y necesita conocer el impacto hemodinámico que produce la higiene en el paciente crítico para mejorar la calidad de los cuidados su seguridad. Es por ello que del presente estudio se extraen unos aspectos relevantes para la práctica como es que: La enfermera es capaz de decidir realizar o no la higiene en el paciente crítico cardiovascular; la enfermera debe asegurar la analgesia necesaria antes de la higiene y una enfermera y un TCAE pueden ser suficientes para una higiene segura.

CONCLUSIÓN

La hipertensión arterial fue el evento adverso más frecuente durante la higiene del paciente, especialmente en pacientes con ventilación mecánica invasiva asistida. Aunque no hubo impacto clínico y la mayoría de los pacientes se estabilizaron después de 30 a 60 minutos, la higiene en el paciente crítico cardiovascular probablemente indujo algunas molestias al paciente y podría reflejar la necesidad de protocolos analgésicos específicos.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Xavi Freixa por su colaboración en la revisión.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnhorst AB, Martínez M, Gershengom HB. Quality improvement strategies for critical care nursing. *Am J Crit Care*. 2015; 24(1):87-92
2. Munro C, Savel R. Our View of Courageous Care. *Am J Crit Care*. 2015;24(5):372-4
3. Carvajal G, Montenegro JD. Hygiene: basic care that promotes comfort in critically ill patients. *Enfermería Global*. 2015; 14(40): 340-50.
4. Feo R, Kitson A. Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *Int J Nurs Stud*. 2016;57:1-11.
5. Costa GS, Souza CC, Diaz FBBS, Toledo LV, Ercole FF. Banho no leito em cuidados críticos: uma revisão integrativa. *Rev baiana de enferm*. 2018.32(1):e20483.
6. Lawton S, Shepherd E. The underlying principles and procedure for bed bathing patients. *Nursing Times* [online]. 2019; 115: 5, 45-7.
7. Lesny M, Conrad M, Latache C, Sylvestre A, Gaujard E, Dubois V et al. Adverse events during nursing care procedure in intensive care unit: The PREVENIR study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;60:102881
8. Galazzi A, Adamini I, Consonni D, et al. Accidental removal of devices in intensive care unit: An eight-year observational study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;54:34-38.
9. Kerckhoffs MC, Koszsi FFL, Soliman IW, Johannes J M van D, Cremer OL, de Lange DW et al. Determinants of self-reported unacceptable outcome of intensive care treatment 1 year after discharge. *Intensive Care Med*. 2019 06;45(6):806-14.
10. Lima DV, Lacerda RA. Efectos de oxigenación hemodinámica durante el baño de pacientes adultos hospitalizados gravemente enfermos: revisión sistemática. *Acta Paul. enferm.*. 2010; 23(2), 278-285.
11. Coyer FM, O'Sullivan J, Cadman N. The provision of patient personal hygiene in the intensive care unit: a descriptive exploratory study of bed-bathing practice. *Aust Crit Care*. 2011;24(3):198-209.
12. Miranda DR, de Rijk A, Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items—results from a multicenter study. *Crit Care Med*. 1996;24(1):64-73.
13. Marins I, Fonseca IC. Patient safety in personal hygiene of ICU patients: systematic literature review for a clinical protocol. *Journal of Specialized Nursing Care*. 2016; 8(1): . [S.l.], v. 8, n. 1, June 2016. ISSN 1983-4152. Disponible en: <http://www.jsncare.ufr.br/index.php/jsncare/article/view/2808/682>
14. Engström J, Bruno E, Reinius H, et al. Physiological changes associated with routine nursing procedures in critically ill are common: an observational pilot study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2017;61(1):62-72.
15. Planas M. Higiene corporal del enfermo crítico. Efectos adversos. *Revista Rol de Enfermería*. 2010; 33(4): 248-54.
16. Dunstan E, Cook JJ, Coyer F. Safety culture in intensive care internationally and in Australia: A narrative review of the literature. *Aust Crit Care*. 2019;32(6):524-39.
17. Happ MB, Tate J, Swigart V, DiVirgilio-Thomas D, Hoffman L. Wash and Wear: Bathing Patients Undergoing Weaning Trials During Prolonged Mechanical Ventilation. *Heart Lung*. 2010; 39(6): 547-556.
18. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy JM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale. Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 166:1338-44.
19. Toledo LV, Salgado PD, Souza CC, Brinati LM, Januário CF, Ercole FF. Effects of dry and traditional bed bathing on respiratory parameters: a randomized pilot study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3264.
20. Hayashi T, Ago K, Ago M, Ogata M. Bath-related deaths in Kagoshima, the southwest part of Japan. *Med Sci Law*. 2010;50(1):11-4.
21. Hori S, Suzuki M, Ueno K, Sato Y, Kurihara T. Accidentes durante el baño. *Nihon Rinsho*. 2013;71(6):1047-52.
22. Silva CJB, Silva MES, Reis FF, Miranda GCO, Santos L, Lima DVM. Bed bath for infarcted patients: crossover of the hydrothermal control 40°C versus 42.5°C. *Online braz j nurs* [internet]. 2016;15(3):341-50. Disponible en: <http://www.objnursing.ufr.br/index.php/nursing/article/view/4233/pdf>
23. Quirós S, Castro C, Tirado AF, Rodríguez LM. Hemodynamic changes of patients with cardiovascular diseases during the daily bath. *Medicina U.F.B.* 2012; 31 (1): 19-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159024332004.pdf>
24. Pérez S, Hernanz A, Navarro M, Seral T, Hervás V, Fontanet E, Casal J, Vidroreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? Ahora de enfermería. 2017;21(2):55-60.

Capítulo V. Publicaciones científicas

Artículo 3

i

Pérez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos: estudio prospectivo descriptivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4031. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4031>

Índice JCR- 1,8 (Q3), SCIMAGO SJR - **0,43**

Respuesta emocional de pacientes cardiológicos en estado crítico durante la higiene en cuidados intensivos: estudio prospectivo y descriptivo

Silvia Pérez-Ortega^{1,2}

<https://orcid.org/0000-0002-6213-8238>

Elena Querol Vallés¹

<https://orcid.org/0000-0002-7482-8250>

Judith Prats Barera¹

<https://orcid.org/0009-0004-5438-0288>

Montserrat Venturas Nieto^{1,2}

<https://orcid.org/0000-0003-2733-2380>

Adelaida Zabalegui^{1,2}

<https://orcid.org/0000-0003-1205-3987>



Destacados: (1) Entender las emociones de los pacientes es esencial para cuidados de calidad en UCI. (2) Se aporta una amplia visión de lo que piensa la mayoría de los pacientes con respecto a la higiene. (3) El estudio permite profundizar en aspectos más íntimos de los cuidados administrados. (4) El estudio permite adaptar los cuidados a las necesidades expresadas.

Objetivo: analizar la respuesta emocional de pacientes conscientes en estado crítico durante la higiene diaria en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos y compararla en función de experiencias previas o no. **Método:** estudio prospectivo y descriptivo. Encuesta *ad hoc* de 30 ítems realizada a 148 pacientes y basada en la higiene del primer día. Se formulan preguntas sobre los sentimientos durante la higiene y aspectos positivos y negativos de la experiencia. Se compara a los pacientes en función de si se los había higienizado con anterioridad. **Resultados:** el 67,6% fueron hombres y la media de edad fue de 67±15 años. El 45,9% presentó conformismo, el 27% sintió vergüenza y el 86,3% agradeció que le hablaran durante la higiene. Al 33,1% de los pacientes nunca les habían realizado higiene en la cama, eran significativamente más jóvenes y solteros, y tenían menor sensación de limpieza. El 32% expresó que le gustaría que un familiar colaborase en la higiene. **Conclusión:** los pacientes no sienten que se invade su intimidad cuando se los higieniza y aprecian la comunicación con el personal sanitario durante estos cuidados. Los pacientes a quienes no les habían realizado higiene en la cama previamente son más jóvenes, sienten mayor vergüenza y les molestan más las interrupciones, siendo más conscientes de ellas.

Descriptor: Higiene; Cuidados de la Piel; Cuidados Críticos; Enfermeras y Enfermeros; Emociones; Unidades de Cuidados Coronarios.

¹ Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España.
² University of Barcelona, Barcelona, España.

Cómo citar este artículo

Perez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Emotional response of critically-ill cardiac patients during hygiene procedures in intensive care: a prospective and descriptive study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4032 [cited ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4032>

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC) han evolucionado a lo largo de los últimos años hacia unidades de alta complejidad en las que no solo se tratan pacientes con cardiopatía isquémica aguda. Los avances médicos y tecnológicos (dispositivos de asistencia ventricular, terapias de resincronización, optimización de las terapias farmacológicas, entre otras) abren nuevas ventanas terapéuticas a pacientes con insuficiencia cardíaca aguda o arritmias letales⁽¹⁻³⁾. Esto implica un aumento en la supervivencia de estos pacientes y cronificación de patologías que anteriormente tenían un pronóstico funesto. Por otro lado, el aumento en la cantidad de técnicas terapéuticas disponibles, como son los tratamientos percutáneos de valvulopatías o patología estructural cardíaca, ofrecen opciones terapéuticas a pacientes con elevada comorbilidad que a menudo requiere ingreso en estas unidades; ya sea como postoperatorio inmediato o en caso de darse algún tipo de complicación⁽²⁾.

Esto hace que, en la actualidad, los sujetos que ingresan a una UCIC sean pacientes muy complejos y que, debido a su condición de pacientes en estado crítico, requieran una serie de cuidados enfermeros que en todo momento garanticen por un lado su seguridad y, por otro, calidad asistencial no solo técnica sino percibida. El objetivo de todos los proveedores de salud es proporcionar atención centrada en el paciente en búsqueda de mejorar la calidad de la atención percibida y de obtener mejores resultados en salud⁽⁴⁻⁶⁾.

La higiene y el cuidado de piel y mucosas forman parte de las actividades diarias que los trabajadores de Enfermería deben llevar a cabo, generalmente a cargo de dos profesionales, para ayudar a estos pacientes a cubrir su déficit de autocuidado, pudiendo generar sentimientos de dependencia y vulnerabilidad^(2,3,7).

Uno de los derechos que tienen los pacientes en las unidades de cuidados intensivos es recibir atención personalizada y respetuosa por parte de médicos y enfermeros^(2,4). A menudo, actividades como higiene del paciente en la cama pueden realizarse de manera rutinaria por el personal enfermero y producir emociones negativas en los pacientes^(3,11-17). En las UCIC algunos pacientes están conscientes, para los que la pérdida de autonomía al realizar la higiene podría suponer una invasión de su intimidad.

Diversos estudios evalúan la ansiedad y la depresión en pacientes en estado crítico, así como los diferentes estresores que pueden darse en estos pacientes^(3,6,18). Sin embargo, se carece de cuestionario validado alguno para cuantificar aspectos tan concretos del cuidado enfermero como las sensaciones generadas por la higiene diaria. Se desconocen los sentimientos y las necesidades que

presentan los pacientes conscientes durante la higiene realizada por personal sanitario en la cama.

Nuestro estudio plantea como hipótesis que, en las UCIC, cada vez más tecnificadas, no tenemos suficientemente en cuenta el estado emocional del paciente a la hora de proporcionarle estos cuidados básicos. Conocer la experiencia del paciente nos permitirá establecer líneas de mejora en la atención que ofrecemos, particularmente en la administración de cuidados tan sensibles como necesarios no solamente para favorecer una sensación de bienestar sino para prevenir el contagio de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

El objetivo del estudio es analizar la respuesta emocional de pacientes conscientes en estado crítico durante la higiene diaria en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos y compararla en función de experiencias previas o no.

Método

Diseño del estudio

Estudio prospectivo y descriptivo que cumplió con lo propuesto en la lista de verificación *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁹⁾.

Lugar

Unidad de cuidados intensivos cardiológicos del Hospital Clínic de Barcelona, institución de nivel terciario de alta tecnología.

En nuestro centro la UCIC cuenta con 16 camas. La unidad se reformó totalmente en el año 2015 y cada paciente dispone de una habitación individual, sin baño, con puertas de cristal que se opacifican y que se abren en su totalidad desde fuera.

El perfil de los pacientes atendidos es muy diverso. Algunos se encuentran sedados, con ventilación mecánica, inestables hemodinámicamente y con dispositivos invasivos de soporte circulatorio; por el contrario, otros se encuentran conscientes en todo momento y, aunque más estables, precisan de ingreso en la UCIC por el elevado riesgo de padecer complicaciones letales.

Periodo

La recolección de datos se inició en julio de 2021 entre todos los pacientes que de manera consecutiva cumplieran con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión hasta completar el tamaño muestral en diciembre de 2021.

Población

Se realiza una encuesta anónima a los pacientes que ingresan en la UCIC de un hospital de alta tecnología, a las 24-48 horas del ingreso y una vez realizada la higiene en la cama. Se considera para participar en el estudio a los pacientes que cumplen todos los criterios de inclusión y cuando no cumplen ninguno de los criterios de exclusión. La población del estudio correspondió a todos los pacientes mayores de 18 años, conscientes e ingresados en la UCIC durante un mínimo de 48 horas, que estén en reposo, se les haya realizado higiene en la cama y acepten responder la encuesta anónima. Se excluyó a los pacientes con deterioro cognitivo o incapaces de contestar la encuesta, a aquellos con una situación clínica que impidiese responder la encuesta en las primeras 48 horas, y a los que ingresan en la UCIC trasladados de otra unidad u otros hospitales, con una estancia en origen superior a 24 horas.

Definición de la muestra

Durante el año 2018 ingresaron 625 pacientes en la UCIC, de los cuales 386 estaban conscientes y, por lo tanto, eran posibles candidatos a contestar la encuesta. Ajustando las pérdidas a un 10%, el cálculo de la muestra resultante fue de 148 pacientes.

VARIABLES DE ESTUDIO

El objetivo del estudio se analiza a través de un cuestionario *ad hoc*. Este instrumento se basa en la higiene del primer día.

Se realiza una revisión bibliográfica en la que no se encuentra ningún cuestionario que valore diferentes aspectos de la higiene en pacientes en estado crítico; sin embargo, se determinan diferentes aspectos que influyen en la percepción de cuidados de calidad y bienestar de los pacientes en las UCI, a saber: comunicación con el paciente, intervenciones humanizadoras, participación de la familia en los cuidados de pacientes en estado crítico, privación del sueño y dolor^(6,18,20-24). Basándonos en estos ítems se trabajó una encuesta para valorar la percepción y emociones de los pacientes con respecto a la higiene en la cama. Se realizó una prueba inicial con cinco individuos para garantizar que las preguntas fueran claras, sencillas y comprensibles para los usuarios.

En esta prueba inicial, el 60% fueron hombres y la media de edad fue 70±14 años. Al 60% de los pacientes no les habían realizado higiene en la cama anteriormente. De estos pacientes, el 66% manifestó sentir vergüenza mientras se los higienizaba y que percibieron mucha o bastante invasión de su intimidad. Las interrupciones molestaron un poco o bastante al 40% de los pacientes.

En el 80% de los casos, la higiene estuvo a cargo de dos mujeres; sin embargo, no preguntamos si este hecho era del gusto de los pacientes o no. Un paciente manifestó que agradeció que le permitieran lavarse los genitales él mismo. Solo uno de cinco pacientes manifestó que le gustaría que un familiar colaborase en la higiene.

El cuestionario inicial no reflejaba algunos aspectos relevantes para el estudio como si el paciente estaba cómodo con los profesionales durante la higiene o algunas de sus preferencias. Es por ello que, de la primera versión del cuestionario a la definitiva tras la prueba, se ampliaron cuestiones sobre situaciones que se producen durante la higiene, como ser la comunicación entre profesionales y paciente; también se añadió la preferencia en cuanto a la cantidad y al sexo de los profesionales que colaboraban en la técnica, así como en la higiene genital.

El cuestionario consta de 30 ítems [9 preguntas con opción múltiple, 8 con puntuación del 1 al 4 en escala Likert (preguntas de estimación), 12 preguntas binarias y 1 pregunta abierta]. Las preguntas se refieren a cómo se ha sentido el paciente cuando se le ha realizado la higiene, cómo se ha llevado a cabo, por quién, si concuerda con sus preferencias, y si le gustaría que un familiar estuviera implicado en este cuidado. Finalmente, se solicita una valoración global y se da opción a un comentario abierto.

Se recogen también datos sociodemográficos principales (sexo, edad, estado civil, familiares convivientes), diagnóstico de ingreso y cantidad y duración de las visitas familiares.

Recolección de datos

El cuestionario se entrega a los pacientes conscientes entre las 24 y 48 horas posteriores al ingreso en la UCIC, después de que se les haya realizado la higiene en la cama.

Los cuestionarios son realizados por una de las investigadoras que no tiene trato asistencial directo con los pacientes para evitar sesgos de conformidad.

Procedimiento: siguiendo el protocolo del hospital y las recomendaciones de prevención de infecciones en pacientes en estado crítico⁽²⁵⁾, desde inicios de 2021 la higiene de estos pacientes se realiza en esta unidad con toallitas de clorhexidina, esponja sin jabón para el rostro y, para los genitales, agua y jabón o toallitas de clorhexidina según las necesidades del paciente. Las toallitas se mantienen a una temperatura de 45°C mediante un calentador proporcionado por la empresa.

Tratamiento y análisis de los datos

Las variables cuantitativas se expresan como media ± Desviación Estándar (DE) o como mediana e

intervalo intercuartílico (Q1-Q3) si no siguen criterios de normalidad. Se comparan mediante la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y se analizan mediante la prueba de chi-cuadrado. Se analiza a los participantes en función de si es la primera vez que se los higieniza en la cama, comparando estos dos subgrupos. En el Grupo A se incluyó a aquellos a quienes alguna vez se les había realizado la higiene en la cama, y el Grupo B estuvo conformado por los que nunca habían sido higienizados en la cama. Se considera significancia cuando $p < 0,05$. El análisis estadístico se realiza en IBM SPSS v23.

Aspectos éticos

Se informó del estudio a los participantes, se proporcionó información por escrito y se solicitó su

consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Medicamentos del centro (HCB/2021/0552).

Resultados

De 148 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, todos accedieron a participar en el estudio. La media de edad fue 67 ± 15 años y el 67,6% fueron hombres. El 58,5% de los pacientes estaban casados o en pareja. Los pacientes conviven de media con $2,31 \pm 0,9$ familiares y el 74,7% recibió visitas al momento del ingreso. El principal diagnóstico de ingreso fue Síndrome Coronario Agudo (SCA) con o sin elevación del segmento ST. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del estudio.

Tabla 1 - Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes (n=148). Barcelona, España, 2021

Variables	
Edad (DE)	67±15
Sexo (mujeres) n (%)	48 (32,4)
Estado civil n (%)	
Casado/a	74 (50,3)
En pareja	12 (8,2)
Divorciado/a	16 (10,9)
Soltero/a	24 (16,3)
Viudo/a	21 (14,3)
Número convivientes (Incluido el paciente) (DE)	2,31±0,9
Visitas al ingreso n (%)	109 (74,4)
Cantidad de visitas al ingreso (DE)	1,34±0,71
Diagnóstico n (%)	
IAMEST ¹	32 (21,6)
IAMSEST ²	35 (23,6)
ICA ³	5 (3,4)
IVAT ⁴	15 (10,1)
Mitralcíp	5 (3,4)
BAV/c ⁵	11 (7,4)
Derrame pericárdico	4 (2,7)
Tormenta arritmica	6 (4,1)
Otros	35 (23,6)

¹DE = Desviación Estándar; ²IAMEST = Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST; ³IAMSEST = Infarto Agudo de Miocardio Sin Elevación del Segmento ST; ⁴ICA = Insuficiencia Cardíaca Aguda; ⁵IVAT = Implante de Válvula Aórtica Transcataléter; ⁶BAV/c = Bloqueo Aurículo-Ventricular completo

Al 66,9% de los pacientes ya los habían higienizado en la cama en internaciones anteriores. Resultó significativo ($p < 0,005$) que los pacientes a los que nunca les habían realizado la higiene eran más jóvenes: 54 ± 14 vs 73 ± 11 años.

En su mayoría, los pacientes están casados o en pareja. Sí fue significativo que entre los pacientes a

quienes nunca se los ha higienizado en la cama había mayor cantidad de solteros: 9,1% vs 31,6%.

Los pacientes a los que nunca los había higienizado en la cama (Grupo B) sintieron significativamente mayor vergüenza. Por el contrario, aquellos a quienes ya les habían realizado la higiene con anterioridad (Grupo A) presentaron mayor conformismo (Tabla 2).

Tabla 2 - Aspectos conductuales: diferencias en función de experiencias previas de higiene en la cama. Barcelona, España, 2021

Aspectos conductuales	TOTAL (n=148)	Grupo A Higiene en la cama realizada con anterioridad (n=88)	Grupo B Higiene en la cama nunca realizada (n=48)	p [*]
¿Qué pensó cuando le dijeron que iban a higienizarlo en la cama? n (%)				
Vergüenza	40 (27)	10 (10,1)	30 (61,2)	
Alivio	23 (15,5)	17 (17,2)	6 (12,2)	<0,05
Conformismo	68 (45,9)	55 (55,6)	13 (26,5)	
Otros	17 (11,5)	17 (17,2)	0	
¿Sintió que invadían su intimidad? n (%)				
Absolutamente no	86 (58,1)	75 (75,8)	11 (22,4)	
Un poco	39 (26,4)	21 (21,2)	18 (36,7)	<0,05
Bastante	12 (8,1)	2 (2)	10 (20,4)	
Mucho	11 (7,4)	1 (1)	10 (20,4)	
¿Cuántas personas lo higienizaron? (DE [†])	1,96±0,2	1,97±0,17	1,94±0,24	NS [‡]
¿Cuántas personas habría preferido? n (%)				
La misma cantidad	134 (90,5)	97 (98)	37 (75,5)	<0,05
Menos	14 (9,5)	2 (2)	12 (24,5)	
¿Le resultó agradable que hablaran usted durante la higiene?				
n (%) SI	119 (82,6)	83 (87,4)	36 (73,5)	0,037
¿Le resultó agradable que explicaran historias durante la higiene?				
n (%) SI	107 (74,3)	75 (78,9)	32 (65,3)	NS [‡]
¿Le resultó agradable su profesionalidad?				
n (%) SI	110 (76,9)	76 (80,9)	34 (69,4)	NS [‡]
¿Le resultó agradable la sensación de limpieza?				
n (%) SI	96 (66,7)	69 (72,6)	27 (55,1)	0,028
¿Cómo lo higienizaron? n (%)				
Toallitas de clorhexidina	140 (95,9)	94 (96,9)	46(93,9)	
Agua y jabón	6 (4,1)	3 (3,1)	3 (6,1)	NS [‡]
¿Le permitieron lavarse los genitales?				
n (%)	85 (61,6)	44 (49,4)	41 (83,7)	<0,05
Si la respuesta fue NO, ¿Habría preferido lavarse los genitales usted mismo? n (%) (n=49)				
Absolutamente no	22 (44,9)	22 (53,7)	0	
Un poco	11 (22,4)	8 (19,5)	3 (37,5)	
Bastante	11 (22,4)	7 (17,1)	4 (50)	0,036
Mucho	5 (10,2)	4 (9,8)	1 (12,5)	

p^{*} = Nivel de significancia. Prueba de chi-cuadrado (Valores de p<0,05 se consideraron significativos); [†]DE = Desviación Estándar. Prueba t de Student; [‡]NS = No Significativo

El 40% de los pacientes del Grupo B sintieron que les invadían su intimidad bastante o mucho y de manera significativa, frente al 3% del Grupo A.

En ambos grupos, la higiene fue llevada a cabo por una media de aproximadamente dos profesionales; sin embargo, 1 de cada 4 integrantes del Grupo B habría preferido que fueran menos.

A más del 70% de los pacientes les resulta agradable que el profesional hable con ellos, explique historias y sea profesional mientras realiza la higiene. Sin embargo, aquellos a quienes ya se les había higienizado con anterioridad lo destacan en mayor porcentaje.

Fue significativo que los pacientes del Grupo A valoraran más positivamente la sensación de limpieza que los del Grupo B.

A los pacientes del Grupo B se les ofreció significativamente más frecuentemente que se lavaran los genitales ellos mismos; además, en este grupo, todos los pacientes prefirieron realizar esta tarea ellos mismos.

En la Tabla 3 se muestran aspectos técnicos de la higiene como las interrupciones, que fueron significativamente mayores en el Grupo B, y que se abrió más la puerta durante la higiene. Las interrupciones molestaron un poco al 83% de los pacientes del Grupo B frente al 24% del Grupo A. Además, al 76% del Grupo B le molestó un poco que se abriera la puerta frente al 32% del Grupo A.

En su mayoría, los pacientes no tuvieron dolor durante la higiene; tampoco frío ni calor.

