



**HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**



ELABORADO POR:	<i>Dr. Euclides Briones Morales</i>	REVISADO POR:		APROBADO POR:	
FECHA DE ELABORACION:	<i>15/06/2018</i>	FECHA DE REVISION:		FECHA DE APROBACION:	
PROTOCOLO :		MUSICA, MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACION TEMPRANA			

INDICE .

INTRODUCCION	2
ANTECEDENTES	4
EFFECTOS DE LA MUSICA	5
OBJETIVOS	5
DEFINICIONES	5
EVALUACION	8
PROCEDIMIENTO	9
POBLACION A BENEFICIARSE	9
BENEFICIOS DE LA TERAPIA DE MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACION TEMPRANA	9
INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES	10
GARANTIA DE SEGURIDAD Y CALIDAD	10
EQUIPO NECESARIO	11
ALCANCE	12
ALGUNOS CAMBIOS QUE REQUIERE LA UCI	12
ANEXO	13
CONCLUSIONES	15
DISPOSICIONES GENERALES	15
HISTORICO DE EDICIONES	15
FIRMAS	16

INTRODUCCION .

Los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) experimentan ansiedad y estrés incluso cuando están sedados, influyendo negativamente en la recuperación. Están expuestos a un entorno que genera estrés debido a la gravedad de su enfermedad, al ruido de las alarmas, presencia de tubuladuras y cables que lo incomodan. Muchos requieren ventilación mecánica para obtener una oxigenación adecuada y aislar la vía aérea. En respuesta a la ventilación mecánica los pacientes pueden experimentar angustia, dolor, malestar, ansiedad, confusión, agitación, incapacidad para comunicarse y alteración del sueño, esto influye en el grado de sedación, además de limitación de su capacidad funcional.

La adaptación a la ventilación mecánica se consigue mediante sedantes y analgésicos, con el riesgo de deterioro de la capacidad funcional. El paciente sedado necesita la evaluación del nivel de sedación, así como de la agitación, mediante evaluaciones subjetivas, con herramientas relativamente simples y pueden ser valoradas repetidamente, realizando una estrecha vigilancia de la evolución y de la respuesta a la sedación; cómo el Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), siendo importante incluir el avance de la tecnología con el seguimiento de la función cerebral, que permite una monitorización continua y objetiva, cómo es el análisis Biespectral (BIS).

La ansiedad también puede manifestarse en el sistema nervioso simpático provocando aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la frecuencia respiratoria y aumento de la presión arterial, lo que aumenta el trabajo respiratorio con el consecuente desarrollo de fatiga muscular. Todo ello con lleva a un aumento del consumo de oxígeno, pudiendo causar problemas ya que para su recuperación el paciente necesita estar tranquilo, estable y controlado.

La escala RASS, validada en 2002, es un instrumento fácil para valorar la sedación y agitación de adultos en UCI, formada por puntuaciones que oscila desde el +4 (violento, peligro inmediato para el personal) pasando por el 0 (alerta y calma) hasta el -5 (sin respuesta a la voz o al estímulo físico).

El BIS es un monitor neurofisiológico que evalúa de forma continua el nivel de sedación con un valor numérico que va de 0 (silencio cortical) a 100 (despierto) y representa una señal procesada electroencefalográfica. Es un complemento seguro a los métodos de observación subjetivos.

La mayoría de los pacientes críticos sedados a menudo requieren combinaciones de opiodes, benzodiazepinas, hipnóticos y antipsicóticos y estos tienen una serie de efectos adversos. Pueden prolongar el tiempo de ventilación mecánica aumentando la incidencia de neumonía nosocomial y así el tiempo de estancia en UCI. Así mismo producen náuseas, depresión respiratoria, éstasis venosa, hipotensión, cambios en el estado mental así como en el sistema nervioso central.

Intervenciones que faciliten una reducción de la dosis total en medicamentos analgésicos y sedantes, se asocian con mejores resultados, produciendo una pronta liberación de la ventilación mecánica y la estancia en UCI para promover la recuperación de pacientes

críticos.

Por lo tanto la reducción del uso de sedantes y analgésicos pueden mejorar la recuperación y acortar la estancia en UCI, así como mantener un nivel óptimo de sedación mejora los resultados y optimiza el uso de recursos.