Tabla 3 - Aspectos técnicos de la higiene: diferencias en función de experiencias previas de higiene en la cama. Barcelona, España, 2021

Aspectos técnicos de la higiene	TOTAL (n=148)	Grupo A Higiene en la cama realizada con anterioridad (n=88)	Grupo B Higiene en la cama nunca realizada (n=48)	P ^a
¿Hubo interrupciones durante la higiene?				
n (%) SI	41 (27,7)	22 (22,2)	19 (38,8)	0,028
¿Le molestaron las interrupciones? n (%) (n=39)				
Absolutamente no	19 (48,7)	16 (76,2)	3 (16,7)	0,002
Un poco	12 (30,8)	4 (19)	8 (44,4)	
Bastante	6 (15,4)	1 (4,8)	5 (27,8)	
Mucho	2 (5,1)	0	2 (11,1)	
¿Se mantuvo la puerta cerrada?				
n (%) SI	98 (66,2)	73 (73,7)	25 (51)	0,005
¿Le molestó que abrieran la puerta? n (%) (n=46)				
Absolutamente no	22 (47,8)	17 (68)	5 (23,8)	0,005
Un poco	14 (30,4)	7 (28)	7 (33,3)	
Bastante	8 (17,4)	1 (4)	7 (33,3)	
Mucho	2 (4,3)	0	2 (9,5)	
¿Tuvo dolor? n (%)				
Absolutamente no	123 (83,7)	87 (87,9)	36 (75)	NS ^b
Un poco	19 (12,9)	11 (11,1)	8 (16,7)	
Bastante	4 (2,7)	1(1)	3 (6,3)	
Mucho	1 (0,7)	0	1 (2,1)	
¿Sintió frío o calor? n (%)				
Estuvo bien	101 (69,2)	69 (71,1)	32 (65,3)	NS ^b
Un poco de frío	41 (28,1)	24 (24,7)	17 (34,7)	
Mucho frío	4 (2,7)	4 (4,1)	0	
Turno de higiene n (%)				
Mañana	90 (60,8)	57 (57,6)	33 (67,3)	NS ^b
Noche	56 (37,8)	41 (41,4)	15 (30,6)	
Tarde	2 (1,4)	1 (1)	1 (2)	
Turno de preferencia para la higiene n (%)				
Mañana	119 (80,4)	79 (79,8)	40 (81,6)	NS ^b
Noche	28 (18,9)	20 (20,2)	8 (16,3)	
Tarde	1 (0,7)	0	1 (2)	
¿Le despertaron para higienizarlo?				NS ^b
n (%) SI	48 (32,9)	35 (35,7)	13 (27,1)	NS ^b
¿Tenía alguna prueba/intervención en las siguientes 3 horas?				
n (%) SI	42 (29,2)	30 (30,9)	12 (25,5)	NS ^b

P^a = Nivel de significancia. Prueba de chi-cuadrado (Valores de p<0,05 se consideraron significativos); NS^b = No Significativo

El 38% de los procedimientos de higiene que se realizan en nuestra UCIC se desarrollan en el turno noche, aunque generalmente tienen lugar de 6 a 8 de la mañana y el 87,5% de los pacientes tenían alguna prueba o intervención quirúrgica en las siguientes 3 horas.

La higiene es llevada a cabo en un 67% por dos mujeres y en un 32% por un hombre y una mujer. No se encontraron diferencias entre ambos grupos. En la Tabla 4 se muestran las diferencias entre ambos grupos respecto al sexo de los profesionales que realizan la higiene y las preferencias del paciente.

Tabla 4 - Sexo de los profesionales implicados en realizar la higiene y preferencias: diferencias en función de experiencias previas de higiene en la cama. Barcelona, España, 2021

Sexo de los profesionales implicados en realizar la higiene y preferencias	TOTAL (n=148)	Grupo A Higiene en la cama realizada con anterioridad (n=99)	Grupo B Higiene en la cama nunca realizada (n=49)	p*
¿Qué personal lo higienizó, por sexos? n (%)				
Mujer	99 (66,9)	63 (63,6)	36 (73,5)	
Mujer/Hombre	48 (32,4)	36 (36,4)	12 (24,5)	NS†
Hombre	1 (0,7)	0	1(2)	
¿Qué personal hubiera preferido, por sexos? n (%)				
Mujer	110 (74,3)	73 (73,7)	37 (75,5)	
Mujer/Hombre	31 (20,9)	21 (21,2)	10 (20,4)	NS†
Hombre	7 (4,7)	5 (5,1)	2 (4,1)	
¿Preferiría que un familiar suyo le realizara o colaborara en la higiene?				NS†
n (%) Si	47 (32)	34 (34,7)	13 (26,5)	
Si la respuesta fue Si, ¿Qué parentesco tiene con usted? n (%) (N=48)				
Esposa	22 (45,8)	19 (55,9)	3 (21,4)	
Pareja	4 (8,3)	1 (2,9)	3 (21,4)	
Hija	15 (31,3)	14 (41,2)	1 (7,1)	<0,05
Madre	6 (12,5)	0	6 (42,9)	
Otros	1 (2,1)	0	1 (7,1)	

p* = Nivel de significancia. Prueba de chi-cuadrado (Valores de p<0,05 se consideraron significativos); †NS = No Significativo

El 32% de los pacientes preferiría que un familiar realizara o colaborase en la higiene, sin diferencias entre los grupos. El 5% de los pacientes reflejaron en la pregunta abierta que preferían ser higienizados con agua y jabón en lugar de con toallitas de clorhexidina.

Discusión

La atención sanitaria debe individualizarse e implementar cuidados centrados en el paciente; por ello, cada vez revisten más relevancia aquellos estudios enfocados en la experiencia de paciente^(4,5,6). No existe gran evidencia sobre la experiencia en los cuidados enfermeros en UCI, y principalmente se limita a estudios cualitativos^(13,15).

Dado que no todo puede individualizarse, ya que en ocasiones influye la organización, el personal o la infraestructura de las UCI, es necesario conocer qué piensan los pacientes mayormente, para así adaptar nuestras unidades al beneficio de una mayor cantidad de pacientes.

En su mayoría, los pacientes conscientes a los que se les realiza la higiene en la cama por primera vez presentan vergüenza, y el 40% siente bastante o mucha invasión de su intimidad.

También les molesta en mayor medida que se abran las puertas o haya interrupciones. Sin embargo, en ingresos posteriores, los pacientes ya no sienten que la higiene en la cama sea una invasión de su intimidad:

manifiestan más conformismo ante esta técnica, les resulta más agradable el contacto con el personal de Enfermería (mientras hablan durante la higiene) o su profesionalidad y disfrutan más de la sensación de limpieza.

Los pacientes a los que nunca se los ha higienizado en la cama también son más jóvenes y con mayor cantidad de solteros, lo que podría aumentar el hecho de que sientan mayor vergüenza.

La higiene es llevada a cabo en el 67% por dos mujeres y en el 32% por un hombre y una mujer. Este dato resulta equiparable con el sexo de los profesionales sanitarios de la unidad.

Las interrupciones en la UCI son frecuentes; se estima 1 interrupción cada 3 minutos, mayoritariamente relacionadas con el desarrollo del trabajo o con los pacientes^(2,26). De los resultados de nuestro estudio se extrae que hubo significativamente más interrupciones y que se abrió la puerta más veces en los pacientes del Grupo B. Este dato se presenta extraño, y más bien podría responder a que estos pacientes eran más conscientes de estas interrupciones, siendo éstas más molestas.

A pesar de que se recomienda favorecer el descanso nocturno y no realizar procedimientos de higiene durante la noche, a un tercio de estos pacientes se los higieniza en el turno noche, generalmente de 6 a 8 de la mañana, siguiendo el sistema de organización del hospital. Al 12,5% de estos pacientes se les despertó para realizar esta técnica sin la existencia de ninguna prueba o intervención

temprana⁽²⁴⁾. Debemos seguir trabajando en este sentido para favorecer el descanso de los pacientes siempre que sea posible.

El principal factor estresante de los pacientes en la UCI es el dolor^(4,18,27). Es importante destacar que los pacientes estudiados calificaron a la higiene como no dolorosa.

El hecho de que, según la bibliografía⁽¹⁸⁾, estar separado de la familia sea uno de los factores más estresantes de la UCI contrasta con lo descubierto en este estudio, en el que se halló un pequeño porcentaje de pacientes que preferían participación de la familia en sus cuidados. Los pacientes estudiados estaban conscientes y mayormente estables cuando se realizó la encuesta, que además fue entre las 24 y 48 horas posteriores al ingreso, hecho que podría influir en que no quisieran que los familiares participaran de los cuidados de UCI.

La participación de las familias puede mejorar los resultados psicosociales, emocionales y físicos de los pacientes en estado crítico y mitigar el riesgo de morbilidad psicológica relacionada con su experiencia en la UCI⁽²²⁻²³⁾. Por ello, sería necesario desarrollar estudios con pacientes que se mantengan admitidos en la UCI durante periodos extensos de tiempo, ya que ingresos más prolongados en UCI provocan experiencias más negativas^(15,16), al igual que analizar la opinión de la familia respecto a su implicación en la colaboración de los cuidados.

Los pacientes cardiológicos son pacientes crónicos que suelen reingresar por descompensaciones o empeoramiento a lo largo de su vida. Como profesionales sanitarios, es grato pensar que, en los siguientes ingresos, a los pacientes les resulta más agradable que los higienicen y disfruten más de nuestra compañía.

Un estudio cualitativo del año 2008 evaluó la percepción de los pacientes respecto a la higiene en la UCI, hallándose sensaciones negativas como falta de respeto e insensibilidad por parte de los profesionales⁽¹⁷⁾. En nuestro estudio, la percepción de los pacientes fue mayoritariamente positiva, destacando que les resultaba agradable el contacto y la comunicación con el personal de Enfermería. Posiblemente, en los últimos años hemos mejorado nuestra atención a los pacientes, situándolos en el centro del cuidado, y esto favorece una mejor percepción de su estancia en la UCI⁽²¹⁾.

Hablar con los pacientes mientras se los higieniza puede contribuir a minimizar el estrés en la UCI^(12,28). Según un estudio que evalúa la percepción del baño con toallitas de clorhexidina, esta práctica es rechazada por el 16% de los pacientes. En nuestro estudio, solamente el 5% manifestó preferir el baño con agua y jabón, quizás ya que se explica a los pacientes el beneficio esperado de prácticas de prevención de infecciones que se realizan a diario⁽²⁹⁾.

El estudio fue realizado con restricciones de visitas por la pandemia de COVID-19, limitadas a una hora por la mañana y a una por la tarde, sin permitir intercambiar familiares, lo que impidió que el tiempo de visita fuera amplio. Este hecho, conjuntamente con que la encuesta se realizara durante los primeros dos días de ingreso, pudo influir en que los pacientes no quisieran que sus familiares participaran de cuidados propios en la UCIC.

Para el cálculo de la muestra se utilizaron los datos del año 2018, ya que por cuestiones organizativas durante 2019 hubo mayor cantidad de pacientes sedados e intubados, no representativos de la tendencia en la unidad. Los datos de 2020 también fueron descartados para el cálculo muestral, ya que sufrieron alteraciones por consecuencia de la pandemia de COVID-19.

Como limitaciones del estudio, el cuestionario no fue validado mediante análisis de sus propiedades psicométricas (fiabilidad, validez, etc.), y únicamente se realizó una prueba inicial con 5 sujetos, por lo que podría tener cierto sesgo de elaboración. En el diseño del estudio no se contempló la perspectiva de género y se catalogó a los pacientes según su sexo biológico.

Conclusión

Este estudio concluye que, a nivel global, los pacientes no sienten invasión de su intimidad cuando se les realiza la higiene en la cama y que aprecian una comunicación fluida con el personal sanitario mientras se desarrollan estos cuidados.

Los pacientes que ingresan en la UCIC por primera vez y a quienes no se les había higienizado en la cama son más jóvenes, sienten mayor vergüenza ante los profesionales sanitarios y les molestan más las interrupciones, siendo más conscientes de ellas.

Como responsables de la higiene de pacientes en estado crítico, los enfermeros deben procurar mantener la intimidad mientras se realiza la técnica y minimizar las interrupciones que puedan incomodar al paciente.

Los pacientes aprecian y agradecen que se les ofrezca lavarse los genitales ellos mismos. Es necesario sensibilizar a los profesionales acerca de la importancia de implicarlos activamente durante el procedimiento, invitando sistemáticamente a los pacientes a lavarse ellos mismos las zonas que puedan (incluidos los genitales), siempre que sea posible.

Cierto porcentaje de pacientes apreciarían que un familiar participase al momento de la higiene. Se requieren futuros estudios para evaluar la voluntad de los familiares de participar más activamente en los cuidados.

Referencias

- Jorge P, Ariza-Solé A. Cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos: un binomio indisoluble. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(11):1002. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.07.002>
- Ferrer M, García-García C, El Ouaddi N, Rueda F, Serra J, Oliveras T, et al. Transitioning from a coronary to a critical cardiovascular care unit: trends over the past three decades. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2021;10(4):437-44. <https://doi.org/10.1177/2048872620936038>
- Sasangohar F, Donmez B, Easty A, Storey H, Trbovich P. Interruptions experienced by cardiovascular intensive care unit nurses: an observational study. *J Crit Care*. 2014;29(5):848-53. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.05.007>
- Kang J, Lee M, Cho YS, Jeong JH, Choi SA, Hong J. The relationship between person-centred care and the intensive care unit experience of critically ill patients: A multicentre cross-sectional survey. *Aust Crit Care*. 2022;35(6):623-9. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.10.010>
- Hong J, Kang J. Development and validation of a patient version of person-centered critical care nursing questionnaire: a methodological study. *SAGE Open*. 2020;10(2):215824402092442. <https://doi.org/10.1177/2158244020924423>
- Calviño-Günther S, Vallod Y. Patient care: From body to mind. In: Boulanger C, McWilliams D, editors. *Passport to Successful ICU Discharge*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 29-42.
- Tsogbadrakh B, Kunaviktikul W, Akkadechanunt T, Wichaiakum OA, Turale S. Nurse and patient perceptions of quality nursing care in Mongolian public hospitals. *PRIJNR [Internet]*. 2020 [cited 2023 Mar 18];24(4):514-26. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/237091>
- Dişin F, Kızılcık Özkan Z, Kalaycı E. Intensive care experiences of postoperative patients. *J Patient Exp*. 2022;9:23743735221092490. <https://doi.org/10.1177/23743735221092489>
- Youn H, Lee M, Jang SJ. Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;73(103293):103293. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103293>
- Toledo LV, Sampaio NV, Salgado PO, Brinati LM, Domingos CS, Souza CC, et al. Déficit no autocuidado para banho: caracterização do diagnóstico de enfermagem em pacientes críticos. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;43:e3284. <https://doi.org/10.25248/reas.e3284.2020>
- Díaz E, Turégano C. Daily skin antisepsis and hygiene in the critically ill patient. *Med Intensiva*. 2019;43(Suppl 1):13-7. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.010>
- Pérez-Ortega S, Durán VH, Gracia SV, Ferri EF, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, et al. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. *Enferm Cardiol [Internet]*. 2021 [cited 2023 Mar 18]. Available from: https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/627258790ab95_ART-2-82A002.pdf
- Nakatani AYK, Souza ACS, Gomes IV, Sousa MM. O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem recebe. *Cien Cuid Saúde [Internet]*. 2004 [cited 2023 Mar 18];3(1):13-22. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5511>
- Estacio Almeida EV, Zambrano Zambrano KJ, Bravo Bravo KG, Rosales Cevallos AE. Bioética y aspectos médico-legales en la Unidad de Cuidados Intensivos. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015. *Recimundo [Internet]*. 2019 [cited 2023 Mar 18];3(3):952-69. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/556>
- Bani Hani DA, Alshraideh JA, Alshraideh B. Patients' experiences in the intensive care unit in Jordan: A cross-sectional study. *Nurs Forum*. 2022;57(1):49-55. <https://doi.org/10.1111/nuf.12650>
- Zengin N, Ören B, Üstündag H. The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care*. 2020;25(2):109-16. <https://doi.org/10.1111/nicc.12465>
- Veje PL, Chen M, Jensen CS, Sørensen J, Primdahl J. Bed bath with soap and water or disposable wet wipes: Patients' experiences and preferences. *J Clin Nurs*. 2019;28(11-12):2235-44. <https://doi.org/10.1111/jocn.14825>
- Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda R. Psychological distress in patients admitted in an Intensive Care Unit. *Rev Psicopatol Psicol Clín [Internet]*. 2014 [cited 2023 Mar 18];18(2):129. Available from: <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12769>
- von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):573. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
- Uhel S, Robin V, Fely L, Vaux M, Allix-Beguec C, Briatte I. The effect of therapeutic communication when washing patients. *Soins*. 2020;65(845):10-3. [https://doi.org/10.1016/S0038-0814\(20\)30075-X](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(20)30075-X)
- Guijarro PG, Amezcua M. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Ética de los Cuidados [Internet]*. 2018 [cited

2023 Mar 18];11. Available from: <http://ciberindex.com/c/et/e11934>

22. Wong P, Redley B, Digby R, Correya A, Bucknall T. Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care.* 2020;33(4):317-25. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.002>

23. Heydari A, Sharifi M, Moghaddam AB. Family participation in the care of older adult patients admitted to the intensive care unit: A scoping review. *Geriatr Nurs.* 2020;41(4):474-84. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.020>

24. Grimm J. Sleep deprivation in the intensive care patient. *Crit Care Nurse.* 2020;40(2):e16-24. <https://doi.org/10.4037/ccn2020939>

25. Caya T, Knobloch MJ, Musuuza J, Wilhelmson E, Safdar N. Patient perceptions of chlorhexidine bathing: A pilot study using the health belief model. *Am J Infect Control.* 2019;47(1):18-22. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.07.010>

26. Santomauro C, Powell M, Davis C, Liu D, Aitken LM, Sanderson P. Interruptions to intensive care nurses and clinical errors and procedural failures: A controlled study of causal connection: A controlled study of causal connection. *J Patient Saf.* 2021;17(8):e1433-40. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000528>

27. Edeer AD, Bilik Ö, Kankaya EA. Thoracic and cardiovascular surgery patients: Intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care.* 2020;25(4):206-13. <https://doi.org/10.1111/nicc.12484>

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui. **Obtención de datos:** Silvia Pérez-Ortega. **Análisis e interpretación de los datos:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui. **Análisis estadístico:** Silvia Pérez-Ortega. **Redacción del manuscrito:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui.

Recibido: 20.04.2023
Aceptado: 27.07.2023

Editor Asociado:
César Calvo-Lobo

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, ejercer, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Silvia Pérez-Ortega
E-mail: sperezo@clinic.cat
 <https://orcid.org/0000-0001-8625-8667>

Capítulo V. Publicaciones científicas

Artículo 4

Pérez-Ortega S, Parellada M, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos. Enferm Intensiva.

Aceptado para publicación el 15 diciembre de 2023. (ref. ENFI-D-23-00106)

Índice JCR- 1,3 (Q3), SCIMAGO SJR - 0,233

em Enfermería Intensiva Silvia Perez-Ortega v

Inicio Menú principal Enviar un manuscrito About Ayuda

← Manuscritos con una decisión de la redacción para el autor

Página: 1 de 1 (total de 1 manuscrito(s) completado(s)) Mostrar 10 resultados por página.

Acción	Número del manuscrito	Título	Fecha inicial de envío	Fecha de estado	Estado actual	Fecha en la que se tomó la decisión definitiva	Decisión definitiva
Ver manuscrito Respuesta del autor Ver carta de decisión Opciones de publicación - Publishing Options Enviar correo electrónico	ENFI-D-23-00106	Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos Gender perspective in the implementation of hygiene in cardiology intensive care	02/09/2023	15/12/2023	Aceptado / Accepted		

Página: 1 de 1 (total de 1 manuscrito(s) completado(s)) Mostrar 10 resultados por página.

Enfermería Intensiva

Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos

Gender perspective in the implementation of hygiene in cardiology intensive care –Borrador del manuscrito–

Número del manuscrito:	ENFI-D-23-00106R2
Tipo de artículo:	Original
Palabras clave:	Higiene; cuidado de la piel; Enfermeras y enfermeros; Unidades de Cuidados Intensivos; rol de género; perspectiva de género; Hygiene; skin care; nurses; Intensive Care Units; gender role; gender perspective
Autor correspondiente:	Silvia Perez-Ortega, RN, MSc Hospital Clínic de Barcelona Barcelona, Barcelona SPAIN
Primer autor:	Silvia Perez-Ortega, RN, MSc
Orden de autores:	Silvia Perez-Ortega, RN, MSc Marta Parellada-Vendrell, RN, MSc Elena Querol, RN, MSc Judith Prats, RN, MSc Montserrat Venturas, RN, PhD Adelaida Zabalegui, RN, PhD, FEANS
Resumen:	<p>Resumen Introducción La higiene del paciente crítico es un cuidado esencial diario, que se realiza bajo condiciones de seguridad, para favorecer el confort y mantener el estado íntegro de piel y mucosas, sin embargo, puede generar en los pacientes sentimientos de dependencia y vulnerabilidad. El objetivo del estudio post hoc es conocer las diferencias en relación a la satisfacción y vivencias de los pacientes durante la higiene en la cama en una unidad de cuidados intensivos, según sexo biológico y perspectiva de género.</p> <p>Método Estudio observacional, descriptivo y prospectivo para el que se realiza un cuestionario ad hoc a 148 pacientes mayores de edad, conscientes y orientados. El cuestionario se realizó entre las 24-48 horas del ingreso a la unidad, una vez se había realizado la primera higiene en la cama.</p> <p>Resultados Durante la higiene, los hombres respecto las mujeres sintieron conformismo (51% vs 35,4%), vergüenza (31% vs 18,8%) y alivio (9% vs 29,2%) ($p<0,05$). Las mujeres tuvieron sensación de limpieza en 89,1% frente al 56,1% de los hombres ($p<0,05$). A los hombres se ofreció que se lavaran sus propios genitales en un 72,9% frente al 35,7% de mujeres($p<0,05$). El 34,3% de los hombres preferirían que un familiar colaborara en la higiene (62,9% optaron por su propia esposa), frente al 27,1% de mujeres que preferirían a su hija en un 84,6%.</p> <p>Conclusiones Las mujeres toleran mejor la realización de la higiene en la cama y agradecen más la sensación de limpieza. La mujer es identificada como cuidadora, tanto a nivel profesional como en el núcleo familiar, y los pacientes las prefieren para colaborar en la realización de la higiene, siendo elegida la esposa en el caso de los hombres y la hija en el caso de las mujeres.</p> <p>Abstract Introduction Hygiene in critical patients is an essential daily care, provided under safe conditions, to</p>

Con tecnología de Editorial Manager® y ProduXion Manager® de Aries Systems Corporation

Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos

Silvia Pérez-Ortega. RN, MSc, PhD student^{a,b}. sperezo@clinic.cat

Marta Parellada-Vendrell. RN, MSc, PhD student^a. maparell@clinic.cat

Elena Querol. RN, MSc^c. equerol1@clinic.cat

Judith Prats. RN, MSc^c. jpratasc@clinic.cat

Montserrat Venturas. RN, PhD^{b,c}. mventura@clinic.cat

Adelaida Zabalegui. RN, PhD, FEANS^{b,d}. azabaleg@clinic.cat

^a Unidad cuidados cardiológicos agudos. Hospital Clínic Barcelona, España

^b Facultad de enfermería. Universidad de Barcelona, España

^c Instituto Clínico Cardiovascular. Hospital Clínic Barcelona, España

^d Dirección Enfermería. Hospital Clínic Barcelona, España

Autor de correspondencia

Silvia Pérez-Ortega. RN, MSc, PhD student. Unidad cuidados cardiológicos agudos. Hospital Clínic Barcelona. C/Villarroel 170. Escalera 1 piso 6. 08036 Barcelona. sperezo@clinic.cat. Tel: +0034615917479 <https://orcid.org/0000-0002-6213-8238>

Financiación

No se ha obtenido financiación.

Nº palabras: 2992

Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

¿Qué se conoce?

La higiene del paciente crítico forma parte del cuidado esencial en la UCI, y además de realizarse con seguridad, debe responder a las necesidades y preferencias de los pacientes. No se ha encontrado evidencia científica que aborde aspectos concretos de la higiene del paciente crítico, explorando las preferencias de los pacientes en función del sexo biológico y perspectiva de género.

¿Qué aporta?

Este estudio identifica aspectos conductuales y técnicos de la realización de la higiene que influyen en la experiencia del paciente y no eran conocidos. Se detectan importantes cuestiones de género, especialmente relacionadas con la higiene genital y la participación de la familia.

Implicaciones del estudio

La higiene en el paciente crítico es un acto muy íntimo que puede hacer sentir al paciente vulnerable. Permitir al paciente que participe en la toma de decisiones sobre algunos aspectos de su cuidado incorporando sus preferencias en la higiene, mejorará la calidad de la atención, así como la satisfacción global en la UCI.

1 **Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos**
2 **cardiológicos**

3
4
5 **Gender perspective in the implementation of hygiene in cardiology intensive**
6 **care**

7
8
9
10 **Resumen**

11 **Introducción**

12
13
14
15
16
17 La higiene del paciente crítico es un cuidado esencial diario, que se realiza bajo
18 condiciones de seguridad, para favorecer el confort y mantener el estado íntegro de
19 piel y mucosas, sin embargo, puede generar en los pacientes sentimientos de
20 dependencia y vulnerabilidad.
21
22

23
24
25
26
27
28 El objetivo del estudio post hoc es conocer las diferencias en relación a la
29 satisfacción y vivencias de los pacientes durante la higiene en la cama en una
30 unidad de cuidados intensivos, según sexo biológico y perspectiva de género.
31
32

33 **Método**

34
35
36
37
38
39 Estudio observacional, descriptivo y prospectivo para el que se realiza un
40 cuestionario ad hoc a 148 pacientes mayores de edad, conscientes y orientados. El
41 cuestionario se realizó entre las 24-48 horas del ingreso a la unidad, una vez se
42 había realizado la primera higiene en la cama.
43
44
45
46
47
48
49

50 **Resultados**

51
52
53 Durante la higiene, los hombres respecto las mujeres sintieron conformismo (51%
54 vs 35,4%), vergüenza (31% vs 18,8%) y alivio (9% vs 29,2%) ($p<0,05$). Las mujeres
55 tuvieron sensación de limpieza en 89,1% frente al 56,1% de los hombres ($p<0,05$).
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

A los hombres se ofreció que se lavaran sus propios genitales en un 72,9% frente al 35,7% de mujeres ($p<0,05$).

El 34,3% de los hombres preferirían que un familiar colaborara en la higiene (62,9% optaron por su propia esposa), frente al 27,1% de mujeres que preferirían a su hija en un 84,6%.

Conclusiones

Las mujeres toleran mejor la realización de la higiene en la cama y agradecen más la sensación de limpieza.

La mujer es identificada como cuidadora, tanto a nivel profesional como en el núcleo familiar, y los pacientes las prefieren para colaborar en la realización de la higiene, siendo elegida la esposa en el caso de los hombres y la hija en el caso de las mujeres.

Palabras clave: Higiene, cuidado de la piel, enfermeras y enfermeros, unidades de cuidados intensivos, rol de género, perspectiva de género

Abstract

Introduction

Hygiene in critical patients is an essential daily care, provided under safe conditions, to promote comfort and maintain the integrity of skin and mucous membranes, however, it can generate feelings of dependence and vulnerability in patients.

1 The aim of this post hoc study is to know the differences in satisfaction and lived
2 experience regarding bed hygiene in an intensive care unit according to biological
3 sex and gender perspective.
4
5
6

7 **Methods**

8
9
10 Observational, descriptive and prospective study in which an ad hoc questionnaire
11 was administered to 148 conscious and oriented patients of legal age. The
12 questionnaire was completed 24-48 hours after admission to the unit, once the
13 initial bed hygiene had been performed.
14
15
16
17
18
19
20

21 **Results**

22
23
24 Males experienced conformism (51%), embarrassment (31%) and relief (9%);
25
26 Women felt conformism (35.4%), embarrassment (18.8%) and relief (29.2%)
27
28 (p<0.05). Women experienced a feeling of cleanliness in 89.1% compared to 56.1%
29
30 of men (p<0.05).
31
32
33

34
35 Men were offered to wash their genitals in 72.9% compared to 35.7% of women
36
37 (p<0.05).
38
39

40
41 34.3% of men would prefer a family member to assist them during hygiene (62.9%
42
43 by their wives), compared to 27.1% of women who would prefer a family member
44
45 (84.6% by their daughters).
46
47

48 **Conclusion**

49
50
51 Women tolerate bed hygiene better than men and appreciate more the feeling of
52
53 cleanliness.
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Women are identified as caregivers, both professionally and in the family, and patients prefer them to collaborate in the performance of hygiene, being wives preferred by men and daughters preferred by women.

Keywords: *Hygiene, skin care, nurses, intensive care units, gender role, gender perspective*

Introducción

Los pacientes y familiares suelen tener un elevado grado de satisfacción de su estancia en las unidades de cuidados intensivos (UCI), generalmente influenciado por la percepción de su estado de salud¹⁻⁵. Algunos aspectos que generan menor satisfacción, son aquellos relacionados con la toma de decisiones y el poco control que tienen sobre sus cuidados³.

Los cuidados enfermeros de estos pacientes deben incluir no sólo aquellos aspectos técnicos de los diferentes dispositivos que pueda llevar el paciente o el conocimiento de terapéuticas novedosas, si no también, otros cuidados esenciales, centrados en el paciente, para mejorar la calidad de la atención (tanto realizada como percibida) y evitar una estancia mayor en cuidados intensivos⁵⁻⁷.

La higiene del paciente crítico es un cuidado esencial que se realiza diariamente bajo condiciones de seguridad, para favorecer el confort y mantener el estado íntegro de piel y mucosas^{8,9}. En la UCI, esta actividad la realiza habitualmente una enfermera y un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, y puede generar en los pacientes sentimientos de dependencia y vulnerabilidad⁸⁻¹⁰. Actualmente, es

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

frecuente la higiene en la UCI mediante toallitas de clorhexidina para prevenir la colonización de microorganismos multirresistentes⁹.

Conocer las necesidades y preferencias del paciente durante la higiene en cama permitirá adaptar nuestros cuidados a las necesidades expresadas, mejorando la calidad de los mismos y la satisfacción global de su estancia¹⁰.

No se ha encontrado en la literatura ningún cuestionario validado que evalúe cómo se lleva a cabo la higiene y si esta satisface las expectativas del paciente. En un estudio inicial, los autores ya analizaron la respuesta emocional del paciente crítico consciente durante la higiene diaria y la compararon en función de si los pacientes tenían o no experiencias previas¹¹. En este estudio, se vislumbraban diferencias de sexo y género, que creímos necesario explorar.

El sexo hace referencia a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer y el género se define como los roles (masculinos, femeninos u otros), comportamientos y oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural. Sexo y género intervienen de manera determinante en la salud de las personas y en su bienestar¹². Aunque existen aspectos sobre la participación del paciente y familia en la higiene que han sido poco estudiados, está descrito, que el género determina la experiencia de cuidar, los motivos por los que se adopta el rol de cuidador e incluso las estrategias de afrontamiento¹³. Es necesario tener presente estos aspectos y analizar las diferencias de sexo y género para que la investigación sea rigurosa e inclusiva¹⁴.

Objetivo

1 El objetivo del estudio post hoc es conocer las diferencias en relación a la
2 satisfacción y vivencias durante la higiene en la cama en una unidad de cuidados
3 intensivos cardiológicos (UCIC), según sexo biológico y perspectiva de género.
4
5
6
7
8
9

10 **Método**

11 **Diseño y ámbito de estudio**

12 Estudio observacional descriptivo prospectivo unicéntrico y transversal realizado en
13 una UCIC de un hospital terciario de alta tecnología XXX.
14

15 El estudio se realizó siguiendo la lista de verificación de Strengthening the
16 Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)¹⁵, y las
17 recomendaciones de la guía Sex And Gender Equity in Research (SAGER)¹².
18
19

20 La población a estudio fueron los pacientes conscientes que ingresaron en la UCIC
21 por un mínimo de 48 horas, mayores de 18 años, debían mantenerse en reposo y
22 haberse realizado la higiene en cama. Todos los participantes debían aceptar y
23 firmar el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos pacientes con deterioro
24 cognitivo, incapaces de contestar, o aquellos con una situación clínica que
25 impidiese realizar el cuestionario en las primeras 48 horas, y aquellos pacientes
26 que ingresasen en la UCIC trasladados de otra unidad u hospital, con estancia en
27 origen superior a 24h.
28
29
30
31

32 Se realizó un muestreo de conveniencia de todos los pacientes consecutivos,
33 independientemente del sexo biológico, que cumplieran los criterios de inclusión y
34 ninguno de exclusión desde julio de 2021 hasta diciembre de 2021. Para el cálculo
35 de la muestra, se asume un nivel de confianza del 0,95, un margen de error del
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

0,07 y una proporción estimada de pérdidas del 0,10. Teniendo en cuenta que durante el año 2018 ingresaron en la uci 625 pacientes de los cuales 386 eran pacientes conscientes, la muestra resultante debería ser de 148 participantes.

La UCIC cuenta con 16 boxes para patología cardiológica aguda, 12 de ellos individuales, con puertas de cristal que se opacifican, abriéndose en su totalidad mediante un pulsador.

Desde 2021, la higiene se realiza con toallitas de clorhexidina, esponja sin jabón para la cara, y para los genitales generalmente agua y jabón, siguiendo el protocolo hospitalario y las recomendaciones de prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en el paciente crítico^{9,16}.

Variables de estudio

Se realizó un cuestionario ad hoc para analizar el objetivo del estudio basado en la higiene en cama del primer día. Se incluyeron datos sociodemográficos (sexo biológico, edad, estado civil) y diagnóstico de ingreso.

Tras una revisión bibliográfica exhaustiva dónde no se encontró ningún cuestionario que valorase diferentes ítems relacionados con la higiene del paciente crítico cardiológico, se distinguieron varias dimensiones de estudio claves que debía incluir el cuestionario: intervenciones humanizadoras, dolor, participación de la familia y comunicación con el paciente¹⁷⁻²³. Se elaboró un cuestionario que constaba de 30 ítems (9 preguntas con opción múltiple, 8 preguntas de estimación medidas con escala Likert²⁴, donde 1 significa nada y 4 mucho, 12 preguntas binarias y una pregunta abierta). Las preguntas van referidas a cómo se ha sentido el paciente en el momento de la higiene, cómo se ha llevado a cabo y por quién, y

1 si concuerda con sus preferencias; si se ha lavado él mismo sus genitales o lo
2 hubiera preferido; y si le gustaría que un familiar participara en la higiene y quién.
3
4

5 **Recogida de datos**

6
7
8
9 El cuestionario inicialmente constaba de 26 ítems. Se realizó una prueba piloto con
10 5 pacientes para ver si las preguntas eran claras, sencillas, comprensibles y
11 respondían todas nuestras inquietudes²⁵.
12
13

14
15 El resultado de esta prueba mostró que algunos aspectos relevantes para el
16 estudio no estaban reflejados, como conocer qué profesionales realizaban la
17 higiene, las preferencias de los pacientes respecto al sexo de estos profesionales,
18 y si deseaban que sus familiares participasen de este cuidado. Además, un
19 participante agradeció que le dejaran lavarse él mismo sus genitales, lo que motivó
20 a incluir la pregunta sobre si le han dejado lavarse sus genitales en el cuestionario
21 final. En los pacientes portadores de sonda vesical, al ser un dispositivo invasivo
22 con requerimientos de intervenciones enfermeras, la higiene es llevada a cabo con
23 el fin de prevenir infecciones, por lo que no se les dio la opción del lavado propio de
24 genitales. Una vez realizada la higiene en cama y en las primeras 48h de ingreso
25 en UCIC se procede junto con el paciente sin familia a la implementación del
26 cuestionario. Estos son realizados por una investigadora sin trato asistencial directo
27 con los pacientes para evitar sesgos de conformidad.
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48

49 **Análisis de datos**

50
51 Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar o
52 mediana y rango intercuartílico si no siguen criterios de normalidad. Se comparan
53 mediante la t de Student o la prueba U de Mann-Whitney. Las variables cualitativas
54 se expresan en porcentajes y se analizan mediante el test chi-cuadrado. Se
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 analizan los participantes en función del sexo biológico, comparando estos dos
2 subgrupos. Se considera significación una $p < 0,05$. El análisis estadístico se realiza
3
4 con IBM.SPSS v23.
5
6

7 **Aspectos éticos**

8
9
10 Se informó del estudio a los participantes, se proporcionó información escrita y se
11
12 solicitó consentimiento informado.
13
14

15
16 El estudio recibió la aprobación del Comité de ética del medicamento del centro
17
18 (Ref. HCB/2021/0552).
19
20
21
22

23 **Resultados**

24
25
26 De 148 pacientes, el 67,6% fueron hombres. Las mujeres tenían significativamente
27
28 mayor edad que los hombres (71 ± 1 vs 65 ± 2 ; $p < 0,05$). Respecto al estado civil, las
29
30 mujeres eran mayoritariamente casadas o viudas y los hombres en su mayoría
31
32 estaban casados. No se encontraron diferencias respecto al diagnóstico de ingreso
33
34 entre sexos, siendo el más prevalente el síndrome coronario agudo con y sin
35
36 elevación del segmento ST.(Tabla 1)
37
38
39
40
41
42
43

44 La higiene en la cama fue una experiencia de novo para el 39% de los hombres
45
46 frente al 21% de las mujeres, hallándose diferencias estadísticamente significativas
47
48 ($p=0.028$).
49
50
51

52 A nivel conductual hubo diferencias significativas entre grupos ($p < 0.05$), los
53
54 hombres sintieron más vergüenza (31% vs 18%), en cambio las mujeres refirieron
55
56 mayor sensación de alivio (29% vs 9%). Respecto a la invasión de intimidad
57
58
59
60
61

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

únicamente la refirió el 19% de hombres frente el 8% de mujeres. A las mujeres les resultó más agradable que a los hombres que enfermería hablara con ellas, tuvieran una conversación y agradecieron más su profesionalidad, aunque este dato no llegó a ser significativo. En cambio, si fue muy significativo ($p < 0,001$) que un 89,1% de mujeres definieron como agradable la sensación de limpieza, frente al 56,1% de hombres. (Tabla 2)

Respecto a la higiene genital, fue significativo que a los hombres se les ofreció lavar los genitales de forma autónoma a un 72,9% frente a un 35,7% de mujeres ($p < 0,001$). Y cuando preguntamos al resto si hubieran preferido lavarse ellos sus genitales, los hombres preferían hacerlo en un porcentaje mayor a las mujeres.

En cuanto al análisis de los aspectos técnicos durante el procedimiento, (interrupciones, apertura de la puerta...) no hubo diferencias significativas entre grupos, aunque en los hombres se observó una tendencia a incomodarse más. Por otra parte, hombres y mujeres manifestaron mayoritariamente no tener dolor durante la higiene. Sin embargo, las mujeres reportaron pasar un poco de frío durante la higiene y no así los hombres (40% vs 22%; $p = 0,044$). (Tabla 3)

Del total de la muestra, la higiene fue realizada en un 60,8% en turno de mañana frente al 37,8% en turno de noche, sin hallarse diferencias significativas entre sexos. Ambos preferían en mayor porcentaje que se hubiera realizado la higiene durante la mañana.

La higiene se realizó a todos los pacientes, dos de cada tres veces, por dos profesionales mujeres. Al preguntar qué personal por sexos hubieran preferido, mujeres y hombres, en un 89,6% y un 67% respectivamente, prefieren que la higiene la realicen dos mujeres; sólo un 7% de hombres preferiría dos hombres.

1 Además, el 35% de hombres y el 27.1% de mujeres preferirían que un familiar suyo
2 le realizase o colaborara en la higiene. Fue muy significativo ($p<0,001$) que para las
3 mujeres la preferencia de parentesco era la hija, y para los hombres la esposa,
4 seguida de la madre. (Tabla 4)
5
6
7
8
9

10 La satisfacción global de la higiene recibida en cama fue $3,6\pm0,7$ sobre 4 sin
11 hallarse diferencias significativas entre hombres y mujeres ($3,7\pm0,7$ vs $3,6\pm0,7$;
12 $p=0,54$).
13
14
15
16
17
18
19
20

21 **Discusión**

22 Para dar una adecuada asistencia a los pacientes en la UCI, además de tener en
23 cuenta el sexo biológico, que influye en patologías y tratamientos, también
24 debemos tener en cuenta el género. Ya que, al verse definido por los roles y
25 comportamientos apropiados en un determinado contexto sociocultural, este
26 determinará su experiencia vivida durante el proceso asistencial²⁶.
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

38 La proporción de pacientes mujeres en UCI suele ser menor y tener mayor edad
39 que los hombres, dato que concuerda con los resultados obtenidos en este
40 estudio²⁷⁻²⁸. Esto justificaría por qué existe una mayor representación de mujeres a
41 las que ya habían hecho la higiene en ingresos anteriores.
42
43
44
45
46
47

48 Los datos obtenidos reflejan que las mujeres toleran mejor que les realicen la
49 higiene en cama, manifestando mayor alivio, conformismo, agradecen el contacto
50 con los profesionales y la sensación de limpieza. Así pues, los autores creen que
51 están más relajadas y esto podría deberse a la mejor aceptación de la mujer de su
52 vulnerabilidad frente al hombre, o a estereotipos de género que influyen en la
53
54
55
56
57
58
59
60
61

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

adopción de roles y que ayuda a las personas a adaptarse al medio en que se encuentran, a la vez que les permite ser funcionales²⁹.

Consensuar los cuidados a efectuar con los pacientes es un aspecto clave en lo que al respeto de sus derechos se refiere (junto con la autonomía y la intimidad)³⁰. Por ello, sorprende que la higiene genital, se ofrezca con mayor frecuencia a los hombres. ¿Podría ser que el género de los profesionales influyera en la toma de decisiones, como pasa con algunos tratamientos médicos?²⁸. Los sentimientos de vergüenza que manifiestan más ampliamente los hombres ante la técnica, ¿puede ser que favorezcan que se les brinde la opción de realizarse la higiene genital y así disminuir el pudor e incomodidad?, ¿es posible que el género de los profesionales también influya, pudiendo sentir pudor al lavar genitales masculinos y por ello ofrezcan al paciente más a menudo que se los lave él mismo? Esta última reflexión, no implicaría una falta de profesionalidad, si no que estaría vinculada a nuestra propia humanidad. Las creencias, valores y tabúes propios de cada individuo influyen directamente en cómo nos relacionamos, impactando también en cómo interactuamos con los pacientes en los distintos momentos asistenciales.

Las mujeres del estudio han presentado significativamente más frío que los hombres durante la higiene. Estas diferencias entre hombres y mujeres podrían deberse a las variaciones de temperatura según las zonas corporales que hay entre sexos, debido a una mayor masa muscular en hombres y a una mayor cantidad de tejido adiposo en las mujeres³¹.

La higiene se realiza en la UCIC por dos profesionales mujeres dos de cada tres veces, y el resto por un hombre y una mujer. Este dato resulta equiparable con el sexo de los profesionales de la unidad. Resulta paradójico que los pacientes

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

hombres, a pesar de tener mayor vergüenza, prefieren en su mayoría a dos mujeres y sólo el 7% desearía que la higiene se la realizasen dos hombres. El hecho de que, para la realización de una acción tan íntima, en la que el paciente puede sentirse vulnerable^{8,32,33}, sea la mujer la preferida por la mayoría, nos sugiere que esta continúa siendo percibida desde el rol de cuidadora, o bien, que las enfermeras mujeres son más delicadas y detallistas que los enfermeros masculinos³⁴.

Los autores esperaban un porcentaje mayor de pacientes que desearan que un familiar participase de la higiene, ya que, estar separado de la familia es un factor estresante en UCI²¹ y su participación mitigaría el riesgo de sufrimiento psicológico relacionado con la experiencia de la UCI^{20,21}. Este es un campo muy amplio, todavía no explorado suficiente para entender los motivos por los que los pacientes no desean mayor colaboración de los familiares en sus cuidados. Distintas causas podrían explicar este hecho, que abordábamos al paciente los dos primeros días del ingreso, que aún puede estar cohibido con malestar y distintos cables de monitorización; que los pacientes identifican a la enfermera como dispensadora de estos cuidados y lo aceptan; para minimizar la alteración de los procesos familiares que se producen ante el ingreso hospitalario de un familiar cercano³⁵; o bien, que sienta pudor que un familiar colabore del cuidado o no tenga nadie de confianza que pudiera hacerlo.

Cuanto más prolongado es el ingreso en UCI, más experiencias negativas tiene el paciente (menor consciencia del entorno, más experiencias atemorizantes y menor satisfacción con la atención) y el deseo de estar rodeado de familiares es mayor^{21,36}. Se desconoce lo que piensan los familiares sobre la colaboración en estos cuidados tan íntimos y su disposición a colaborar. Incorporar a un familiar en

1 el cuidado esencial de la higiene diaria, requerirá un cambio de mentalidad por
2 parte de los profesionales asistenciales, de la estructura organizativa hospitalaria y
3 de la sociedad.
4
5

6
7
8 Los que sí quieren que un familiar colabore, en los dos sexos prefieren a una
9 mujer, posiblemente debido a que la feminización de los cuidados está muy
10 arraigada social e históricamente, y la mujer asume este rol como un compromiso
11 moral, natural y marcado por el afecto^{32,37}.
12
13
14

15
16
17 Existen diferencias en función del sexo, comunes en todas las sociedades, que
18 deberán ser estudiadas y tenerlas en cuenta en el cuidado. Sin embargo, las
19 cuestiones de género en la higiene del paciente crítico, sí que irán modificándose
20 en función de las distintas comunidades. Es necesario continuar investigando sobre
21 las preferencias de pacientes y familiares con el objetivo de adecuar al máximo los
22 cuidados que ofrecemos.
23
24
25
26
27
28
29
30
31

32 **Limitaciones**

33
34
35 El cuestionario lo implementábamos con el paciente en sus primeras 48h, una vez
36 ya le habían realizado la higiene por primera vez. Sin embargo, este hecho también
37 pudo influir en que no tuvieran tanta necesidad de participación familiar, como si
38 hubiera sido en un momento más avanzado del ingreso.
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

51 En la muestra existe mayor proporción de hombres que de mujeres y un alto
52 porcentaje de mujeres tenían experiencias previas en la realización de la higiene
53 en cama. Estos dos aspectos pueden ser un sesgo, pero a su vez plasman la
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

realidad observada y describen el contexto de las unidades de cuidados intensivos
cardiológicos.

El estudio se ha realizado en un solo centro con una cultura social determinada. La
influencia del género como determinante en la salud podría ser no extrapolable a
otros países social y culturalmente diferentes al nuestro.

El estudio inicial no se diseñó con el objetivo de evaluar diferencias de sexo y
género en la realización de la higiene en la UCI. Así pues, la muestra de este
estudio post hoc no se calculó para este propósito.

Conclusiones

Los pacientes que ingresan en la UCIC aceptan que la higiene llevada a cabo por
profesionales sanitarios es parte del cuidado diario. Las mujeres toleran mejor esta
práctica y agradecen más la sensación de higiene.

Los pacientes, en general, aprecian que se les ofrezca lavarse ellos mismos sus
propios genitales, sin embargo, este cuidado se ofrece mayoritariamente a
hombres.

Los pacientes, independientemente del sexo, identifican a las mujeres como
cuidadoras y las prefieren para la realización de la higiene. Respecto a la familia,
también preferirían a una mujer para colaborar, siendo elegida la esposa en el caso
de los hombres y la hija en el caso de las mujeres, perpetuando la feminización en
los cuidados.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Conocer las preferencias de los pacientes en función del sexo y la perspectiva de género nos permite humanizar nuestros cuidados, teniendo en cuenta sus deseos para mejorar la experiencia vivida y la calidad asistencial.