Medidas no farmacológicas pueden utilizarse como terapias complementarias y adyuvantes junto con el tratamiento médico más común en este tipo de pacientes, cómo técnica alternativa para mantener un nivel óptimo de sedación y reducción de la respuesta fisiológica al estrés puede producir una disminución del uso de sedantes y analgésicos. Entre las numerosas técnicas alternativas, se encuentra la música, modalidad sensorial bien conocida por todos y que muchas personas disfrutan en su vida diaria. La musicoterapia se trata de la escucha de música con un objetivo de intervención terapéutica, para lograr mejorar la recuperación del paciente.

La musicoterapia ejerce un efecto sobre la sedación y nivel de estrés de pacientes de UCI La música hace que el ritmo del cuerpo entre en sincronía; con el ritmo más lento de la música; suceso conocido como arrastre, creyendo que la música con ritmo lento, constante y repetitiva induce un efecto hipnótico, produciendo relajación y reducción de la ansiedad en pacientes con estados alterados de la conciencia.

Hoy se utiliza en psiquiatría, psicología, obstetricia y pediatría, que son los campos donde tiene beneficio terapéutico comprobado, sin embargo se están empezando a utilizar en la premedicación, quirófanos y en cuidados intensivos, debido a su eficacia para reducir el estrés, la ansiedad y el dolor; al favorecer en la UCI distracción de los pensamientos y sonidos angustiantes.

Las investigaciones recientes sugieren que la música puede promover el sueño reparador, manejar la ansiedad y disminuir el dolor, así como la reducción de la frecuencia respiratoria, la presión arterial sistólica y diastólica, confirmando que se produce una disminución de la respuesta fisiológica al estrés, siendo una intervención segura y no perjudicial para pacientes de este tipo. Además se relaciona con disminución de los niveles plasmáticos de citoquinas, interleucina 6 y epinefrina, como hormonas del estrés.

Escuchar música se asocia con niveles más profundos de sedación, sugiriendo que la música puede influir disminuyendo la necesidad de fármacos sedantes, es decir, escuchar música conduce a un aumento de los niveles de sedación, medido con la escala de Ramsay, en pacientes sedados y con asistencia respiratoria.

ANTECEDENTES .

La evolución científico y técnica de la atención al paciente crítico, ha mejorado de forma espectacular la práctica clínica y la supervivencia; pero este progreso no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos más humanos. En muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) hacen que se conviertan en ambientes hostiles para los pacientes y sus familias e incluso para los propios profesionales.

El paciente ingresado en la UCI, usualmente es un paciente crítico, intubado, conectado a ventilación mecánica, sedoanalgesiado, con una monitorización hemodinámica continua, múltiples dispositivos vasculares, sonda nasogástrica, sonda vesical, con técnicas de depuración extrarrenal, sistema de control de la temperatura externo, etc. Los pacientes que reciben ventilación mecánica presentan altos grados de estrés y ansiedad. Esto se debe en gran parte a la sensación de falta de aire, las aspiraciones de secreciones frecuentes, la incapacidad para hablar, incertidumbre, incomodidad, aislamiento y miedo entre otros factores. La sedación y la analgesia son parte del manejo de este tipo de pacientes. La ansiedad no solo produce malestar y disnea al paciente por incremento de la actividad del sistema nervioso simpático, también aumenta la demanda miocárdica de oxígeno. Los objetivos de la sedación y analgesia son proporcionar a los pacientes un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad, la desorientación, facilitando el sueño y control del dolor.

La incorporación del Humanismo Asistencial en la atención del paciente crítico comienza a convertirse en una actitud necesaria para poder considerar a esta asistencia como de calidad. La incorporación de los valores junto a los hechos es lo que asegura que dicha asistencia preservara la dignidad de cada uno de los pacientes críticos asistidos en el ámbito sanitario. Tanto en la guía americana como en la hispanoamericana sobre manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo se dedica un apartado a las estrategias no farmacológicas.

En los últimos años se están publicando en la literatura médica revisiones en las que la música se emplea como parte del tratamiento en diferentes tipos de pacientes y situaciones clínicas. En relación a la utilización de la música, hay dos formas diferentes de “administración”: la musicoterapia y la intervención musical personalizada o por dispositivos electrónicos.