Bibliografía

1. Romero-García M, Delgado-Hito P, de la Cueva-Ariza L, Martínez-Momblan MA, Lluch-Canut MT, Trujols-Albet J, et al. Level of satisfaction of critical care patients regarding the nursing care received: Correlation with sociodemographic and clinical variables. *Aust Crit Care* [Internet]. 2019 [citado 2 de mayo de 2023];32(6):486-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.002>
2. González-Nahuelquin C, Mansilla-Guerra C, Oyarzun-Minio N, Sierra-Bernal S, Tapia-Macaya C. Satisfacción usuaria en familiares de personas hospitalizadas en una unidad de paciente crítico adulto. *Nure Inv* [Internet]. 2019 [citado 2 de mayo de 2023];16(98):1-15. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1487>
3. Gil-Juliá B, Ballester-Amal R, Bemat-Adell MD, Giménez-García C, Castro-Calvo J. Valoración de la estancia en UCI desde el punto de vista de pacientes y familiares. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado 2 de mayo de 2023];92. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100407
4. Canchero-Ramírez A, Matzumura-Kasano JP, Gutiérrez-Crespo H. Satisfacción del familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018. *An Fac Med (Lima Peru : 1990)* [Internet]. 2019 [citado 14 de abril de 2023];80(2):177-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.802.16412>
5. Delgado-Hito P, Alcalá-Jimenez I, Martínez-Momblan MA, de la Cueva-Ariza L, Adamuz-Tomás J, Cuzco C, et al. Satisfaction of intensive care unit patients linked to clinical and organisational factors: A cross-sectional multicentre study. *Aust Crit Care* [Internet]. 2023 [citado 16 de agosto de 2023];36(5):716-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.013>
6. Veje PL, Chen M, Jensen CS, Sørensen J, Primdahl J. Bed bath with soap and water or disposable wet wipes: Patients' experiences and preferences. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019 [citado 20 de junio de 2023];28(11-12):2235-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14825>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

7. Groven FMV, Zwakhalen SMG, Odekerken-Schröder G, Tan F, Hamers JPH. Comfort during the bed bath—A randomised crossover trial on the effect of washing without water versus water and soap in nursing students. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 [citado 20 de junio de 2023];30(15-16):2234-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15610>
8. Toledo LV, Sampaio NV, Salgado P de O, Brinati LM, Domingos CS, De Souza CC, et al. Déficit no autocuidado para banho: caracterização do diagnóstico de enfermagem em pacientes críticos. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2023];(43):e3284. Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3284>
9. Díaz E, Turégano C. Higiene y antisepsia cutánea diaria en el paciente crítico. *Med Intensiva (Engl Ed)* [Internet]. 2019 [citado 18 de marzo de 2023];43 Suppl 1:13-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.010>
10. Costa GS, De Souza CC, Diaz FBB de S, Toledo LV, Ercole FF. Banho no leito em cuidados críticos: uma revisao integrativa. *Rev Baiana Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 20 de junio de 2023];32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.20483>
11. Perez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Emotional response of critically-ill cardiac patients during hygiene procedures in intensive care: a prospective and descriptive study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e4032 [cited 2023 november 3]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4032>
12. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Cumo M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev* [Internet]. 2016 [citado 20 de junio de 2023];1(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6>
13. Sanjuán-Quiles Á, Alcañiz-Garrán MDM, Montejano-Lozoya R, Ramos-Pichardo JD, García-Sanjuán S. The perspective of caregivers from a gender analysis. *Rev Esp Salud Publica*. 2023;97.
14. Van Epps H, Astudillo O, Del Pozo Martin Y, Marsh J. The Sex and Gender Equity in Research (SAGER) guidelines: Implementation and checklist development. *Eur Sci Ed* [Internet]. 2022 [citado 20 de junio de 2023];48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3897/ese.2022.e86910>
15. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med* [Internet]. 2007 [citado 18 de marzo de 2023];147(8):573. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
16. Xu X, Zhang H, Ding J, Liu Y, Zhang J. Nursing resources and patient outcomes in intensive care units: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021 [citado 20 de junio de

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

2023];100(6):e24507. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000024507>

17. Diğın F, Kızılıcık Özkan Z, Kalaycı E. Intensive care experiences of postoperative patients. *J Patient Exp* [Internet]. 2022 [citado 18 de marzo de 2023];9:23743735221092490. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1177/23743735221092489>

18. Uhel S, Robin V, Fely L, Vaux M, Allix-Beguec C, Briatte I. Effet de la communication thérapeutique pendant la toilette complète des patients [The effect of therapeutic communication when washing patients]. *Soins* [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2023];65(845):10-3. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0038-0814\(20\)30075-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0038-0814(20)30075-X)

19. Guijarro PG, Amezcua M. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2018;11 [citado 18 de marzo de 2023]. Disponible en:
<http://ciberindex.com/c/et/e11934>

20. Wong P, Redley B, Digby R, Correya A, Bucknall T. Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care* [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2023];33(4):317-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.002>

21. Heydari A, Sharifi M, Moghaddam AB. Family participation in the care of older adult patients admitted to the intensive care unit: A scoping review. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2020 [citado 20 de junio de 2023];41(4):474-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.020>

22. Grimm J. Sleep deprivation in the intensive care patient. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2023];40(2):e16-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2020939>

23. Tsogbadrakh B, Kunaviktikul W, Akkadechanunt T, Wichaikhum O-A, Turale S. Nurse and patient perceptions of quality nursing care in Mongolian public hospitals. *PRIJNR* [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2023];24(4):514-26. Disponible en: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/237091>

24. Likert RA. A technique for development of attitude scales. *Archives of Psychology*. 1932;140:44-53

25. Rojas, A.J., Fernández, J.S., Pérez, C. Investigar mediante encuestas. *Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. En: Padilla, J.L., González, A., Pérez, C, editor. *Elaboración del cuestionario*. Madrid: Editorial Síntesis.; 1988. p. 115-40

26. de Marvao A, Alexander D, Bucciarelli-Ducci C, Price S. Heart disease in women: a narrative review. *Anaesthesia* [Internet]. 2021 [citado 20 de junio de 2023];76 Suppl 4(S4):118-30. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1111/anae.15376>

27. Kūlahçiođlu Ő, Acar RD, İzci S, Demir D, Dođan Kaya S, Gūrcū ME, et al. Characteristics and gender-related differences of patients admitted to a large intensive cardiac care unit: A single-center experience with over 55 000

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

patients. Turk Kardiyol Dem Ars [Internet]. 2022 [citado 20 de junio de 2023];50(6):431-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5543/tkda.2022.22417>

28. Zettersten E, Jäderling G, Bell M, Larsson E. Sex and gender aspects on intensive care. A cohort study. J Crit Care [Internet]. 2020 [citado 20 de junio de 2023];55:22-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.09.023>

29. Benlloch IM. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud [Internet]. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Ministerio de Sanidad. [citado 10 de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf

30. Leino-Kilpi H, Valimaki M, Arndt M, Dassen T. Patient's autonomy, privacy and informed consent. Amsterdam, NY, Estados Unidos de América: IOS Press; 2000.

31. Chudecka M, Lubkowska A. Thermal maps of young women and men. Infrared Phys Technol [Internet]. 2015 [citado 16 de agosto de 2023];69:81-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.infrared.2015.01.012>

32. Bolzán LYH. Los roles de género en Enfermería: una perspectiva histórica de la división del trabajo [Internet]. Bvsalud.org. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009844/vea_14492017-45-53.pdf

33. Mayobre P, Vázquez I. Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género / The Cost of Care: an Analysis of Care from the Gender Perspective. Rev Esp Invest Sociol [Internet]. 2015 [citado 8 de junio de 2023];151. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.151.83>

34. Via Clavero G, Sanjuán Naváis M, Martínez Mesas M, Pena Alfaro M, Utrilla Antolín C, Zarragoikoetxea Jáuregui I. Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. Enferm Intensiva [Internet]. 2010 [citado 20 de junio de 2023];21(3):104-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.004>

35. Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? Intensive Care Med [Internet]. 2009 [citado 16 de agosto de 2023];35(12):2051-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-009-1611-4>

36. Bani Hani DA, Alshraideh JA, Alshraideh B. Patients' experiences in the intensive care unit in Jordan: A cross-sectional study. Nurs Forum [Internet]. 2022 [citado 2 de mayo de 2023];57(1):49-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12650>

37. Vaquiro Rodríguez S, Stiepovich Bertoni J. Cuidado informal, Un Reto asumido Por la Mujer. Cienc Enferm (Impresa) [Internet]. 2010 [citado 20 de junio de 2023];16(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532010000200002>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tablas

Tabla 1 - Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes según sexo biológico.

Variables N(%)	Total N=148	Mujeres 48 (32,4)	Hombres 100 (67,6)	p
Edad Media(DE)	67±1	71±1	65±2	<0,05
Estado civil n (%)				
Casada/o	74 (50,3)	19 (39,6)	55 (55,6)	NS
En pareja	12 (8,2)	0	12 (12,1)	
Divorciada/o	16 (10,9)	7 (14,6)	9 (9)	
Soltera/o	24 (16,3)	7 (14,6)	17 (17,2)	
Viuda/o	21 (14,3)	15 (31)	6 (6,1)	
Diagnóstico n (%)				
IAMEST	32 (21,6)	10 (20,8)	22 (22)	NS
IAMSEST	35 (23,6)	5 (10,4)	30 (30)	
ICA	5 (3,4)	1 (2,1)	4 (4)	
TAVI	15 (10,1)	5 (10,4)	10 (10)	
Mitraclip	5 (3,4)	2 (4,2)	3 (3)	
BAVc	11 (7,4)	4 (8,3)	7 (7)	
Derrame pericárdico	4 (2,7)	1 (2,1)	3 (3)	
Tormenta arrítmica	6 (4,1)	1 (2,1)	5 (5)	
Otros	35 (23,6)	19 (39,6)	16 (16)	

DE = Desviación Estándar; p= nivel de significación (Se consideraron significativos valores de p<0,05); NS= no significativo; IAMEST = Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST; IAMSEST = Infarto Agudo de Miocardio Sin Elevación del Segmento ST; ICA = Insuficiencia Cardíaca Aguda; TAVI = Implante de Válvula Aórtica Transcatéter; BAVc = Bloqueo Aurículo-Ventricular completo

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tabla 2. Aspectos conductuales: diferencias en función del sexo biológico.

Aspectos conductuales	Total (N=148)	Mujeres (n=48)	Hombres (n=100)	p
¿Qué pensó cuando le dijeron que iban a realizarle la higiene en la cama? n (%)				<0,05
VERGÜENZA	40 (27)	9 (18,8)	31 (31)	
ALIVIO	23 (15,5)	14 (29,2)	9 (9)	
CONFORMISMO	68 (45,9)	17 (35,4)	51 (51)	
OTROS	17 (11,5)	8 (16,7)	9 (9)	
¿Sintió que invadían su intimidad? n (%)				NS
NADA	86 (58,1)	34 (70,8)	52 (52)	
UN POCO	39 (26,4)	10 (20,8)	29 (29)	
BASTANTE	12 (8,1)	1 (2,1)	11 (11)	
MUCHO	11 (7,4)	3 (6,3)	8 (8)	
¿Le resultó agradable que hablaran conmigo durante la higiene? n (%) SI	119 (82,6)	41 (89,1)	78(79,6)	NS
¿Le resultó agradable que explicaran historias durante la higiene? n (%) SI	107 (74,3)	38 (82,6)	69 (70,4)	NS
¿Le resultó agradable su profesionalidad? n (%) SI	110 (76,9)	39 (86,7)	71 (71,4)	0,061
¿Le resultó agradable la sensación de limpieza? n(%) SI	96 (66,7)	41 (89,1)	55 (56,1)	<0,001
¿Le dejaron lavarse los genitales? n (%)	85 (61,6)	15 (35,7)	70 (72,9)	<0,001
Si la respuesta fue NO, ¿Hubiera preferido lavarse los genitales usted? n (%) (n=49)				NS
NADA	22 (44,9)	13 (54,2)	9 (36)	
UN POCO	11 (22,4)	7 (29,2)	4 (16)	
BASTANTE	11 (22,4)	3 (12,5)	8 (32)	
MUCHO	5 (10,2)	1 (4,2)	4 (16)	

p= nivel de significación (Se consideraron significativos valores de p<0,05); NS= no significativo

Tabla 3. Aspectos técnicos de la higiene: diferencias en función del sexo biológico.

Aspectos técnicos de la higiene	Total (N=148)	Mujeres (n=48)	Hombres (n=100)	p
¿Hubo interrupciones durante la higiene? n (%) SI	41 (27,7)	11 (22,9)	30 (30)	NS
¿Le molestaron las interrupciones? n (%) (n=41)				NS
NADA	21 (51,2)	8 (72,7)	13 (43,3)	
UN POCO	12 (29,3)	1 (9,1)	11 (36,7)	
BASTANTE	6 (14,6)	2 (18,2)	4 (13,3)	
MUCHO	2 (4,9)	0	2 (6,7)	
¿Se mantuvo la puerta cerrada? n (%) SI	98 (66,2)	34 (70,8)	64 (64)	NS
¿Le molestó que abrieran la puerta? n (%) (n=50)				NS
NADA	24 (48)	8 (57,1)	16 (44,4)	
UN POCO	16 (32)	4 (28,6)	12 (33,3)	
BASTANTE	8 (16)	2 (14,3)	6 (16,7)	
MUCHO	2 (4)	0	2 (5,5)	
¿Tuvo dolor? n (%)				NS
NADA	123(83,7)	42 (87,5)	81 (81,8)	
UN POCO	19 (12,9)	4 (8,3)	15 (15,2)	
BASTANTE	4 (2,7)	2 (4,2)	2 (2)	
MUCHO	1 (0,7)	0	1 (1)	
¿Tuvo frío o calor? n (%)				0,044
ESTUVO BIEN	101(69,2)	26 (55,3)	75 (75,8)	
UN POCO DE FRÍO	41 (28,1)	19 (40,4)	22 (22)	
MUCHO FRÍO	4 (2,7)	2 (4,3)	2 (2)	

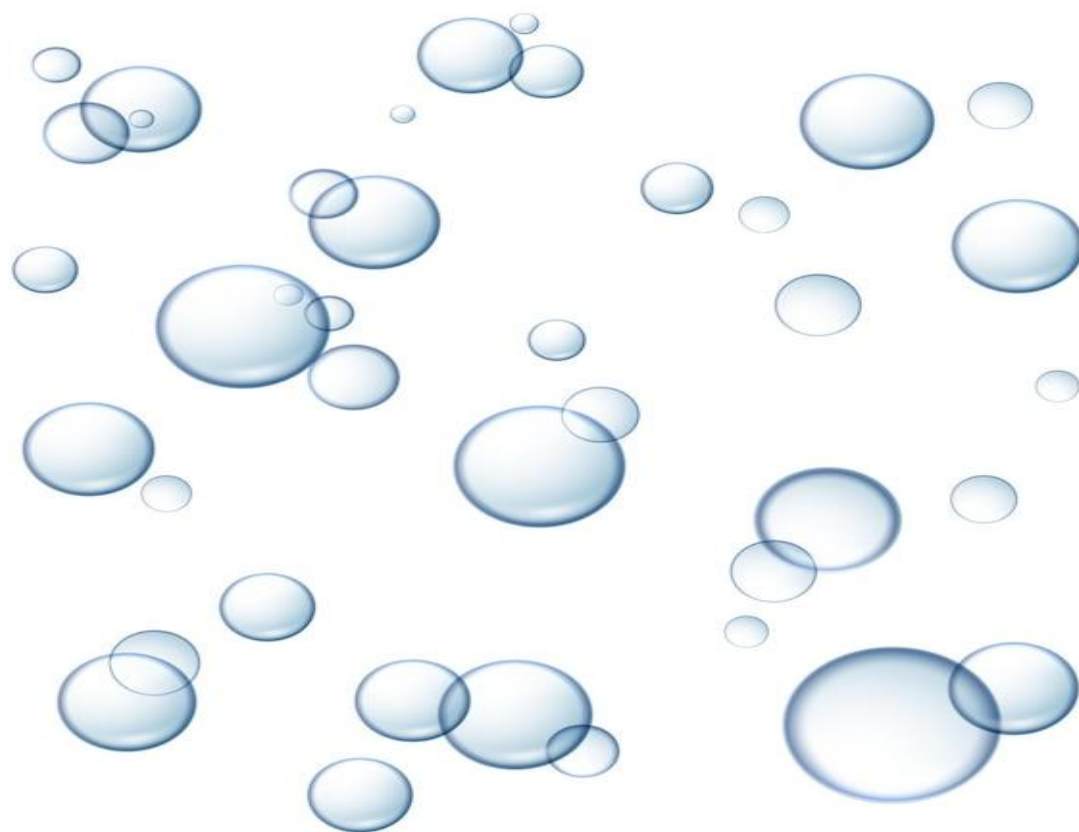
p= nivel de significación (Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$); NS= no significativo

Tabla 4. Sexo de los profesionales implicados en la realización de la higiene y preferencias: diferencias en función del sexo biológico.

Sexo de los profesionales implicados en la realización de la higiene y preferencias	Total (N=148)	Mujeres (n=48)	Hombres (n=100)	p
¿Qué personal por sexos le realizó la higiene? n (%)				NS
MUJER	99 (66,9)	32 (66,7)	67 (67)	
MUJER/HOMBRE	48 (32,4)	16 (33,3)	32 (32)	
HOMBRES	1 (0,7)	0	1(1)	
¿Qué personal por sexos hubiera preferido? n (%)				0,009
MUJER	110 (74,3)	43 (89,6)	67 (67)	
MUJER/HOMBRE	31 (20,9)	5 (10,4)	26 (26)	
HOMBRES	7 (4,7)	0	7 (7)	
¿Preferiría que un familiar suyo le realizara o colaborara en la higiene? n (%) SI	48 (32,4)	13 (27,1)	35 (35)	NS
Si la respuesta fue SI, ¿Qué parentesco tiene con usted? n (%) (N=48)				<0,001
MUJER	22 (45,8)	0	22 (62,9)	
PAREJA	4 (8,3)	1 (7,7)	3 (8,6)	
HIJA	15 (31,3)	11 (84,6)	4 (11,4)	
MADRE	6 (12,5)	1 (7,7)	5 (14,3)	
HIJO	1 (2,1)	0	1 (2,9)	

p= nivel de significación (Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$); NS= no significativo

Capítulo VI. Discusión



Capítulo VI. Discusión

Este estudio pretende evaluar el impacto físico-psíquico de la higiene corporal diaria en los pacientes críticos cardiológicos. En las UCCA, aproximadamente el 50% de los pacientes suele estar consciente, aunque no por ello más estable, lo que las hace sustancialmente diferentes al resto de UCI (10,12), y esto genera que sea aún de mayor importancia explorar las necesidades que presentan estos pacientes críticos.

La higiene que se proporciona al paciente hospitalizado se realiza para aportar sensación de limpieza y comodidad al paciente, a la vez que sirve de prevención de las IRAS. En el paciente crítico, que es más dependiente y vulnerable, mejorar el confort y bienestar es uno de los objetivos del cuidado enfermero, para brindar unos cuidados de calidad al paciente (81–83). Además de realizar unos cuidados de calidad mejorando el confort y bienestar, debemos proporcionar unos cuidados manteniendo y promoviendo la cultura de seguridad del paciente en todo momento.

Por este motivo, se ha estudiado en una primera fase el impacto hemodinámico del paciente crítico cardiovascular, incluyendo un elevado número de pacientes postoperados de cirugía cardíaca para explorar qué aspectos debe tener en cuenta la enfermera cuando realiza la higiene en estos pacientes. En nuestra muestra, se pone de manifiesto, que, a pesar de existir modificaciones en algunos registros clínicos del paciente cuando se realiza la higiene corporal, en su mayoría no tienen consecuencias. También quedó reflejado que los pacientes postoperados con pautas de analgesia fijas, presentaban menos alteraciones hemodinámicas que los

pacientes cardiológicos con ventilación mecánica invasiva asistida. Este subgrupo de pacientes era el que menos se adaptaba a la higiene, quizás porque debía estar suficientemente despierto como para colaborar en la respiración y era portador de dispositivos invasivos, como el tubo orotraqueal, que pueden resultar molestos. En nuestro estudio, no se observó ninguna complicación mayor ni se extrajo accidentalmente ningún catéter o dispositivo. Sin embargo, se ha reportado en otros estudios, eventos adversos frecuentes, algunos de ellos muy graves como PCR o extracción accidental de dispositivos invasivos (18,50,52). Podríamos concluir, que la higiene del paciente crítico cardiovascular, llevada a cabo por al menos una enfermera, ha resultado ser segura para los pacientes, con alteraciones hemodinámicas transitorias. Sin embargo, es difícil poder llegar a una generalización, y se debe individualizar en cada caso, la necesidad de realizar la higiene con el potencial riesgo existente, siendo la enfermera quien tiene la capacidad y autonomía para decidir llevarla a cabo o posponerla.

A pesar de que los estudios han demostrado que una enfermería con poca experiencia, con una elevada carga de trabajo, o un ratio de más de dos pacientes por enfermera, conllevan unos peores resultados en términos de morbilidad (28,30,36,84–86), actualmente, factores como el relevo generacional en España contribuyen a que haya una escasez de enfermeras, que unido a una elevada rotación de personal y la baja capacidad para atraer y retener profesionales, provoca que el personal que trabaja en las UCI tenga un ratio ajustado y menos experiencia (15,87). En Estados Unidos, tienen aprobados por ley en diferentes estados como California o Massachusetts que el ratio enfermera - paciente en una UCI no puede ser mayor de 2 pacientes por enfermera (88,89). Sin embargo, en

España sólo el 46,8% de las UCI, según un estudio de la Sociedad Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, mantiene ratio 2:1 (dos pacientes por enfermera), mientras que un 22,2% tiene ratio 3:1 (tres pacientes por enfermera) y el 33% tenía ratio variable entre dos y tres pacientes por enfermera (84).

Este factor contribuye a que aumenten los cuidados omitidos o inacabados. Estos se generan por la falta de tiempo de las enfermeras, y constituyen un riesgo muy elevado de eventos adversos que pueden ser graves (31,32,90). Uno de los cuidados que más fácilmente es omitido, son los que tienen que ver con la humanización, la empatía, y con dedicar tiempo al paciente para hablar con él y que exprese sus necesidades (29). La higiene corporal es un valioso espacio de tiempo, que permite intercambiar aspectos preocupantes y dedicarle tiempo de expresión al paciente (91). Esta omisión de cuidados provoca una disminución en la calidad asistencial que ofrecemos (29). Es importante, por tanto, encontrar un equilibrio entre los recursos de los que disponemos y la atención humanizadora y holística al paciente, por una parte, respetando la dignidad de la persona; y por otra parte, fomentar las competencias relacionales mediante empatía, escucha activa, compasión y respeto (67,92,93). Se debe mantener, siempre que sea posible, un ratio máximo de dos pacientes por enfermera, y preferiblemente ajustado a complejidad o horas de enfermería por paciente, encaminado hacia un cuidado crítico avanzado, para mejorar en términos de seguridad y calidad de cuidados (16,94–96).

Actualmente en la UCI, se suele realizar la higiene mediante toallitas con clorhexidina para prevenir la colonización de microorganismos multirresistentes.

Cuando se realizó la recogida de datos del primer estudio, la higiene se realizaba mediante esponjas con jabón y aclarado. Este hecho, hacía enlentecer la práctica de la higiene, que en nuestra muestra fue de 16,5 minutos frente los 20 minutos reportados en otras investigaciones (19,97,98), y por tanto mejores, se presupone que con toallitas de clorhexidina deberían ser más cortos y más seguros (42,99). Por otra parte, el confort de los pacientes debería ser el mismo (99). En nuestro estudio donde se valora la respuesta emocional, la higiene se hizo casi exclusivamente con toallitas de clorhexidina, y este hecho fue bien valorado por los pacientes. El protocolo para la prevención de las IRAS contempla el cribado semanal de microorganismos multirresistentes, y la higiene diaria mediante toallitas de clorhexidina. Ante estas actividades, se les transmite a los pacientes la importancia de estas intervenciones, y quizás por ello, el grado de aceptación es bueno, al contrario que el estudio de Caya et al., donde un 16% de pacientes se negaban a realizar la higiene con clorhexidina y lo atribuían a una falta de información del paciente sobre el porqué de esta técnica (53).

Para examinar que opinaban los pacientes sobre la higiene, y si contribuía a mejorar su confort y bienestar, se diseñó este segundo estudio. Los aspectos tan concretos que se pretendían estudiar alrededor de la higiene, mostraron la falta de evidencia ya que no existía ninguna encuesta validada que reflejara estos ítems, por lo que fue necesario construir un cuestionario que recogiera los elementos de estudio.

Para ello se revisó la evidencia sobre satisfacción del paciente crítico y estresores en UCI. La satisfacción de pacientes y familiares se determina en gran medida por la percepción de calidad de los cuidados realizados. Este aspecto resulta un

indicador de UCI imprescindible para medir la calidad asistencial. Son múltiples los estudios que exploran la satisfacción del paciente en la UCI, en algunos casos se estudia mediante cuestionarios al alta de la unidad (68,69), o mientras el paciente está ingresado en la UCI (71,100), y en otros casos se valora la satisfacción familiar, y si es extrapolable a la opinión del paciente (71–73,100). Respecto a los estresores del paciente en la UCI, el dolor y estar alejado de la familia se definieron como los elementos más estresantes (101–104).

Los familiares, en nuestro medio, se erigen como defensores de los pacientes y tomadores de decisiones, cuando el paciente crítico no puede hacerlo por sí solo. De ahí, que sea imprescindible tener en consideración las necesidades de los familiares, lo que se traducirá en una satisfacción con los cuidados recibidos (70,100).

En nuestro estudio solo un tercio de los pacientes deseaba que un familiar participase del cuidado de la higiene corporal. Faltaría estudiar cual era el motivo por el que el paciente no quería que un familiar colaborase en ese cuidado. Algunas hipótesis serían que el paciente estaba en su primer o segundo día de ingreso y no percibía gravedad, o que no quería sentirse vulnerable ante su familiar, o quizás ven la higiene como un cuidado muy íntimo y preferían que lo realizase un profesional. Seguramente, si hubiéramos realizado el estudio en pacientes que llevaban una o más semanas de ingreso en la UCI, hubieran valorado más positivamente la presencia de un familiar, ya que en pacientes con largos periodos de estancia en UCI, estar alejado de la familia resulta un factor estresante, y se ha demostrado que la presencia de un familiar en la UCI contribuye a disminuir el delirio, aumenta los

niveles de comodidad y disminuye el estrés post traumático (73,105–107). La enfermera debería proporcionar herramientas a los familiares y hacerles partícipes, en la medida que estén dispuestos, del cuidado esencial de su familiar (105). Para algunas familias, la participación en estos cuidados les permite contribuir en el bienestar psicosocial y emocional del paciente, lo que valoran como el aspecto más importante de su participación (108), a la vez que mejoran los resultados del paciente en la UCI (73). Dado los resultados obtenidos en nuestro estudio, es necesario explorar que pacientes se beneficiarían más de la colaboración de los familiares en el cuidado y sobretodo individualizar según las preferencias de cada uno.

La higiene es una actividad que proporciona gran información a la enfermera, por una parte, sobre el estado de la piel; y por otra parte, en aquellos pacientes conscientes, permite establecer una comunicación terapéutica efectiva (80,109), sin embargo, en algunos casos no es realizada por una enfermera, y pasa a ser delegada a la TCAE, lo que supone un riesgo más elevado de complicaciones, bien a consecuencia de la higiene, como por la falta de valoración del estado de la piel (19,40,110). En nuestro medio en la UCCA, no es frecuente la delegación de estos cuidados a la TCAE, y suele ser un cuidado compartido, bajo la dirección de la enfermera, con el objetivo de mantener al paciente limpio y cómodo dentro de los patrones de seguridad y calidad asistencial.

Los pacientes del estudio valoraron muy positivamente la comunicación durante la higiene, bien fuera mediante una comunicación terapéutica, o incluso si los profesionales contaban historias. Esto nos hace que pensar, que el paciente

consciente en UCI, disfruta de la interacción con el personal, y quizás le ayuda a distraerse y sobrellevar las horas. La comunicación eficaz con la enfermera es uno de los aspectos que mejor valoran los pacientes de UCI. Tanto para ellos como para las familias es algo esencial para un cuidado de calidad (80,111–113). La comunicación durante la higiene es algo bien valorado por los pacientes aunque hayan experimentado el baño como negativo (112), y encuentran reconfortante que la enfermera sea amigable, agradable y que les escuchen (78). Las enfermeras también valoran positivamente esta comunicación, y aprovechan el momento del baño en cama para comunicarse con el paciente (109). La comunicación es esencial para unos cuidados de calidad (111), ya que permite establecer unos cuidados centrados en el paciente y mejorar la capacidad de la enfermera para satisfacer las necesidades de estos (113).

Al analizar la respuesta emocional del paciente crítico frente la higiene corporal diaria, se han encontrado diferencias destacables en función del sexo y el género. Para realizar este análisis se tuvo en cuenta la guía de equidad y sexo en la investigación (114,115). La mayoría de resultados corresponden a los roles establecidos donde señalan que la mujer se erija como cuidadora tanto en el ámbito familiar como en el profesional (116–118). Un dato que nos sorprendió del estudio de Asante et al., fue que para los procedimientos más íntimos los pacientes preferían profesionales del mismo sexo, ya que en nuestros resultados sólo encontramos un pequeño porcentaje de hombres que prefería que la higiene corporal se la realizasen dos hombres, y mayoritariamente preferían a dos mujeres (119). Esto nos sugiere que los estereotipos culturales pueden ser diferentes en las

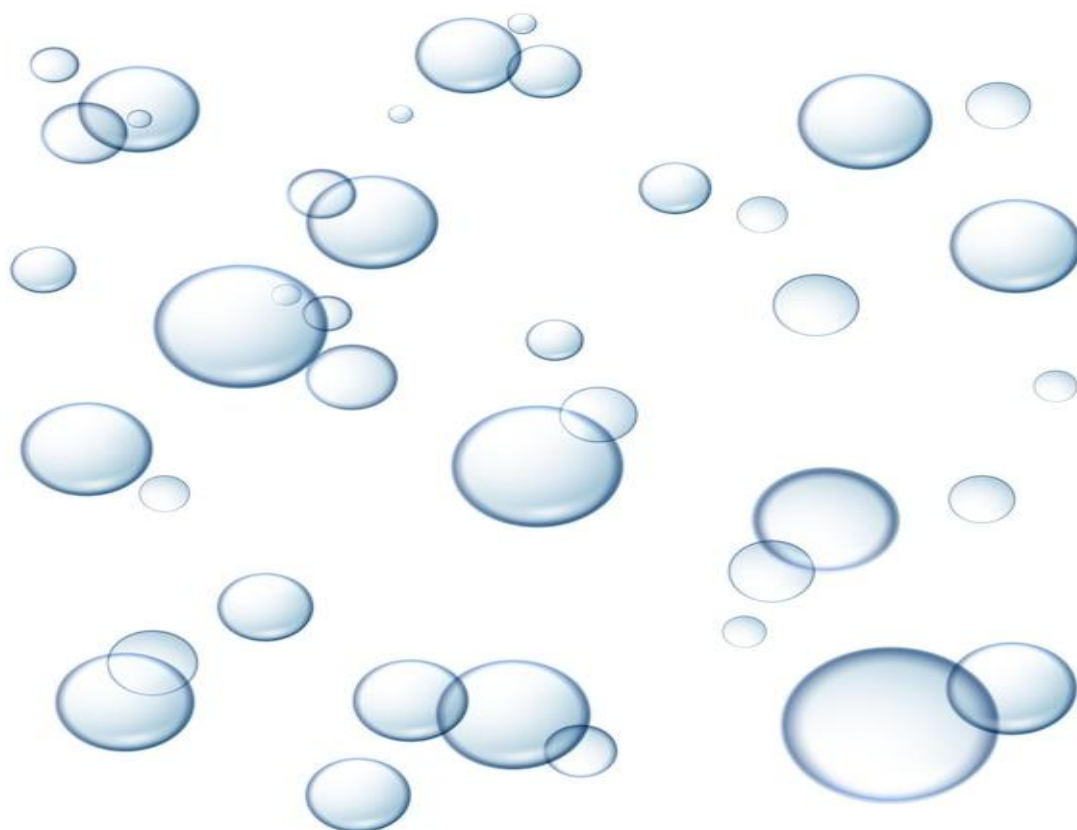
distintas sociedades (120), y deberán ser explorados y tenidos en cuenta en el cuidado.

Otro aspecto también muy relacionado con los roles de género y los estereotipos es que las mujeres, que eran quien realizaban mayormente las higienes por ser el sexo que predomina en estas profesiones, ofrecían a los hombres, especialmente a los más jóvenes, que se lavaran ellos mismos sus genitales, cosa que era menos frecuente ofrecer a los pacientes mujeres. No se ha encontrado bibliografía que apoye o rebata estos resultados, y se cree que las profesionales mujeres se sentían más cómodas lavando genitales femeninos que masculinos. Esto puede estar influenciado por la educación recibida y el entorno cultural del estudio.

La higiene en los estudios que se componen en esta tesis, se realiza tanto de día como de noche en la UCCA. Sin embargo, diversos estudios que analizan el sueño del paciente en la UCI no recomiendan realizar estas actividades, si no, intentar minimizar los cuidados durante la noche para no interrumpir el sueño de los pacientes (104,121,122). Por otra parte, la higiene también está considerada como fuente de confort y bienestar, y puede resultar inductora del sueño en algunos pacientes, a la vez que ayuda a repartir las cargas de trabajo de enfermería en la UCI (123,124).

Capítulo VII.

Limitaciones



Capítulo VII. Limitaciones

Una de las limitaciones de la actual tesis es que está realizada en un solo centro asistencial, sin embargo, al ser un hospital de alta tecnología, la gravedad de los pacientes se presupone elevada, lo que extrapolando a centros de niveles inferiores, el riesgo de afectación hemodinámica debería ser menor.

Por otra parte, el estudio inicial del impacto hemodinámico se llevó a cabo mediante higiene con agua y jabón. Hoy en día, en la mayoría de la UCI realizan la higiene con toallitas de clorhexidina, que es un procedimiento algo más rápido pero moviliza al paciente igual, por lo que los eventos adversos deberían ser igual o menores.

Otra limitación de este estudio, es que no se valoró el dolor en todos los pacientes mientras se realizaba la higiene, ya que en el momento de recogida de datos, no estaba incorporada la valoración del dolor en los pacientes sedados e intubados. La hipertensión e inquietud en pacientes con niveles de sedación bajo, se interpretó como molestos, sin poder catalogarlos de dolorosos.

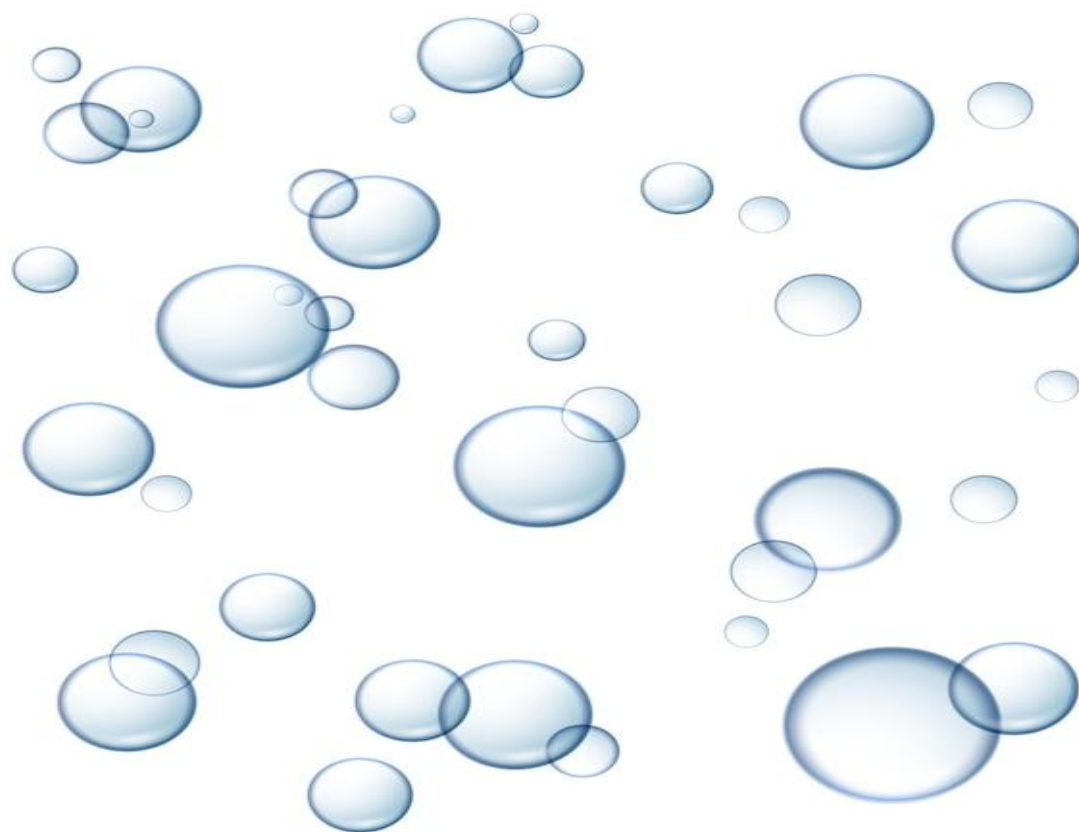
Para el análisis de la respuesta emocional del paciente crítico cardiológico se hizo un enfoque cuantitativo, ya que se pretendía estudiar cuantos pacientes valoraban positiva o negativamente los aspectos de la higiene. Sin embargo, para conocer globalmente la experiencia del paciente en este campo, sería necesario complementar con un enfoque cualitativo y explorar en profundidad lo que sienten los pacientes respecto a la higiene en cama.

Para valorar la respuesta emocional del paciente crítico cardiológico frente la higiene corporal se ha realizado mediante un cuestionario ad-hoc, que si bien, no había ninguno validado que recogiera los ítems que se querían estudiar, aunque se hizo una prueba inicial con 5 pacientes, no se realizó una validación estadística del cuestionario.

Por último, para analizar la respuesta emocional del paciente en función del sexo y género, no se realizó un cálculo específico de la muestra, si no, que se analizó la muestra recogida, que refleja el porcentaje de diferente sexo que hay en una UCCA.

Capítulo VIII.

Conclusiones



Capítulo VIII. Conclusiones

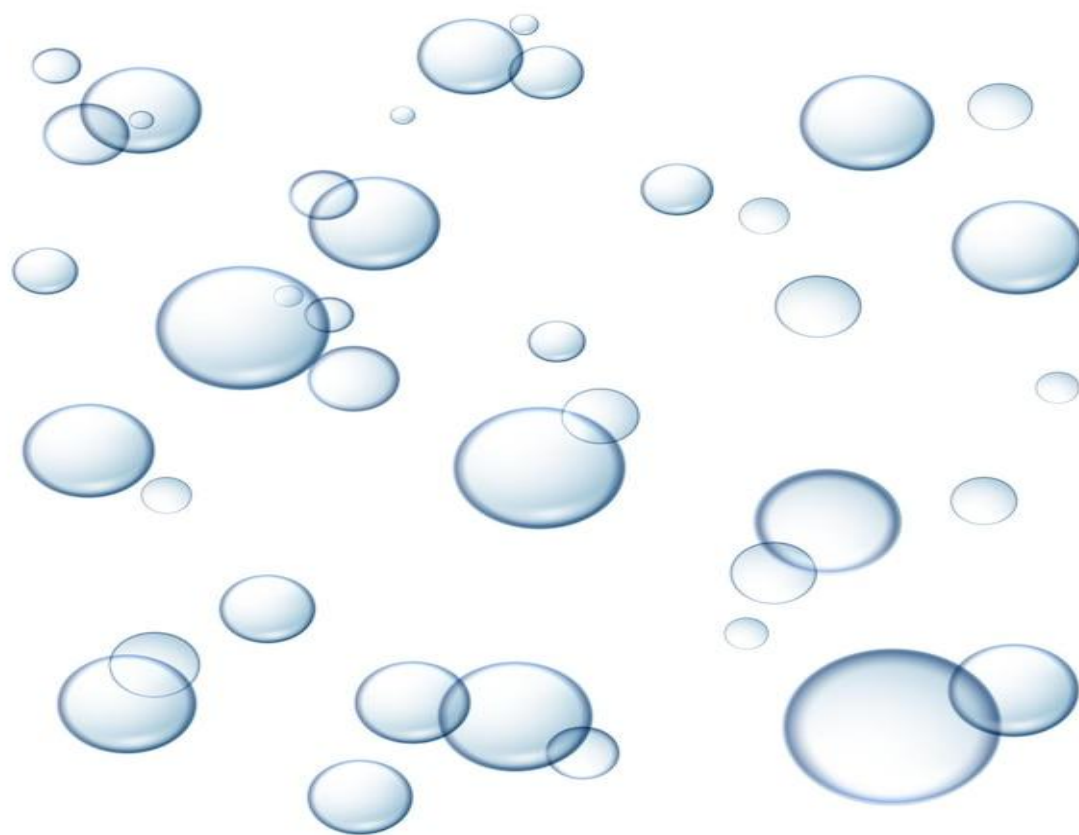
Las conclusiones de esta tesis se derivan del estudio sobre el análisis del impacto físico-psíquico de la higiene corporal diaria en los pacientes críticos cardiológicos. A partir de los resultados obtenidos en esta tesis doctoral y la revisión científica se concluye que:

- La higiene corporal del paciente crítico cardiológico es una actividad que realiza la enfermera diariamente, de manera autónoma, dentro de los estándares de seguridad, calidad y cuidado centrado en el paciente.
- Conocer los efectos hemodinámicos que pueden presentar los pacientes permite a la enfermera determinar el mejor momento para llevar a cabo la higiene en cama y prevenir sus posibles eventos adversos.
- Conocer los sentimientos de los pacientes mientras se les realiza la higiene nos aporta una amplia visión de lo que piensan la mayoría de ellos frente la higiene, y permite profundizar en aspectos muy íntimos de los cuidados administrados.
- La alteración hemodinámica más frecuente en el paciente crítico cardiovascular durante la higiene corporal es la elevación de la tensión arterial.
- Los eventos adversos encontrados durante la higiene corporal son escasos, sin embargo, se debe individualizar cada caso y realizar la higiene en un momento seguro para el paciente.

- Los pacientes postoperados de cirugía cardíaca presentaron menos elevación de la tensión arterial durante la higiene, posiblemente ya que todos tenían pautas fijas de analgesia con posibilidad de analgesia extra de rescate.
- Unas pautas de analgesia correctas pueden minimizar las alteraciones hemodinámicas del paciente cardiovascular durante la higiene corporal en cama.
- Los pacientes no sienten invasión de su intimidad al realizarles la higiene en cama los profesionales de enfermería.
- Los pacientes a los que nunca les han realizado la higiene en la cama son más jóvenes, sienten mayor vergüenza y les molestan más las interrupciones.
- Los pacientes aceptan que les realicen la higiene en la cama como parte del cuidado diario.
- Las mujeres perciben mejor la sensación de bienestar y limpieza de la higiene en cama que los hombres.
- La mujer enfermera es preferida frente al hombre enfermero, por ambos sexos de pacientes, para realizar la higiene. Además las pacientes mujeres expresan que les gustaría que participase del cuidado su hija, y los pacientes hombres prefieren a su esposa o madre.

Capítulo IX.

Recomendaciones para la práctica



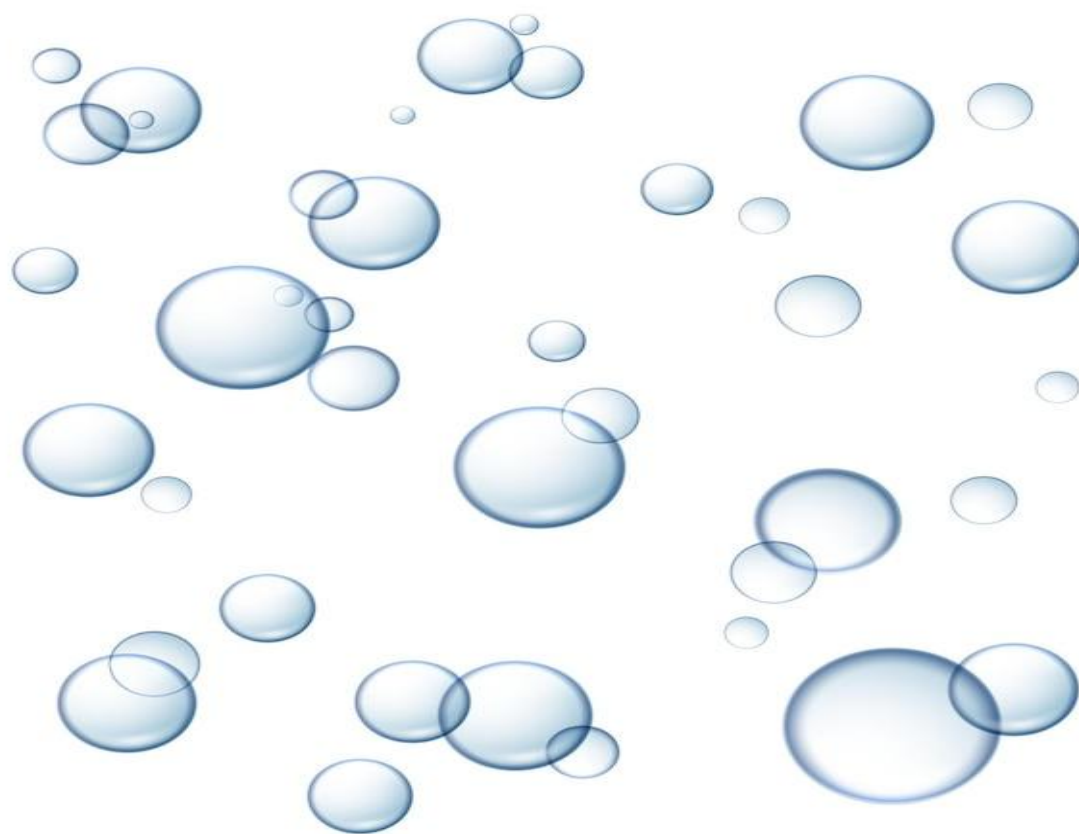
Capítulo IX. Recomendaciones para la práctica

El cuidado básico enfermero de los pacientes en UCI debe ser implementado basado en la evidencia para mantener la seguridad del paciente con una elevada calidad de cuidados. Para ello, es necesario abordar la implementación desde diferentes niveles:

1. Desde las Universidades, los planes formativos deben intensificar el cuidado básico como cuidado fundamental autónomo de la enfermera, reforzando los beneficios y los riesgos que puede conllevar para el paciente.
2. Las instituciones deben asegurarse de tener protocolos de trabajo actualizados que incluyan como debe realizarse la higiene y que eventos adversos puede conllevar para el paciente.
3. En las UCCA los profesionales deben estar formados para atender cualquier eventualidad que pueda ocurrir durante la administración de estos cuidados. Se recomiendan simulaciones que ayuden a conformar el trabajo en equipo y eviten efectos secundarios o capaciten a los profesionales para atenderlos en caso de que ocurran.
4. Respecto a los pacientes, se debe concienciar a los profesionales sobre la atención basada en las expectativas del paciente. Se debe individualizar preguntándole sobre sus preferencias e respetarlas siempre que sea posible.

5. Por último, se debe seguir investigando sobre el cuidado básico enfermero para seguir creando evidencia actualizada, que permita mejorar los cuidados administrados en base a las expectativas del paciente.

Capítulo X. Futuras investigaciones



Capítulo X. Futuras investigaciones

La presente tesis abre la puerta a otras investigaciones futuras en este campo.

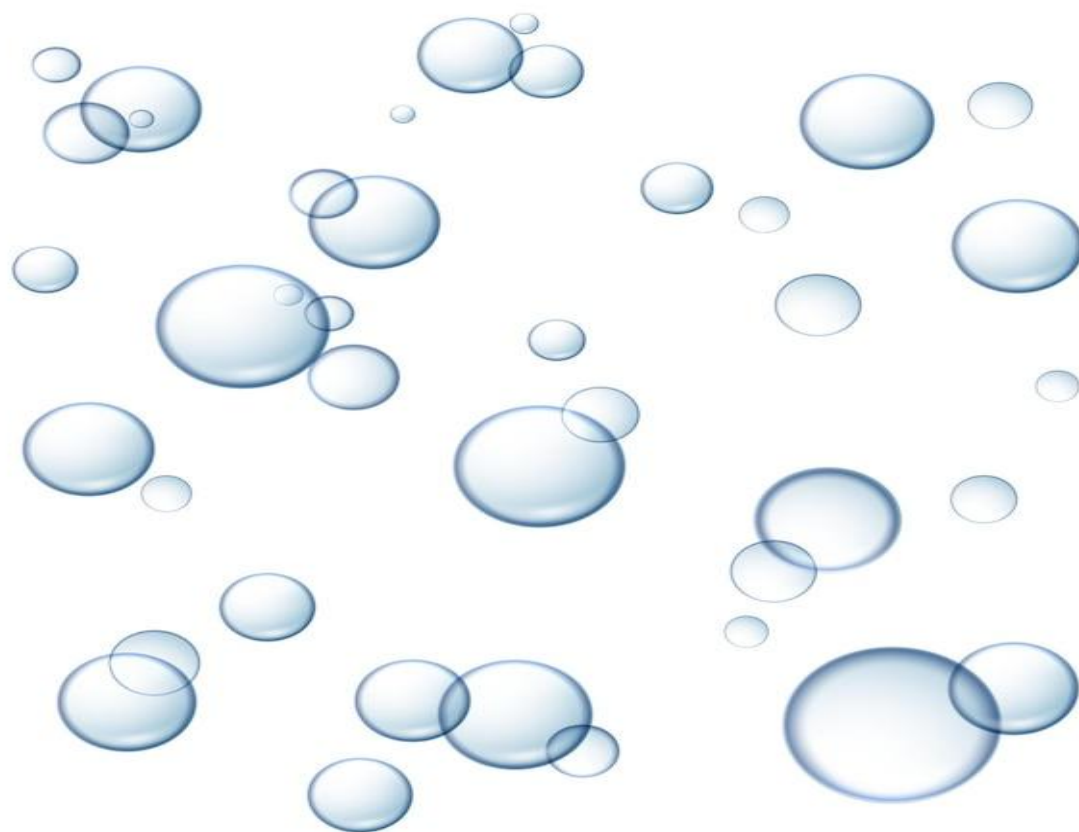
Respecto a la afectación hemodinámica del paciente crítico cardiovascular durante la higiene, sería necesario seguir investigando, esta vez realizando la higiene mediante toallitas de clorhexidina y con pacientes cada vez más complejos, con el objetivo de tener unos resultados actualizados que sigan empoderando a la enfermera para determinar cuándo debe realizar la higiene o si debe restringirla.

Por otra parte, para tener una amplia visión de la respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene diaria, sería necesario explorar, mediante un enfoque cualitativo, en profundidad lo que piensan los pacientes, y así tener una visión global de experiencia de paciente.

Por último, el estudio plantea que algunos pacientes preferirían que un familiar participase del cuidado de la higiene corporal. Es necesario explorar que opinan los familiares, e iniciar intervenciones encaminadas a enseñar a los familiares que lo deseen a realizar este cuidado, juntamente con la enfermera, y así contribuir a mejorar el bienestar y confort del paciente, en base a sus necesidades y preferencias.

Capítulo XI.

Referencias



Capítulo XI. Referencias

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida a diferentes edades [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084
3. Instituto Nacional de Estadística. INE. [citado 5 de noviembre de 2023]. Defunciones según la causa de muerte. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
4. Seguel E. Cirugía cardíaca en ancianos: riesgo operatorio y alternativas de tratamiento. *Rev med Clín Las Condes*. 2022;33(3):255-62.
5. Cepas-Guillén PL, Regueiro A, Sanmiguel Cervera D, Blanco Mata R, Francisco Oteo J, Amat-Santos I, et al. Pronóstico de pacientes nonagenarios tras implante percutáneo de válvula aórtica. *REC Interv Cardiol*. 2022;3:250-7.
6. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, Milojevic M, Baldus S, Bauersachs J, et al. Guía ESC/EACTS 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de las valvulopatías. *Rev Esp Cardiol*. 2022;75(6):524.e1-524.e69.
7. Núñez-Gil IJ, Elola J, García-Márquez M, Bernal JL, Fernández-Pérez C, Íñiguez A, et al. TAVI en la curva de aprendizaje en España. Resultados intrahospitalarios comparados con la sustitución valvular aórtica. *REC: CardioClinics*. 2021;56(4):242-9.

8. Rubio S. Historia y perspectiva de las unidades de cuidados intensivos cardiovasculares, unidades coronarias. En: Manual de enfermería en Cuidados Críticos Cardiovasculares. Asociación Española de enfermería en cardiología; 2022. p. 17-25.
9. Jorge P, Ariza-Solé A. Cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos: un binomio indisoluble. Rev Esp Cardiol. 2021;74(11):1002.
10. Ferrer M, García-García C, El Ouaddi N, Rueda F, Serra J, Oliveras T, et al. Transitioning from a coronary to a critical cardiovascular care unit: trends over the past three decades. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2021;10(4):437-44.
11. Bonnefoy-Cudraz E, Bueno H, Casella G, De Maria E, Fitzsimons D, Halvorsen S, et al. Editor's Choice - Acute Cardiovascular Care Association Position Paper on Intensive Cardiovascular Care Units: An update on their definition, structure, organisation and function. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2018;7(1):80-95.
12. Watson RA, Bohula EA, Gilliland TC, Sanchez PA, Berg DD, Morrow DA. Editor's Choice-Prospective registry of cardiac critical illness in a modern tertiary care Cardiac Intensive Care Unit. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2019;8(8):755-61.
13. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-826.
14. Pérez-Ortega S, Fernández C, Parellada M, Rossi M. Perfil y competencias enfermeras en las unidades de cuidados intensivos cardiovasculares. En: Manual de enfermería en cuidados críticos cardiovasculares [Internet]. Asociación Española de enfermería en cardiología. 2022. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/images/manuales/Manual_de_Enfermeria_en_Cuidados_Criticos_Cardiovasculares_ISBN_978_84_09_44195_2.pdf#page=17

15. Marsh R. Critical Care Nursing. *Am J Nurs*. 2023;123(10):21-21.
16. Esper AM, Arabi YM, Cecconi M, Du B, Giamarellos-Bourboulis EJ, Juffermans N, et al. Systematized and efficient: organization of critical care in the future. *Crit Care*. 2022;26(1):366.
17. Hamilton DK, Kisacky J, Zilm F. Critical Care 1950 to 2022. *Crit Care Clin*. 2023;39(3):603-25.
18. Decormeille G, Maurer-Maouchi V, Mercier G, Debock S, Lebrun C, Rouhier M, et al. Adverse Events in Intensive Care and Continuing Care Units During Bed-Bath Procedures: The Prospective Observational NURSIng during critical carE (NURSIE) Study. *Crit Care Med*. 2021;49(1):e20-30.
19. Carvajal G, Montenegro JD. Hygiene: basic care that promotes comfort in critically ill patients. *Enferm Global*. 2015;14(4):340-61.
20. Henderson V, Collière MF. *La nature des soins infirmiers*. Paris: InterEd; 1994.
21. Gordon M. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. St. Louis: Mosby; 1994.
22. Henderson V. The concept of nursing*. *J Adv Nurs*. 2006;53(1):21-31.
23. Enfermeria BuenosAires. Cuidados básicos de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com/cuidados-basicos-enfermeria-unidades-cuidados-intensivos/>
24. Díaz E, Turégano C. Higiene y antisepsia cutánea diaria en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 2019;43:13-7.
25. Pittman J, Beeson T, Dillon J, Yang Z, Mravec M, Malloy C, et al. Hospital-Acquired Pressure Injuries and Acute Skin Failure in Critical Care: A Case-Control Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2021;48(1):20-30.

26. Nowicki JL, Mullany D, Spooner A, Nowicki TA, McKay PM, Corley A, et al. Are pressure injuries related to skin failure in critically ill patients? *Aust Crit Care*. 2018;31(5):257-63.
27. Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Rhodes S, Smith AF. Chlorhexidine bathing of the critically ill for the prevention of hospital-acquired infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;8(8):CD012248.
28. Xu X, Zhang H, Ding J, Liu Y, Zhang J. Nursing resources and patient outcomes in intensive care units: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(6):e24507.
29. Mohamadi Asl S, Khademi M, Mohammadi E. The influential factors in humanistic critical care nursing. *Nurs Ethics*. 2022;29(3):608-20.
30. Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, et al. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17(1):6-22.
31. Pereira Lima Silva R, Gonçalves Meneguetti M, Dias Castilho Siqueira L, Araújo TR, Auxiliadora-Martins M, Mantovani Silva Andrade L, et al. Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):1986-96.
32. Vincelette C, D'Aragon F, Stevens LM, Rochefort CM. The characteristics and factors associated with omitted nursing care in the intensive care unit: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;75:103343.
33. Norman I, Griffiths P. Nursing must acknowledge and address systemic problems which lead to poor care. *Int J Nurs Stud*. 2019;91:108-9.
34. Labrague LJ, De Los Santos JAA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, et al. The association of nurse caring behaviours on missed

- nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2257-65.
35. Nantsupawat A, Poghosyan L, Wichaikhum O, Kunaviktikul W, Fang Y, Kueakomoldej S, et al. Nurse staffing, missed care, quality of care and adverse events: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2022;30(2):447-54.
 36. Danielis M, Destrebecq ALL, Terzoni S, Palese A. Nursing care factors influencing patients' outcomes in the intensive care unit: Findings from a rapid review. *Int J of Nurs Pract.* 2022;28(2):e12962.
 37. Real Academia Española. En [citado 3 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/higiene?m=form>
 38. Moliner M. Diccionario de uso del español. 4ªed. Madrid: Gredos; 2016.
 39. Toledo LV, Sampaio NV, Salgado PDO, Brinati LM, Domingos CS, De Souza CC, et al. Déficit no autocuidado para banho: caracterização do diagnóstico de enfermagem em pacientes críticos. *Acervo Saúde.* 2020;(43):e3284.
 40. El-Soussi AH, Asfour HI. Examining bed-bath practices of critically ill patients. *J Nurs Educ Pract [Internet].* 2016 [citado 14 de noviembre de 2023];6(12). Disponible en: <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/9518>
 41. Konya I, Nishiya K, Yano R. Effectiveness of bed bath methods for skin integrity, skin cleanliness and comfort enhancement in adults: A systematic review. *Nurs Open.* 2021;8(5):2284-300.
 42. Tai CH, Hsieh TC, Lee RP. The Effect of Two Bed Bath Practices in Cost and Vital Signs of Critically Ill Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(2):816.
 43. Pentecost C, Frost J, Sugg HVR, Hilli A, Goodwin VA, Richards DA. Patients' and nurses' experiences of fundamental nursing care: A systematic review and qualitative synthesis. *J Clin Nurs.* 2020;29(11-12):1858-82.

44. Ramos JMF, González Consuegra RV, Guerra Urrego KA. Modelo de adaptación de Roy en el baño en cama. *Av Enferm* [Internet]. 2016 [citado 14 de noviembre de 2023];34(3). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/48780>
45. Powers J, Fortney S. Baños en cama: mucho más que una simple tarea de enfermería. *Nursing*. 2015;32(3):64-5.
46. Feo R, Kitson A. Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *Int J Nurs Stud*. 2016;57:1-11.
47. Correa-Perez L. Humanización en la UCI desde una perspectiva antropológica: la percepción del cuerpo y la identidad del sujeto en los pacientes en la unidad de cuidado intensivo. *Acta Colomb de Cuid Intensivo*. 2018;18(3):175-8.
48. Nepomuceno BC, Campos BC, Simões IAR, Vitorino LM. Banho No Leito: o Discurso do Sujeito Coletivo de Pacientes Hospitalizados / Bath In Bed: the Collective Subject Discourse of Hospitalized Patients. *Rev Cienc Saude*. 2014;4(1):18-24.
49. Nakatani AYK, Souza ACS, Gomes IV, Sousa MM. O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem recebe. *CienCuidSaude*. 2004;3(1):13-22.
50. Lesny M, Conrad M, Latache C, Sylvestre A, Gaujard E, Dubois V, et al. Adverse events during nursing care procedure in intensive care unit: The PREVENIR study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;60:102881.
51. Lawton S, Shepherd E. The underlying principles and procedure for bed bathing patients. *Nurs Times* [online]. 2019;115(5):45-7.
52. Galazzi A, Adamini I, Consonni D, Roselli P, Rancati D, Ghilardi G, Greco G, Salinaro G, Laquintana D. Accidental removal of devices in intensive care unit: An eight-year observational study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;54:34-8.

53. Caya T, Knobloch MJ, Musuuza J, Wilhelmson E, Safdar N. Patient perceptions of chlorhexidine bathing: A pilot study using the health belief model. *Am J Infect Control*. 2019;47(1):18-22.
54. Nahuelquin cibeles A gonzalez. Satisfacción usuaria en familiares de personas hospitalizadas en una unidad de paciente crítico adulto: User satisfaction in relatives of people hospitalized in an adult critical patient unit. *Nure Inv* [Internet]. 2019 [citado 4 de noviembre de 2023];16(98). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1487>
55. Kalolo AM, Mula C, Gundo R. Family members' perception of their needs in critical care units at a tertiary hospital in Malawi: A qualitative study. *BMC Nurs*. 2023;22(1):274.
56. Frost SA, Hou YC, Lombardo L, Metcalfe L, Lynch JM, Hunt L, et al. Evidence for the effectiveness of chlorhexidine bathing and health care-associated infections among adult intensive care patients: a trial sequential meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):679.
57. Veje PL, Chen M, Jensen CS, Sørensen J, Primdahl J. Bed bath with soap and water or disposable wet wipes: Patients' experiences and preferences. *J Clin Nurs*. 2019;28(11-12):2235-44.
58. Pallotto C, Fiorio M, De Angelis V, Ripoli A, Franciosini E, Quondam Girolamo L, et al. Daily bathing with 4% chlorhexidine gluconate in intensive care settings: a randomized controlled trial. *Clin Microbiol Infect*. 2019;25(6):705-10.
59. Esarte J, Mujika A. [Chlorhexidine bathing in intensive care units for the prevention of nosocomial infections. A systematic review]. *An Sist Sanit Navar*. 2022;45(3):e1027.
60. Ministerio de Sanidad. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Seguridad del paciente. [citado 7 de noviembre de 2023]. Seguridad del paciente. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/seguridadPaciente/home.htm>

61. Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan, Tartaglia R. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management [Internet]. 2021 [citado 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://link.springer.com/download/epub/10.1007/978-3-030-59403-9.epub>
62. SEMICYUC. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización 2017 [Internet]. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias; 2017. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/indicadoresdecalidad2017_semicyuc_spa-1.pdf
63. Marins IF, Cruz ICF da. Patient safety in personal hygiene of ICU patients: systematic literature review for a clinical protocol. J Specialized Nurs Care [Internet]. 2016 [citado 26 de noviembre de 2023];8(1). Disponible en: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2808>
64. Barnhorst AB, Martinez M, Gershengorn HB. Quality improvement strategies for critical care nursing. Am J Crit Care. 2015;24(1):87-92.
65. Egan EA. Clinical Ethics and Patient Safety. En: Agrawal A, Bhatt J, editores. Patient Safety [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [citado 9 de noviembre de 2023]. p. 135-47. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-35933-0_10
66. Tsogbadrakh B, Kunaviktikul W, Akkadechanunt T, Wichaikhum OA, Turale S. Nurse and Patient Perceptions of Quality Nursing Care in Mongolian Public Hospitals. Pac Rim Int J Nurs Res. 2020;24(4):514-26.
67. Velasco J, Heras G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. Ética de los Cuidados [Internet]. 2017 [citado 6 de noviembre de 2023];20(10). Disponible en: <https://index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>

68. Romero-García M, Delgado-Hito P, De La Cueva-Ariza L, Martínez-Momblan MA, Lluch-Canut MT, Trujols-Albet J, et al. Level of satisfaction of critical care patients regarding the nursing care received: Correlation with sociodemographic and clinical variables. *Aust Crit Care*. 2019;32(6):486-93.
69. Delgado-Hito P, Alcalà-Jimenez I, Martínez-Momblan MA, De La Cueva-Ariza L, Adamuz-Tomás J, Cuzco C, et al. Satisfaction of intensive care unit patients linked to clinical and organisational factors: A cross-sectional multicentre study. *Aust Crit Care*. 2023;36(5):716-22.
70. Guerra-Martín MD, González-Fernández P. Satisfacción de pacientes y cuidadores familiares en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2021;32(4):207-19.
71. Gil-Juliá B, Ballester-Arnal R, Bernat-Adell MD, Giménez-García C, Castro-Calvo J, Gil-Juliá B, et al. Valoración de la estancia en UCI desde el punto de vista de pacientes y familiares. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 4 de noviembre de 2023];92. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100407&lng=es&nrm=iso&tlng=es
72. Cadena-Estrada JC, Olvera-Arreola S, Mendoza E, Díaz E. Necesidades de los familiares del paciente cardiópata hospitalizado en una unidad de cuidados críticos. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2020;27(3):94-101.
73. Heydari A, Sharifi M, Moghaddam AB. Family participation in the care of older adult patients admitted to the intensive care unit: A scoping review. *Geriatric Nursing*. julio de 2020;41(4):474-84.
74. Kolcaba K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci*. 1992;15(1):1-10.
75. Taylor S, Kolcaba K. La teoría del confort. En: *Modelos y teoría en enfermería*. 6ª. España: Elsevier; 2007. p. 706-19.

76. González M, Moro, Durango M, Ledesma J, Pacheco E. Aproximación a las necesidades de confort en enfermos críticos desde la Teoría de Kolcaba. *Ética de los Cuidados*. 2023;16:e14253.
77. Winterbottom FA, LeBlanc-Lucas K, Boylan A. Nurses' Influence on Patient Wellbeing. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020;32(2):327-34.
78. Jensen AL, Vedelø TW, Lomborg K. A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*. 2013;22(7-8):1005-15.
79. Nightingale F. *Notes on Nursing. What it is, and what it is not*. D. Appleton and Company. 1860.
80. Alexander SA. Intensive Care Unit Nursing Priorities in the United States. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2021;33(1):1-20.
81. Shibutani M. The Significance of Bed Baths to Nurses: An Ethnographic Study of Bed Baths. *Jpn J Nurs Sci*. 2019;42(1):1-51.
82. Silva Faria JM, Pontífice-Sousa P, Pinto Gomes MJ. O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enf Global*. 2018;17(2):477-514.
83. Guevara Lozano M, Laverde Contreras OL. Aplicación de la teoría de la comodidad en el baño en cama. *Index Enferm*. 2015;24(1-2):76-80.
84. Arias-Rivera S, López-López C, Frade-Mera MJ, Vía-Clavero G, Rodríguez-Mondéjar JJ, Sánchez-Sánchez MM, et al. Valoración de la analgesia, sedación, contenciones y delirio en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas. Proyecto ASCyD. *Enfer Intensiva*. 2020;31(1):3-18.
85. Solís M. Asociación entre la ratio de enfermería y los desenlaces de los pacientes de UCI. Estudio multicéntrico. *Enfer Intensiva*. 2016;27(2):81-3.

86. Khanna AK, Labeau SO, McCartney K, Blot SI, Deschepper M. International variation in length of stay in intensive care units and the impact of patient-to-nurse ratios. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022;72:103265.
87. Rollan Oliveira S, Siles González J. Nursing Professionals within the Intergenerational Context during the 20th and 21st Centuries: an Integrative Review. *Invest Educ Enferm.* 2021;39(3):e14.
88. Law AC, Stevens JP, Hohmann S, Walkey AJ. Patient Outcomes After the Introduction of Statewide ICU Nurse Staffing Regulations*. *Crit Care Med.* 2018;46(10):1563-9.
89. Bae S. Intensive care nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review. *Nurs Crit Care.* 2021;26(6):457-66.
90. Calviño-Günther S, Vallod Y. Patient Care: From Body to Mind. En: *Passport to Successful ICU discharge* [Internet]. Springer; 2020 [citado 14 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-38916-1_3
91. Espinoza-Caifil M, Baeza-Daza P, Rivera-Rojas F, Ceballos-Vásquez P. Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería (Montev).* 2021;10(1):30-43.
92. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2020;32(2):135-47.
93. Alonso-Ovies Á, Heras La Calle G. Humanizing care reduces mortality in critically ill patients. *Med Intensiva.* 2020;44(2):122-4.
94. Egerod I, Kaldan G, Nordentoft S, Larsen A, Herling SF, Thomsen T, et al. Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse Educ Pract.* 2021;54:103142.
95. Chang LY, Yu HH, Chao YFC. The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *J Nurs Res.* 2019;27(1):e8.

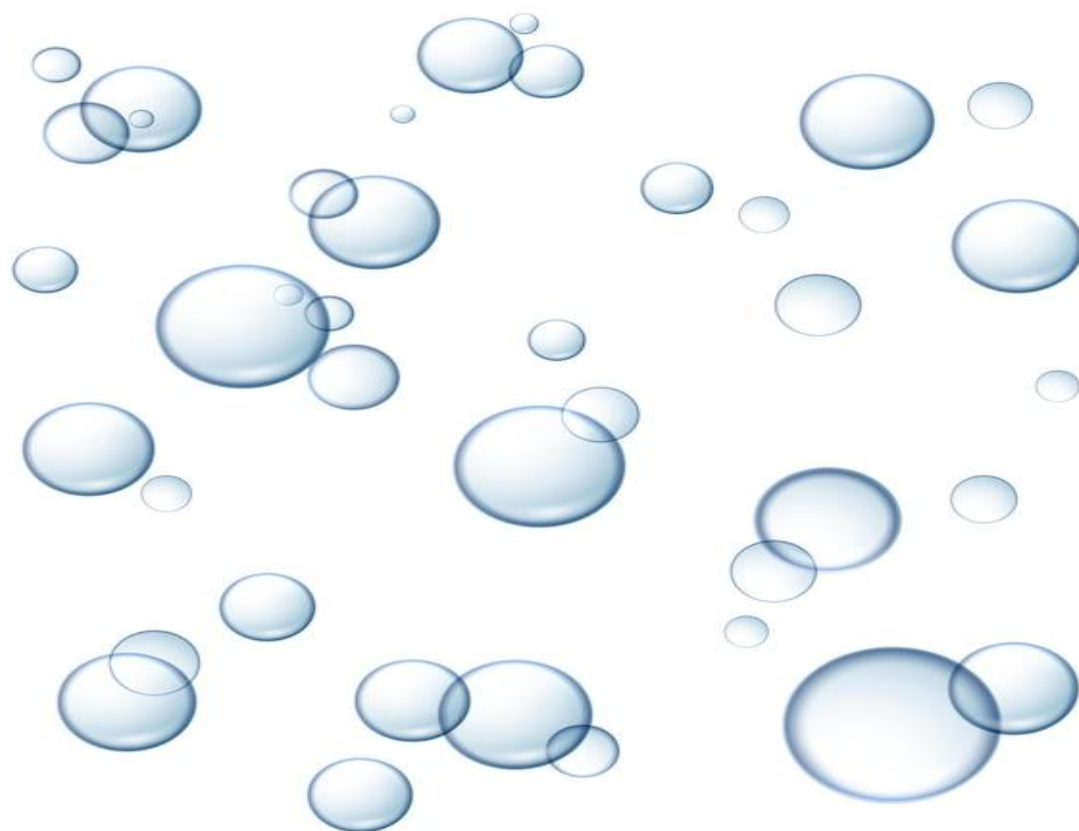
96. Twigg DE, Whitehead L, Doleman G, El-Zaemey S. The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2021;77(12):4599-611.
97. Toledo LV, Santos BXD, Salgado P de O, Souza LM de, Brinati LM, Januário C de F, et al. Changes in body temperature of critically ill patients submitted to bed bathing: a crossover clinical trial. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200969.
98. Toledo LV, Salgado P de O, Souza CC de, Brinati LM, Januário C de F, Ercole FF. Effects of dry and traditional bed bathing on respiratory parameters: a randomized pilot study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3264.
99. Groven FMV, Zwakhalen SMG, Odekerken-Schröder G, Tan F, Hamers JPH. Comfort during the bed bath—A randomised crossover trial on the effect of washing without water versus water and soap in nursing students. *J Clin Nurs*. 2021;30(15-16):2234-45.
100. Holanda Peña MS, Talledo NM, Ots Ruiz E, Lanza Gómez JM, Ruiz Ruiz A, García Miguelez A, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva*. 2017;41(2):78-85.
101. Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda R. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *RPPC*. 2014;(18):129-38.
102. Zengin N, Ören B, Üstündag H. The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care*. 2020;25(2):109-16.
103. Miranda-Ackerman RC, Lira-Trujillo M, Gollaz-Cervantez AC, Cortés-Flores AO, Zuloaga-Fernández Del Valle CJ, García-González LA, et al. Associations between stressors and difficulty sleeping in critically ill patients admitted to the intensive care unit: a cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):631.

104. Reuter-Rice K, McMurray MG, Christoferson E, Yeager H, Wiggins B. Sleep in the Intensive Care Unit: Biological, Environmental, and Pharmacologic Implications for Nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2020;32(2):191-201.
105. Naef R, Brysiewicz P, Mc Andrew NS, Beierwaltes P, Chiang V, Clisbee D, et al. Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021;66:103081.
106. Li C, Feng T. [Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress Disorders in Critically Ill Patients]. *Hu Li Za Zhi.* 2020;67(3):23-9.
107. Garcia D, García N, Martínez M. La relación terapeutica con la familia del paciente crítico. *Metas Enferm.* 2016;19(2):49-59.
108. Wong P, Redley B, Digby R, Correya A, Bucknall T. Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care.* 2020;33(4):317-25.
109. Achury Saldaña DM, Pinilla Alarcón M, Pontificia Universidad Javeriana, Alvarado Romero H, Pontificia Universidad Javeriana. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Invest Educ Enferm.* 2015;33(1):102-11.
110. Richards DA, Borglin G. 'Shitty nursing' – The new normal? *Int J Nurs Stud.* 2019;91:148-52.
111. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS One.* 2020;15(7):e0235694.
112. Uhel S, Robin V, Fely L, Vaux M, Allix-Beguec C, Briatte I. Effet de la communication thérapeutique pendant la toilette complète des patients. *Soins.* 2020;65(845):10-3.

113. Dees ML, Carpenter JS, Longtin K. Communication Between Registered Nurses and Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Crit Care Nurse*. 2022;42(6):25-34.
114. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev*. 2016;1(1):2.
115. Van Epps H, Astudillo O, Del Pozo Martin Y, Marsh J. The Sex and Gender Equity in Research (SAGER) guidelines: Implementation and checklist development. *Eur Sci Ed*. 2022;48:e86910.
116. Teresa-Morales C, Rodríguez-Pérez M, Araujo-Hernández M, Feria-Ramírez C. Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):7640.
117. Bolzán YH. Los roles de género en Enfermería: Una perspectiva historica de la división del trabajo. *Vis enferm actual*. 2017;45-53.
118. Mayobre P, Vázquez I. Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género / The Cost of Care: an Analysis of Care from the Gender Perspective. *Rev Esp Invest Sociol [Internet]*. 2015 [citado 4 de noviembre de 2023];151. Disponible en: http://reis.cis.es/REIS/PDF/Reis_151_Article_051436260836942.pdf
119. Asante AO, Korsah KA, Amoako C. Does the gender of nurses matter to patients? A qualitative analysis of gender preferences of patients. *SAGE Open Med*. 2023;11:20503121231182514.
120. Benlloch I. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud [Internet]. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. [Internet]. Ministerio de Sanidad.; [citado 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03 modulo_02.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf)

121. Jun J, Kapella MC, Hershberger PE. Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care Units: A systematic review. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021;67:103124.
122. Thille AW, Reynaud F, Marie D, Barrau S, Rousseau L, Rault C, et al. Impact of sleep alterations on weaning duration in mechanically ventilated patients: a prospective study. *Eur Respir J.* 2018;51(4):1702465.
123. Bernard M, Godard B, Camara C, Gaultier A, Hudry C, Marlot T, et al. Respective Impact of Day and Night Bed Baths on Critical Care Patients. *Dimens Crit Care Nurs.* 2022;41(2):103-9.
124. Tamburri LM, DiBrienza R, Zozula R, Redeker NS. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. *Am J Crit Care.* 2004;13(2):102-12.

Capítulo XII. Anexos



Capítulo XII. Anexos

Anexo 1. Autorizaciones coautores para el uso de publicaciones como parte de la presente tesis doctoral

Adelaida Zabalegui Yáñez como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Hervás V, Vidorreta S, Fontanet E, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, Zabalegui A. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. *Enferm Cardiol*. 2021;84:12-9.
- Pérez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos: estudio prospectivo descriptivo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e4031. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4031>
- Pérez-Ortega S, Parellada M, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos. *Enferm Intensiva*. En proceso de edición

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Montserrat Venturas Nieto como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Hervás V, Vidorreta S, Fontanet E, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, Zabalegui A. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. *Enferm Cardiol*. 2021;84:12-9.
- Pérez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos: estudio prospectivo descriptivo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e4031. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4031>
- Pérez-Ortega S, Parellada M, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos. *Enferm Intensiva*. En proceso de edición

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Marta Parellada Vendrell como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Parellada M, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A.
Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos
cardiológicos. Enferm Intensiva. En proceso de edición

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Elena Querol Vallés como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos: estudio prospectivo descriptivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2023;31:e4031. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4031>
- Pérez-Ortega S, Parellada M, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos. Enferm Intensiva. En proceso de edición

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Judith Prats Barrera como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos: estudio prospectivo descriptivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4031. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4031>
- Pérez-Ortega S, Parellada M, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos. Enferm Intensiva. En proceso de edición

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Silvia Vidorreta Gracia como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Hernanz A, Navarro M, Seral T, Hervás V, Fontanet E, Casal J, Vidorreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? AgInf. 2017;21(82):55-60.
- Pérez-Ortega S, Hervás V, Vidorreta S, Fontanet E, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, Zabalegui A. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. Enferm Cardiol. 2021;84:12-9.

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(...)
4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Vanessa Hervás Duran como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Hernanz A, Navarro M, Seral T, Hervás V, Fontanet E, Casal J, Vidorreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? AgInf. 2017;21(82):55-60.
- Pérez-Ortega S, Hervás V, Vidorreta S, Fontanet E, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, Zabalegui A. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. Enferm Cardiol. 2021;84:12-9.

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Josefina Casal Rodríguez como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Hernanz A, Navarro M, Seral T, Hervás V, Fontanet E, Casal J, Vidorreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? AgInf. 2017;21(82):55-60
- Pérez-Ortega S, Hervás V, Vidorreta S, Fontanet E, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, Zabalegui A. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. Enferm Cardiol. 2021;84:12-9.

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, entendiéndose el artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universidad Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universidad Jaume I (Aprobado en la sesión nº 871001 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020)

Y...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas autoras deberán manifestarse explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar ese mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

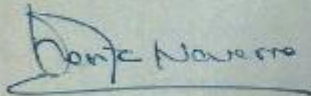
María Navarro Merino como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Hemanz A, Navarro M, Seral T, Hervas V, Fontanet E, Casal J, Vidoreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? AgInf. 2017;21(82):55-60.

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

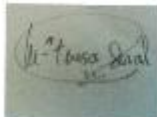
Teresa Seral Espuñez como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Hernanz A, Navarro M, Seral T, Hervás V, Fontanet E, Casal J, Vidorreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? AgInf. 2017;21(82):55-60.

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,



Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(…)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Emma Fontanet Ferri como coautor/ coautora doy mi **autorización** a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Hernanz A, Navarro M, Seral T, Hervás V, Fontanet E, Casal J, Vidorreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? AgInf. 2017;21(82):55-60.
- Pérez-Ortega S, Hervás V, Vidorreta S, Fontanet E, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, Zabalegui A. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. EnfermCardiol. 2021;84:12-9.

Asimismo, **renuncia** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento.

Lugar, fecha y firma
Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020).

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Alexandre Hernanz del Rio como coautor/ coautora doy mi autorización a Silvia Pérez Ortega para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

- Pérez-Ortega S, Hernanz A, Navarro M, Seral T, Hervás V, Fontanet E, Casal J, Vidorreta S. ¿Presentan alteraciones hemodinámicas los pacientes de la Unidad Coronaria durante el baño diario? *AglInf.* 2017;21(82):55-60.

Asimismo, renuncio a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,

Lugar, fecha y firma

Barcelona, 10 de noviembre de 2023

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión nº 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02 /10/2020):

“(…)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

Anexo 2. Autorización comité ética investigación clínica. Estudio: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria.

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

NEUS RIBA GARCIA, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

DOCUMENTOS CON VERSIONES:

Tipo	Subtipo	Versión
Hoja Información de Paciente	DESEMBRE 2014	Diciembre 2014
Hoja Información de Paciente	DESEMBRE 2014	v.2.(3-3-15)
Protocolo	DESEMBRE 2014	Diciembre 2014
Protocolo	DESEMBRE 2014	V.2. (3 -3-15)
Protocolo	DESEMBRE 2014	V.3. (18 -3-15)

TÍTULO: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria

INVESTIGADOR PRINCIPAL: SÍLVIA PÉREZ ORTEGA;
SÍLVIA VIDORRETA GRACIA

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y est n justificados los riesgos y molestias previsibles.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado las compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

1  En la reunión celebrada el día 22 de enero de 2015, acta 2/2015 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2  El CEIC del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

3  Listado de miembros:

Presidente:

- FRANCISCO JAVIER CARNE CLADELLAS (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA
Villarroel, 170 - 08036 Barcelona (Espan a)
Tel. 93 227 54 00 Fax 93 227 54 54
www.hospitalclinic.org

Vicepresidente:

- BEGOÑA GÓMEZ PÉREZ (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)

Secretario:

- NEUS RIBA GARCIA (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

Vocales:

- ITZIAR DE LECUONA (Jurista, Observatorio de Bioética y Derecho, UB)
- MONTSERRAT GONZÁLEZ CREUS (Trabajadora Social, Servicio de Atención al Usuario, HCB)
- MIRIAM MENDEZ GARCÍA (Abogada, HCB)
- MONTSERRAT NUÑEZ JUÁREZ (Enfermera, HCB)
- JOSE RIOS GUILLERMO (Estadístico, Farmacología Clínica, USEM, UASP, HCB)
- JOSE MIGUEL SOTOCA (Farmacéutico Atención Primaria, CAP Les Corts)
- ANTONI TRILLA GARCIA (Médico Epidemiólogo, HCB - Director UAPS)
- OCTAVI SANCHEZ LOPEZ (Representante de los pacientes)
- MARIA JESÚS BERTRAN LUENGO (Médico Epidemiólogo, HCB)
- MARTA AYMERICH GREGORIO (Médico Hematólogo, HCB)

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

Barcelona, a 25 de marzo de 2015



CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari
COMITÉ ÈTIC
INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Reg. HCB/2015/0002

Mod_04 (V1 de 28/11/13)

PR

Anexo 3. Hoja recogida de datos: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria

HOJA RECOGIDA DATOS

AFECCIÓN HEMODINÁMICA DEL PACIENTE CRÍTICO CARDIOLÓGICO EN LA HIGIENE DIARIA

Nº HIGIENE/PACIENTE: / EDAD: SEXO: TISS 28:

FECHA INGRESO UC: DIAGNÓSTICO INGRESO:

CRITERIO CRÍTICO 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 REALIZACIÓN HIGIENE ENCAMADO: SI NO

FECHA HIGIENE: HORA:

DURACIÓN: min NECESIDAD AVISAR MÉDICO DE GUARDIA: SI NO

PERSONAL Y CARGO QUE REALIZA LA HIGIENE: / / /

	PREVIO A LA HIGIENE	DURANTE LA HIGIENE	30'-60' DESPUÉS DE LA HIGIENE
TAS/TAD			
FC			
FR			
OXIGENOTERAPIA	LN/ VK/ MONAGAN/ VMNI /VMI controlada /VMI Asistida	LN/ VK/ MONAGAN/ VMNI /VMI controlada /VMI Asistida	LN/ VK / MONAGAN/ VMNI /VMI controlada /VMI Asistida
FI ₂			
SAT O2			
RITMO CARDIACO			
CATÉTERES/SONDAS	SWAN GANZ / K.A. / VIA DIALISIS/ VIA CENTRAL/ VIA PERIFÉRICA/ MCP ext. TOT/TRAQUEO/SNG/SV/ DRENAJES/ TERM.ESOFÁGICO/ BCP/Ao / Asist. ventricular	SWAN GANZ / K.A. / VIA DIALISIS/ VIA CENTRAL/ VIA PERIFÉRICA/ MCP ext. TOT/ TRAQUEO/SNG/ SV/DRENAJES/ TERM.ESOFÁGICO/ BCPIAo / Asist. ventricular	SWAN GANZ / K.A. / VIA DIALISIS/ VIA CENTRAL/ VIA PERIFÉRICA/ MCP ext. TOT/ TRAQUEO/ SNG/ SV/DRENAJES/ TERM.ESOFÁGICO/ BCPIAo / Asist. ventricular
TEMPERATURA			
OTRAS			
MEDICACIÓN			
DOBUTAMINA	SI / NO	↑ / = / ↓ / STOP	↑ / = / ↓ / STOP
NORADRENALINA	SI / NO	↑ / = / ↓ / STOP	↑ / = / ↓ / STOP
NITROGLICERINA	SI / NO	↑ / = / ↓ / STOP	↑ / = / ↓ / STOP
MIDAZOLAM	SI / NO	↑ / = / ↓ / STOP	↑ / = / ↓ / STOP
PROPOFOL	SI / NO	↑ / = / ↓ / STOP	↑ / = / ↓ / STOP
FENTANILO	SI / NO	↑ / = / ↓ / STOP	↑ / = / ↓ / STOP
CISATRACURIO	SI / NO	↑ / = / ↓ / STOP	↑ / = / ↓ / STOP
ISOPROTERENOL	SI / NO	↑ / = / ↓ / STOP	↑ / = / ↓ / STOP
LEVOSIMENDÁN	SI / NO	↑ / = / ↓ / STOP	↑ / = / ↓ / STOP
OTRAS			
MEDIDAS PREVIAS: PROPOFOL, MIDAZOLAM, RELAJANTE MUSCULAR, ANALGESIA,			
COMPLICACIÓN SECUNDARIA HIGIENE: ÉXITUS, ICTUS, HEMORRAGIA,			

ANEXO 1. HOJA RECOGIDA DATOS v.7. (3-3-15)

CRITERIOS CRÍTICO:

1. Paciente al que se ha realizado cirugía cardiovascular en las últimas 48h.
2. Paciente al que se ha realizado intervencionismo percutáneo de cardiopatía estructural en las últimas 24h
3. Paciente con un infarto Agudo de Miocardio en las primeras 24 horas de evolución.
4. Paciente con ventilación mecánica y/o $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ (VK 40%, VK 60%, Monagan).
5. Paciente con tensión arterial sistólica $\text{TAS} < 90$, o infusión de drogas vasoactivas: dobutamina, noradrenalina, aleudrinas, levosimendán,
6. Paciente portador de Balón de contrapulsación Intraaórtico (BCPIAo), Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO), u otros dispositivos de asistencia ventricular.
7. Paciente portador de terapia de sustitución renal continua.
8. Paciente que en las últimas 24h ha precisado maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).
9. Paciente que en las últimas 24h ha presentado alteraciones electrocardiográficas:
 - taquicardia ventricular,
 - taquicardia supraventricular/FA con disminución de la TAS del 20% de la basal,
 - Bloqueo auriculo ventricular completo
 - bloqueo auriculo ventricular de cualquier tipo con disminución de la TAS del 20% de la basal

ESCALA TISS 28

	Puntos
Actividades básicas	
1. Monitorización estándar. Signos vitales humanos, registro y cálculo del balance hídrico normal	5
2. Laboratorio. Investigaciones bioquímicas y microbiología	1
3. Terapéutica simple. Intravenosa, intramuscular, subcutánea y/o oral (E). Por sonda gástrica	2
4. Terapéutica múltiple intravenosa. Más de un medicamento en dosis única o administración continua	3
5. Cambio rutinario de vendajes. Cuidados y prevención de la úlcera por decúbito	1
6. Cambio frecuente de vendajes. Al menos una vez por turno de enfermería o cuidado complejo de heridas	3
7. Cuidado de drenajes. Todos, excepto por sonda gástrica	3
Soporte ventilatorio	
1. Cualquier forma de ventilación mecánica con/ sin PEEP, con/ sin relajantes musculares o CPAP	5
2. Soporte ventilatorio suplementario. Ventilación espontánea en paciente intubado, administración de oxígeno por cualquier método excepto si está en ventilación mecánica	2
3. Cuidados de la vía aérea artificial. Intubación endotraqueal o traqueostomía	1
4. Tratamiento para mejorar la función pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometría de incentivo, aerosolterapia, aspiración endotraqueal	1
Soporte cardiovascular	
1. Terapéutica vasoactiva simple. Cualquier droga vasoactiva	3
2. Terapéutica vasoactiva múltiple. Más de una droga vasoactiva con independencia del tipo y la dosis	4
3. Reposición intravenosa de grandes pérdidas líquidas. Suministro de más de 3 L/m ² /día independientemente del tipo de solución	4
4. Catéter arterial periférico	5
5. Monitorización de presión de aurícula izquierda. Catéter flotante en arteria pulmonar con o sin determinación del gasto cardíaco	8
6. Catéter centrovencoso	2
7. Reanimación post paro cardíaco en las últimas 24 horas. (No incluye la percusión precordial simple)	3
Soporte renal	
1. Diálisis o hemofiltración	3
2. Medida de diuresis	2
3. Diuresis activa (E). Furosemida $> 0,5$ mg/kg/día por sobrecarga hídrica	3
Soporte neurológico	
1. Medida de la presión intracranial	1
Soporte metabólico	
1. Tratamiento de acidosis / alcalosis metabólica complicada	4
2. Nutrición parenteral	3
3. Nutrición enteral. A través de sonda nasogástrica u otra vía gastrointestinal (E). Yeyunostomía	2
Intervenciones específicas	
1. Intervenciones específicas simples en la UCI. Intubación nasotraqueal, implante de marcapaso, cardioversión, endoscopias, cirugía de urgencia en las últimas 24 horas, lavado gástrico. No están incluidas las intervenciones rutinarias sin consecuencias clínicas directas en el estado del paciente tales como estudios de rayos X, ecocardiografía, EKG, curas, abordajes venosos o arteriales	7
2. Intervenciones específicas múltiples en la UCI. Más de una de las descritas en el anterior ítem 1	5
3. Intervenciones específicas fuera de la UCI. Cirugía o procedimientos diagnósticos	5

ANEXO 1. HOJA RECOGIDA DATOS v.2. (3-3-15)

Anexo 4. Consentimiento informado: Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
COLABORACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
Unidad Coronaria / UCI Cardíaca
Institut Clínic del Tòrax**

En la Unidad de Cuidados Intensivos se le proporcionan diferentes cuidados de enfermería tanto para mejorar su estado físico como para mantener la higiene y su confort. El aseo diario del paciente crítico se realiza para cubrir sus necesidades de mantenimiento e higiene de la piel.

De conformidad con lo establecido en la Ley 15/1999, de Protección de datos personales, solicitamos su consentimiento para utilizar sus datos personales para el proyecto de investigación aprobado por el Comité de Investigación Clínica relacionado con la **Afectación hemodinámica del paciente crítico cardiológico en la higiene diaria.**

Firma:
Nombre y Apellidos:
(Paciente o familiar) _____

Firma:
Enfermera/o: _____
Núm . Matricula HC: _____

En cualquier momento puede revocar este consentimiento, así como ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a tal efecto a la enfermera/o de la Unidad Coronaria o UCI Cardíaca en la que esté ingresado.

Anexo 5. Protocolo normalizado de trabajo. Higiene corporal en el paciente dependiente



Higiene del pacient amb dependència total

Àmbit	Primera Versió	Versió
CLÍNICA	febr. 2010	3.0
Aplicació	Propera Revisió	Etiquetes
TRANSVERSAL	abr. 2025	Higiene Infermeria
Tipus de Document	Darrera modificació	Codi Gestor
PNT	abr. 2022	HCB-T-C-203
Institut		
Tot l'Hospital		

Autors

Felipa Barbosa , Maria del Carmen Cañueto , Teresita Perales , Isabel Fortes

Descripció

Realització de la higiene completa del pacient allit que presenta dependència total en les activitats de la vida diària.

Objectiu

- Netejar la pell i mucoses del pacient.
- Proporcionar benestar i confort físic i mental.
- Afavorir el descans.
- Prevenir complicacions (colonització bacteriana, infeccions).
- Valorar la integritat cutània.
- Estimular la circulació sanguínia.
- Millorar l'autoestima i l'autoimatge del pacient
 - Satisfacció del pacient en la cura física NOC 3006

Responsabilitats

- Auxiliars sanitaris

- Infermers/es
- TCAIS

Procediment

PREPARACIÓ DEL PACIENT ABANS DEL PROCEDIMENT

- Informar el pacient/família sobre el procediment que se li ha de realitzar i la manera en què hi poden col·laborar.
- Valorar que el pacient no presenti cap contraindicació per realitzar la higiene en el moment actual.
- Tenir en compte el nivell d'analgèsia i aprofitar de fer-la en el moment de menys dolor pel pacient.
- Valorar el moment de major efecte de l'analgèsia com el més adequat per realitzar-la.
- Retirar rellotge, ulleres, pròtesi dental, audiòfon etc.
- Si el pacient porta catèters, drenatges, sondes, etc., adequar-los a la mobilització que es requerirà per a la higiene (apropar equips de sèrum al pacient, buidar bossa drenatges, tancament nutrició enteral, prèvia comprovació de la retenció gàstrica, si procedeix)
- Preparar i adequar un entorn que protegeixi la intimitat i el confort ambiental del pacient (habitació tancada, cortines de separació, temperatura ambiental, temperatura de l'aigua).
- Preparar el material i adequar l'espai per facilitar fer la higiene en les condicions més ergonòmiques pels professionals.
- Afavorir el descans nocturn, evitant realitzar la higiene entre les 24:00 i les 06:00 h.
- En el cas de pacients infectats o colonitzats per microorganismes multiresistents (MR) es realitzarà la higiene amb sabó antisèptic de clorhexidina durant 5 dies consecutius. Repetir cada dues setmanes durant 5 dies en cas que l'ingrés s'allargui.
 - Posar el sabó antisèptic sobre l'esponja humida i aplicar directament sobre la pell en quantitat suficient perquè arribi a totes les zones, deixar actuar 3 minuts abans d'esbandir. No aplicar en la zona de la cara.
 - En cas de disposar de tovallolletes impregnades amb clorhexidina, utilitzar seguint les indicacions del fabricant i seguir el procediment escrit més endavant.

SEQÜÈNCIA D'ACCIONS:

- Activarem el pilot de senyalització (color verd), per indicar la localització del personal sanitari.
- Adequarem l'alçada del llit.
- Comprovarem la temperatura de l'habitació i de l'aigua (tèbia).
- Ens realitzarem la higiene de mans.
- Ens col·locarem els guants i el davantal (si procedeix).
- Netejarem la cara del pacient, orificis nasals i orelles amb esponja humida, sense sabó.
- Despullarem el pacient i el taparem parcialment amb el llençol de cintura en avall.
- Netejarem el tors, abdomen, braços, en especial atenció als plecs cutanis i aixelles amb esponja sabonosa.
- Procedirem a la higiene de mans i ungles, valorant la seva mida i aspecte.
- Esbandirem immediatament i assecarem suaument, pressionant amb petits tocs –evitar friccionar -
- Taparem la part del tors, abdomen i braços amb roba neta i seca.
- Netejarem les cames i peus –des del turmell fins l'engonal, fent un suau massatge, amb l'esponja sabonosa.
- Esbandirem immediatament i assecarem suaument, pressionant amb petits tocs –evitar friccionar – en especial atenció als espais interdigitals.
- Canviarem l'aigua, l'esponja i procedirem al rentat de genitals.
- En cas de que porti col·lector urinari, el retirarem abans de fer la higiene. Si és portador de sonda vesical, retirarem la fixació i netejarem la sonda en la proximitat del meat urinari de forma acurada. Esbandirem i assecarem. Tornarem a fixar la sonda, canviant el punt de fixació.
- Retirada de guants i higiene de mans.
- Ens col·locarem guants nous.
- Col·locarem el pacient en decúbit lateral, protegint amb un llençol la part anterior.
- Canviarem l'esponja.
- Netejarem l'esquena amb una esponja sabonosa nova. Esbandirem i assecarem.
- Netejarem la part posterior de les cames i natges amb l'esponja sabonosa. Esbandirem i assecarem.
- Finalment netejarem la zona anal i perineal –separant les natges-, amb esponja sabonosa. Esbandirem i assecarem.
- Tindrem cura dels plecs cutanis.
- Retirada de guants i higiene de mans.
- Ens col·locarem guants nous.

- Hidratarem la pell, assegurant la completa absorció de la crema, especialment en punts de pressió.
- Canviarem els llençols, posarem pijama o camisa de dormir. Evitarem que quedin arrugues en els llençols.
- Col·locarem el pacient, mantenint una alineació corporal correcta, i en absència de to muscular, posició antiequí, afavorint el seu confort i seguretat.
- Retirada de guants i higiene de mans.
- Ens col·locarem guants nous.
- Completarem la higiene d'ulls i cavitat oral.
- Retirada de guants i higiene de mans.
- Ens col·locarem guants nous.
- Pentinarem el pacient.
- Netejarem, i eixugarem les palanges i estris utilitzats.
- Retirada de guants i higiene de mans.
- Facilitarem el timbre avisador i altres objectes que precisi al seu abast.
- Ens assegurarem que l'habitació quedi recollida.

OBSERVACIONS

- Cal mantenir el capçal del llit lleugerament elevat (30°), principalment en pacients de risc (intubats, neuroquirúrgics, respiratoris).
- Valorarem si cal realitzar la higiene del cabell prèviament a la higiene corporal.
- Valorarem la integritat de la pell.
- Si es realitza la higiene corporal amb sabó de clorhexidina, cal assegurar la hidratació posterior, per tal d'evitar la irritació cutània.
- Valorarem l'escala de Braden i aplicarem les mesures adients per disminuir el risc de lesions (aplicació d'àcids grassos hiperoxigenats, canvis posturals, etc...)
- Realitzarem el registre de les lesions cutànies i cura realitzada, si s'escau.

HIGIENE DEL PACIENT AMB TOVALLOLETES HUMIDES

Seguirem la seqüència d'intervencions de preparació del pacient per la higiene, segons el protocol (vegeu Annexe 1)

Accions a seguir:

- Per utilitzar les tovalloletes en calent, es pot escalfar l'envàs al microones, segons les indicacions del fabricant. Escalfarem un únic envàs cada vegada. No reescalfar. Comprovarem la temperatura de la tovalloleta abans d'usar-la. Si està molt calenta, esperarem.
- Ens rentarem les mans i ens col·locarem els guants d'un sol ús.
- Obrirem l'envàs reposicionable i agafarem una tovalloleta cada vegada. Son d' un sol ús, no reutilitzar. Evitem el contacte de les tovalloletes amb l'interior de l'envàs per reduir el risc de contaminació. Utilitzem una per cada zona corporal, sempre que la pell estigui visualment neta:
 - Indicarem al pacient que iniciï la higiene per la cara, coll, tòrax i abdomen.
 - Braç i aixella esquerra
 - Braç i aixella esquerra
 - Zona perineal i genitals si estan nets. Si hi ha residus visibles (fecals, orina, o de qualsevol altre tipus), cal netejar-los de la pell amb aigua i sabó. Aclarir els residus de sabó sobre la pell, abans d'emprar les tovalloletes i procedir a la antisèpsia pròpiament dita. Si realitzem la suplència d'aquesta zona, després de la neteja, ens retirarem els guants i realitzarem una higiene de mans.
 - Ens col·locarem guants nous.
 - Cama esquerra
 - Cama dreta
 - Esquena
 - Glutis
- Realitzarem la suplència en aquelles zones inacessibles pel pacient, si procedeix.
- Rebutjarem totes les tovalloletes usades com a residus sanitaris, i deixarem assecar el cos a l'aire.
- Hidratarem la pell, assegurant la completa absorció de la crema, especialment en els punts de pressió.
- Ens retirarem els guants i farem la higiene de mans.

Precaucions:

- No utilitzar en pacients amb al·lèrgia a qualsevol dels ingredients d'aquest producte.
- No utilitzar en ferides obertes o pell danyada.
- Solament és per ús extern. Eviti el contacte amb els ulls, la boca i oïdes.
- No utilitzar si apareix irritació o reacció al·lèrgica.

- Si s'han escalfat les tovalloletes, un cop estigui obert l'envàs, descartar la resta de tovalloletes no utilitzades.

HIGIENE DEL PACIENT AMB TOVALLOLETES XOPADES AMB CLORHEXIDINA

Seguirem la seqüència de intervencions de preparació del pacient per la higiene, segons el protocol.

Accions a seguir:

- Per utilitzar les tovalloletes en calent, es pot escalfar l'envàs al microones segons les indicacions del fabricant. Escalfarem un únic envàs cada vegada. No reescalfar. Comprovarem la temperatura de la tovalloleta abans d'usar-la i si està molt calent, esperarem.
- Indicarem al pacient que iniciï la higiene per la cara amb esponja humida sense sabó i s'assequi amb la tovallola.
- Ens rentarem les mans i ens col·locarem els guants d'un sol ús.
- Obrirem l'envàs reposicionable i agafarem una tovalloleta cada vegada. Són d'un sol ús, no reutilitzar. Evitarem el contacte de les tovalloletes amb l'exterior de l'envàs per reduir el risc de contaminació. Utilitzarem una per cada zona corporal, sempre que la pell estigui visualment neta:
 - Tòrax i abdomen
 - Braç i axella dreta
 - Braç i axella esquerra
 - Zona perineal i genitals si estan nets. Si hi ha residus visibles (fecals, orina, o de qualsevol altre tipus), cal netejar-los de la pell amb aigua i sabó. Aclarir els residus de sabó sobre la pell, abans d'emprar les tovalloletes i procedir a la antisèpsia pròpiament dita. Si realitzem la suplència d'aquesta zona, després de la neteja, ens retirarem els guants i realitzarem una higiene de mans.
 - Ens col·locarem guants nous.
 - Esquena
 - Cama dreta
 - Cama esquerra
 - Glutis

- Realitzarem la suplència en aquelles zones inaccessibles pel malalt, si procedeix.
- Rebutjarem totes les tovalloletes usades com a residus sanitaris i deixarem assecar el cos a l'aire.
- Si es desitja tractar la pell del pacient amb crema hidratant, ha de fer-se una vegada que la clorhexidina ha estat totalment absorbida i, de fet, és millor fer-ho a un altre moment del dia i no immediatament després de l'ús de les tovalloletes.
- Ens retirarem els guants i farem la higiene de mans.

Precaucions

- No utilitzar en pacients amb al·lèrgia al gluconato de clorhexidina o a qualsevol dels altres ingredients d'aquest producte.
- No utilitzar en ferides obertes o pell danyada.
- Utilitzar solament per a ús extern. Eviti el contacte amb els ulls, la boca, i oïdes. La Clorhexidina no ha d'entrar en contacte amb l'oïda mitjana del pacient, encara que en les orelles es pot aplicar. No utilitzar a la cara. En la resta del cos no hi ha cap problema.
- No utilitzar si apareix irritació o reacció al·lèrgica.
- El pacient sol experimentar una sensació apegalosa en la pell a causa de la clorhexidina que queda adherida a ella. Després d'uns minuts, aquesta clorhexidina és absorbida i la sensació desapareix.
- Si s'han escalfat les tovalloletes, un cop estigui obert l'envàs, descartar la resta de tovalloletes no utilitzades.

Material

- 2 Palanganes, 1 gran: SAP 180250, 1 mitjana SAP 180249 (una per ensabonar i l'altre per esbandir)
- 3-4 Esponges: amb sabó SAP 180247 i sense sabó SAP 180246
- Sabó pH neutre (sinó es disposa d'esponges sabonoses)
- Guants no estèrils:
 - Cod. SAP: S=180453
 - Cod SAP: M=180454
 - Cod SAP: L=180455
- Davantal (si és necessari), Cod. SAP 180556)
- Crema hidratant

- Crema protectora
- Vaselina pels llavis
- Llàgrimes artificials (si procedeix)
- 2-3 Depressors, Cod. SAP 181905 o raspall de dents suau o bastonet amb esponja+bicarbonat/antisèptic bucal
- Roba de llit
- 2 Tovalloles (gran i petita)
- Pijama i/o camisa de dormir
- Sac de roba bruta (fora de l'habitació), Cod SAP 179213
- Bosses d'escombraries, Cod. SAP 179203
- Bolquers, Cod. SAP TG 180233 i Cod SAP TM 180234
- Compreses, Cod SAP 180238
- Col·lector Cod. SAP 180686 i Cod SAP 180687
- Bossa recol·lectora d'orina, Cod SAP 180681
- Pinta (SAP 180281), mirall, colònia (valorar sequedat de la pell)

HIGIENE DEL MALALT AMB TOVALLOLETES HUMIDES

- 2 Palanganes, 1 gran: SAP 180250, 1 mitjana SAP 180249 (una per ensabonar i l'altre per esbandir)
- 3-4 Esponges: amb sabó SAP 180247 i sense sabó SAP 180246
- Sabó pH neutre (sinó es disposa d'esponges sabonoses)
- Tovalloletes humides(sense fragància, hipoal·lèrgica i Ph neutre)
- Guants no estèrils:
 - Cod. SAP: S=180453
 - Cod SAP: M=180454
 - Cod SAP: L=180455
- Davantal (si és necessari), Cod. SAP 180556).
- Vaselina pels llavis
- Llàgrimes artificials (si procedeix)
- 2-3 Depressors, Cod. SAP 181905 o raspall de dents suau o bastonet amb esponja+bicarbonat/antisèptic bucal
- Roba de llit
- 2 Tovalloles (gran i petita)
- Pijama i/o camisa de dormir



- Sac de roba bruta (fora de l'habitació), Cod SAP 179213
- Bosses d'escombraries, Cod. SAP 179203
- Bolquers, Cod. SAP TG 180233 i Cod SAP TM 180234
- Compreses, Cod SAP 180238
- Col·lector Cod. SAP 180686 i Cod SAP 180687
- Bossa recol·lectora d'orina, Cod SAP 180681
- Pinta (SAP 180281), mirall, colònia (valorar sequedat de la pell).

HIGIENE DEL PACIENT AMB TOVALLOLETES XOPADES AMB CLORHEXIDINA

- 2 Palanganes, 1 gran: SAP 180250, 1 mitjana SAP 180249 (una per ensabonar i l'altre per esbandir)
- 3-4 Esponges: amb sabó SAP 180247 i sense sabó SAP 180246
- Sabó pH neutre (sinó es disposa d'esponges sabonoses)
- Tovallolletes impregnades amb clorhexidina: Cod. SAP: 180258
- Guants no estèrils:
 - Cod. SAP: S=180453
 - Cod SAP: M=180454
 - Cod SAP: L=180455
- Davantal (si és necessari), Cod. SAP 180556)
- Crema hidratant
- Crema protectora
- Vaselina pels llavis
- Llàgrimes artificials (si procedeix)
- 2-3 Depressors, Cod. SAP 181905 o raspall de dents suau o bastonet amb esponja+bicarbonat/antisèptic bucal
- Roba de llit
- 2 Tovalloles (gran i petita)
- Pijama i/o camisa de dormir
- Sac de roba bruta (fora de l'habitació), Cod SAP 179213
- Bosses d'escombraries, Cod. SAP 179203
- Bolquers, Cod. SAP TG 180233 i Cod SAP TM 180234
- Compreses, Cod SAP 180238
- Col·lector Cod. SAP 180686 i Cod SAP 180687
- Bossa recol·lectora d'orina, Cod SAP 180681
- Pinta (SAP 180281), mirall, colònia (valorar sequedat de la pell).

Aspectes a remarcar

- Garantir que la higiene sigui acurada. Secat minuciós, en especial en les zones submamàries, interglutis, interdigitals, aixelles, engonals. Evitar friccionar la pell.
- Hidratar la pell del pacient, assegurant la plena absorció de la crema.
- Valorar la utilització d'àcids grassos hiperoxigenats en els punts de pressió.
- Mantenir protegit i tapat al pacient, per evitar disconfort i riscos d'hipotèrmia.
- Comprovar que els sistemes de drenatges, sondes, catèters, estiguin ben posicionats, nets i funcionen correctament.
- En pacients crítics, valorar el seu estat hemodinàmic.
- Realitzar el rentat de mans higiènic abans i després del procediment.
- La higiene del pacient enllitat cal realitzar-la diàriament i tantes vegades com sigui necessari.
- Enregistrar qualsevol lesió per valorar la evolució.
- En pacients crítics o que està contraindicada la mobilització o la higiene corporal, valorar la utilització de productes de bany d' un sol ús envasats e impregnats amb clorhexidina.

Descripció dels problemes i intervencions amb taxonomia NANDA

Alteracions hemo dinàmiques i respiratòries

Activitat

Si hi ha compromís hemo dinàmic i/o respiratori, aturar la higiene de forma immediata i valorar l'estat del malalt i la seva recuperació

Risc de desplaçament del tub endotraqueal: sortida total o parcial

Activitat

Assegurar la correcta posició del tub endotraqueal durant tot el procediment

Vigilar el possible desplaçament del tub endotraqueal durant la mobilització del malalt

En finalitzar la higiene, comprovar que ambdós camps pulmonars ventilin adequadament, mitjançant l'auscultació pulmonar



Comprovar la marca de referència en la commissura labial

Risc de desplaçament de catèters, sondes i drenatges

Activitat

Total: pèrdua de la canalització de catèter, sonda i/o drenatge
Parcial: a) Swan-Ganz: risc d'arítmies cardíacaues; b) Cranials. Pèrdua del control de la Pressió Intracraneal; c) Altres: Marcapàs transitori
Mantenir sota control els catèters, sondes i drenatges, durant el temps de la mobilització del malalt
Coordinar amb el personal assistencial, que tots els passos i moviments que es realitzin durant la higiene, siguin de forma segura pel malalt

Risc de pinçaments de tubuladures, catèters amb drogues inotròpiques i altres medicacions de risc, drenatges toràcics

Activitat

Escollir la forma idònia per girar al malalt i evitar pinçaments de tubuladures
Subjectar les tubuladures de catèters, drenatges durant tota la mobilització
Per rentar-li l'esquena, col·locar en decúbit lateral del costat més envaït per evitar el risc de desplaçaments, excepte en els casos de drenatge toràcic o grans ferides, que es farà en el costat contra lateral, per evitar pinçaments i augment de dolor

Risc d'hipotèrmia

Activitat

Realitzar el bany amb l'aigua a temperatura agradable pel malalt, comprovant prèviament la temperatura
Mantenir cobertes les zones corporals que no s'està realitzant la higiene
Fer-ho en el menor temps possible



Risc de lesions osteotendinoses (subluxacions, luxacions)

Activitat

Tenir cura de com es realitzen les mobilitzacions i reposicionament del malalt al llit, evitant lesions als malalts, especialment en agafar al malalt per les espatlles
Mantenir al malalt en la posició menys dolorosa, ben alineat i amb el màxim confort

Dèficit autocura

Codi NANDA

00109

Codi Nic

1802

Intervenció

Ajuda en l'autocura (vestit)

Dèficit autocura

Codi NANDA

00110

Codi Nic

1804

Intervenció

Ajuda en l'autocura (WC)

Risc de deteriorament de la integritat cutània



Codi NANDA

00047

Codi Nic

0740

Intervenció

Cures del pacient enllitat

Risc de deteriorament de la mucosa oral

Codi NANDA

00247

Codi Nic

1710

Intervenció

Manteniment de la salut bucal

Risc de lesió del tracte urinari

Codi NANDA

00250

Codi Nic

6610

Intervenció

Identificació de riscos

Dèficit autocura

Codi NANDA

00108

Codi Nic

1801

Intervenció

Ajuda en l'autocura (higiene)

Problemes relacionats amb el procediment

Risc de perfusió tissular inefectiva: 00201

Riscos Laborals

- [Mesures de prevenció de manipulació de càrregues](#)

Indicadors d'Avaluació

- Nombre de pacients que presenten brutícia als espais interdigital de peus, mans, plecs mamaris i genitals respecte al total de pacients amb dependència total als que se'ls hi ha realitzat una higiene.
- Nombre de pacients que han presentant qualsevol incidència com: alteracions hemodinàmiques i/o respiratòries, desplaçaments, pinçaments i/o retirada accidental del tub endotraqueal, drenatges, catèters i/o sondes respecte al total de pacients amb dependència total als que se'ls hi ha realitzat una higiene.

Registres

- Pla de cures
- Registres clínics

Bibliografia

- North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020. Elsevier. Madrid 2019.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019

- Moorhead S., Johnson M., L. Maas M., Swanson E., Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC). 6ª edición. Elsevier Mosby . Madrid 2019.
- Gálvez H. Guía de actuación: higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(4). Disponible en www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0363.pdf
- Azza H. El-Soussi, Hayam I. As four Examining bed-bath practices of critically ill patients. Journal of Nursing Education and Practice. 2016, Vol. 6, No. 12. <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/9518/6021>
- [Nurse.com](http://www.nurse.com) AACN issues new protocols for bathing patients. April 21st, 2013. Disponible: <https://www.nurse.com/blog/2013/04/21/aacn-issues-new-protocols-for-bathing-patients>
- Del Río L, Vidal P. Types of antiseptics, presentations and rules of use. Medicina Intensiva. Vol.43. Núm. S1, páginas 7-12 (Marzo 2019) Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-tipos-antisepticos-presentaciones-normas-uso-articulo-S0210569118302754>

Documents Relacionats

- [Higiene de genitals femenins i masculins](#)
- [Higiene de les mans](#)
- [Higiene del cabell de el/la pacient allitat](#)
- [Higiene ocular](#)
- [Higiene i cura de la boca del pacient allitat](#)
- [Ús de guants](#)

Documents Annexes

[Annex 1 Easybath: seqüència d'intervencions](#)

**Anexo 6. Autorización comité ética del medicamento.
Estudio: Respuesta emocional del paciente crítico
cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos**

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

ANA LUCIA ARELLANO ANDRINO, Secretario del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Clínic de Barcelona

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

CÓDIGO:

DOCUMENTOS CON VERSIONES:

Tipo	Subtipo	Versión
Protocolo		V1. 18/03/2021
Hoja Información de Paciente		V2. 28 de mayo de 2021

TÍTULO: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos

PROMOTOR:

INVESTIGADOR PRINCIPAL: SÍLVIA PÉREZ ORTEGA

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado las compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio cumple con las obligaciones establecidas por la normativa de investigación y confidencialidad que le son aplicables.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

1º En la reunión celebrada el día 13/05/2021, acta 9/2021 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Reg. HCB/2021/0552
PR

Página 1/3

2ª El CEIm del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de EMA/CHMP/ICH/135/1995

3ª Listado de miembros:

President/a:

Dr. Joaquim Forés Viñeta (Metge Traumatòleg, HCB).

Vicepresident/a:

Dr. Josep Maria Miró Meda (Metge, Malalties Infeccioses, HCB)

Secretari/a:

Dra. Ana Lucía Arellano Andrino (Metge Farmacòleg Clínic, HCB)

Vocals:

Dr. Pau Alcubilla Prats (Metge Farmacòleg Clínic, HCB)
Dr. Sergio Amaro Delgado (Metge Neuròleg, HCB)
Dra. Patricia Amorós Reboredo (Farmacèutica, HCB)
Dra. Mª Jesús Bertran Luengo (Metge Epidemiòleg, HCB)
Dr. Salvatore Brugaletta (Metge Cardiòleg, HCB. Membre del CEA, HCB)
Dra. Elena Calvo Cidoncha (Farmacèutica, HCB)
Sr. Xavier Canals-Riera (Enginyer de Telecomunicació)
Sr. Francesc Xavier Corbelle (Direcció de Sistemes d'Informació, HCB)
Sra. Cecília Cuzco Cabellos (Infermera, HCB)
Dr. Josep Díaz Cort (Llicenciat en Ciències Físiques. Catedràtic d'Informàtica)
Dra. Marta Franch Saguer (Advocada)
Dr. Eduard Guasch y Casany (Metge Cardiòleg, HCB)
Sra. Anna Maria Guijarro Pérez (Servei d'Atenció a la Ciutadania, HCB)
Dra. Virgina Hernández Gea (Metge Hepatòleg, HCB)
Sra. Paula Martín Fargas (Advocada, HCB)
Dr. Gaspar Mestres (Metge, Angiologia, Cirurgia Vasculard)
Dr. José Tomás Ortiz (Metge Cardiòleg, HCB. Representant del Comitè de Delgats Mèdics)
Sr. José Ríos Guillermo (Estadístic. Coordinador científic responsable d'assessorias i formació. Plataforma d'Estadística Mèdica. IDIBAPS)
Dra. Marina Rovira Illamola (Farmacèutica Atenció Primària, CAP Eixample)
Dr. Joaquín Sáez Peñataro (Metge Farmacòleg Clínic, HCB)
Sr. Octavio Sánchez López (Tècnic Auxiliar Clínic, President Associació Diabètics de Catalunya)
Dr. Francesc Torralba Roselló (Doctor en Filosofia)

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Mod_04 (V4 de 18/05/2018)

Reg. HCB/2021/0552

PR

Página 2/3

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

AL TORN: [illegible]
REGLAMENTO: [illegible]
DE: [illegible]

Barcelona, a 22 de junio de 2021

CIJ - G-08431173

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Reg. HCB/2021/0552
PR

Página 3/3

Anexo 7. Cuestionario recogida de datos: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos

Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene diaria. Cuestionario Bathemotions

Nº Caso: Sexo: Hombre Mujer Edad: Fecha

Diagnóstico: Horas desde el ingreso en UCCA

Estado civil: Casado/a En pareja Soltero/a Separado/a-Divorciado/a Viudo/a

Nº personas domicilio familiar (incluido Ud.) Visitas el momento de ingreso SI/NO

Nº Visitas familiares/ acompañantes desde ingreso Tiempo total que ha tenido visitas (en horas)

Valore las preguntas con respuestas del 1 al 4, siendo: 1: Nada; 2: un poco; 3: bastante; 4: mucho

1. ¿Le habían realizado anteriormente la higiene en la cama el personal sanitario?	SI / NO
2. ¿Qué pensó cuando le dijeron el primer día que iban a realizarle la higiene en la cama?	Vergüenza / Alivio / Conformismo / Otros:
3. ¿Sintió que le invadían la intimidad?	1 / 2 / 3 / 4
4. ¿Cuántas personas le realizaron la higiene?	1 / 2 / 3 / 4
5. ¿Cuántas personas hubiera preferido que se la hicieran?	Más / Igual / Menos
6. Durante la higiene ¿qué le resultó agradable?	Hablaran conmigo(SI/NO), contaran historias(SI/NO), su profesionalidad(SI/NO), sensación limpieza(SI/NO)
7. ¿Cómo le realizaron la higiene?	Toallitas clorhexidina / Agua y jabón
8. Si agua y jabón, ¿Le preguntaron a qué temperatura le gustaba que estuviera el agua?	SI / NO
9. El agua, ¿estaba a una temperatura agradable para usted?	1 / 2 / 3 / 4
10. No responder si lleva sonda vesical. ¿Le dejaron que se lavara usted los genitales?	SI / NO
11. ¿Hubiera preferido lavarse usted los genitales?	1 / 2 / 3 / 4
12. ¿Hubo interrupciones en la habitación durante la higiene?	SI / NO
13. Si respondió SI en preg.12 ¿Le molestaron las interrupciones?	1 / 2 / 3 / 4
14. La puerta, ¿Se mantuvo cerrada todo el rato?	SI / NO
15. Si respondió NO en preg.11 ¿Le molestó que abrieran la puerta?	1 / 2 / 3 / 4
16. ¿Tuvo dolor?	1 / 2 / 3 / 4
17. ¿Tuvo frío o calor?	Mucho frío/ un poco frío / Estuvo bien / Un poco de calor / Mucho calor
18. ¿A qué hora le realizaron la higiene?	0h 4h 8h 12h 16h 20h 24h
19. ¿Qué hora hubiera preferido?	0h 4h 8h 12h 16h 20h 24h
20. ¿Le despertaron para realizar la higiene?	SI / NO
21. ¿Tenía una prueba / intervención en las 3h posteriores a la higiene?	SI / NO
22. ¿Qué personal por sexo le realizó la higiene?	Mujer / Hombre / Ambos
23. ¿Qué personal por sexo hubiera preferido?	Mujer / Hombre / Ambos
24. ¿Preferiría que un familiar suyo le realizara o colaborara en la higiene?	SI / NO
25. Si ha dicho SI en preg. 24, ¿qué parentesco tiene con usted?	Mujer / Marido / Pareja/ Madre / Padre / Hija / Hijo / Otros:
26. Valore del 1 al 4 el grado de satisfacción global tras la realización de la higiene.	1 / 2 / 3 / 4
Comentarios:	

Muchas gracias por su colaboración!!!

Hoja recogida de datos. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene diaria Versión 1.

Anexo 8. Consentimiento informado: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

V2. 28 de mayo de 2021

TÍTULO DEL ESTUDIO: Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos

INVESTIGADOR PRINCIPAL

RN, PhD(c) Silvia Pérez-Ortega

Mail: sperezo@clinic.cat

Coordinadora asistencial Unidad Cuidados cardiológicos agudos. ICCV

CENTRO: Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación, de acuerdo a la legislación vigente, Ley de Investigación Biomédica 14/2007, que regula la investigación biomédica:

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Las Unidades de cuidados intensivos se han ido tecnificando cada vez más y los profesionales de enfermería debemos estar bien preparados, tanto en conocimientos como en habilidades y actitudes para poder realizar el cuidado necesario con la seguridad y manteniendo un elevado nivel de calidad de los mismos.

En los cuidados básicos que se realizan en las unidades de cuidados intensivos, se desconocen los sentimientos y las necesidades que puede tener usted. Hoy en día, se busca una sanidad centrada en el paciente, con una mejora continua en la calidad de los cuidados que se realizan.

Los objetivos de este estudio son analizar la respuesta emocional del paciente crítico consciente durante la higiene diaria, y conocer las causas que influyen negativamente en una sensación positiva del paciente.

Para ello se pasará un encuesta anónima a los pacientes conscientes, las primeras 48 horas de ingreso para conocer sus opiniones y sentimientos, y así poder elaborar líneas de mejora.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

No existen riesgos ni beneficios sobre su participación en el estudio. Sin embargo, nos ayudará a conocer su opinión y elaborar líneas de mejora

CONFIDENCIALIDAD

El Hospital Clínic de Barcelona, con CIF 0802070C, como responsable del tratamiento de sus datos, le informa que el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará al cumplimiento del Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos y a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales.

Hoja de información al paciente. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos. V2. 28_05_2021

Los datos recogidos para estos estudios se recogerán identificados únicamente mediante un código, por lo que no se incluirá ningún tipo de información que permita identificar a los participantes. Sólo la enfermera del estudio y sus colaboradores con un permiso específico podrán relacionar sus datos recogidos en el estudio con su historia clínica.

Su identidad no estará al alcance de ninguna otra persona a excepción de una urgencia médica o requerimiento legal. Podrán tener acceso a su información personal identificada, las autoridades sanitarias, el Comité de Ética de Investigación y personal autorizado por el promotor del estudio, cuando sea necesario para comprobar datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo a la legislación vigente.

Sólo se cederán a terceros y a otros países los datos codificados, que en ningún caso contendrán información que pueda identificar al participante directamente (como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc.). En el supuesto de que se produjera esta cesión, sería para la misma finalidad del estudio descrito y garantizando la confidencialidad.

Si se realizara una transferencia de datos codificados fuera de la UE, ya sea a entidades relacionadas con el centro hospitalario donde usted participa, a prestadores de servicios o a investigadores que colaboren con su médico, sus datos quedarán protegidos por salvaguardas como contratos u otros mecanismos establecidos por las autoridades de protección de datos.

Además de los derechos que ya contemplaba la legislación anterior (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, supresión en el nuevo Reglamento) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar estos derechos, o si desea saber más sobre confidencialidad, deberán dirigirse al investigador principal del estudio o al Delegado de Protección de Datos del Hospital Clínic de Barcelona a través de protecciondades@clinic.cat. Asimismo, tienen derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/a.

Los datos ya recogidos no se pueden eliminar aunque usted abandone el estudio, para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales y los requisitos de autorización de medicamentos. Pero no se recogerán nuevos datos si usted decide dejar de participar.

El Investigador y el Promotor están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 5 años tras su finalización. Posteriormente, la información personal solo se conservará por el centro para el cuidado de su salud y por el promotor para otros fines de investigación científica si el paciente hubiera otorgado su consentimiento para ello, y si así lo permite la ley y requisitos éticos aplicables.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!

Hoja de información al paciente. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos. V2. 28_05_2021

Hoja de Consentimiento de Participante

Título del estudio: "Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos".

Versión y fecha: V2. 28 de mayo de 2021

Yo, (*nombre y apellidos del participante*)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con: (*nombre del investigador*)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- De conformidad con lo que establece el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales., declaro haber sido informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha: ___/___/___

Fecha: ___/___/___

Deseo que me comuniquen la información derivada de la investigación que pueda ser relevante para mi salud: SI NO

Hoja de información al paciente. Respuesta emocional del paciente crítico cardiológico durante la higiene en cuidados intensivos. V2. 28_05_2021