Los estudios publicados que emplean el término “intervención musical” se refieren al uso de música que puede ser manejada por personal sanitario o no; incluye distintas posibilidades como la música en directo o grabada, a elección del paciente o del equipo profesional, entre una selección o de forma libre, con o sin auriculares, ausencia de ruido, música blanca (sonido constante formado por todo el espectro de frecuencias sonoras como lluvia, olas del mar, electrodomésticos...).

EFECTOS DE LA MÚSICA .

En cuanto a los efectos de la música en general, se cree que produce relajación a través de su impacto en las respuestas nerviosas autónomas y centrales, en concreto mediante supresión del sistema nervioso simpático con descenso de la actividad adrenérgica [1]. Además produce una activación del sistema límbico, donde se regulan las emociones y se liberan endorfinas que producen sensación de bienestar. Además la música activa áreas del cerebro implicadas en la memoria, la función cognitiva y las emociones. Hay otros factores que pueden influir y que justifican que la respuesta a la música sea única para cada individuo; por ello no podemos esperar que una música sedante o de otro tipo tenga efectos positivos en todas las personas.

OBJETIVOS .

Objetivo primario

- *Emplear la musicoterapia para lograr un efecto positivo sobre el nivel de sedo-Analgésia, que permita disminuir su utilización, en pacientes de la UCI con o sin ventilación mecánica.*

Objetivos secundarios

- *Aplicar el efecto de la musicoterapia en las respuestas fisiológicas al estrés y la ansiedad de los pacientes en UCI.*
- *Determinar los procesos asistenciales e institucionales apropiados para asegurar el bienestar de los pacientes, familiares y personal de la salud.*
- *Promover las competencias del talento humano para la aplicación de procesos asistenciales seguros, no farmacológicos preservando la confidencialidad, autonomía, independencia, bienestar.*
- *Proveer de metodologías, herramientas e instrumentos técnicos para la implementación del presente protocolo.*

DEFINICIONES .

Existen varios conceptos relacionados con la Musicoterapia y la estimulación temprana del paciente en la UCIs que deben ser tomados en cuenta y son los siguientes:

Servicio de Cuidados Intensivos (SCI): estructura jerárquica central e independiente de otros servicios, dependiente directamente de la Subdirección y Dirección Médica del hospital, con una estructura dirigida por un profesional con formación específica y titulación oficial en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos (MCI), como el resto de profesionales, y que debe asumir la responsabilidad de atender al paciente crítico allí donde se encuentre, dentro de su estructura corresponde la UCI y la UCIM.

Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM): Unidades que atienden pacientes que requieren más recursos de los que se pueden proporcionar en las salas de hospitalización convencional, pero no necesitan la atención completa que se ofrece en UCI. Incluyen pacientes que requieren monitorización y/o cuidados de enfermería, sin requerir atención médica continua o terapia activa de soporte vital.

Musicoterapia. En Estados Unidos, la definición que se emplea con más frecuencia, la planteó la Asociación Estadounidense de Musicoterapia en 1980, y es esta:

“La musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: la recuperación, conservación y mejoría de la salud mental y física”

La musicoterapia está definida por la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT) como: “el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar. Se puede emplear música en directo o grabada, pudiendo participar el paciente.

En la actualidad seguimos intentando explicar cómo acaba una persona que no es sanitaria, ni siquiera familiar de un paciente, realizando una sesión de terapia musical en un Box de UCI, o cómo termina una enfermera colocando un reproductor entre las conexiones de las bombas de perfusión, los cables de monitorización y las tubuladuras del respirador.

Pues bien, estas situaciones responden a la búsqueda de medidas complementarias, no farmacológicas, que nos ayuden a controlar los factores estresores, tanto ambientales como psicológicos y que suponen una “agresión” para nuestros pacientes. Sabemos que las dosis elevadas y durante periodos prolongados de sedantes y analgésicos opioides también se asocian a efectos adversos, en ocasiones las consecuencias son graves, estas medidas no farmacológicas nos ayudarían, no sólo a disminuir las dosis de medicamentos, sino a hacer de nuestras Unidades un entorno menos hostil, establecer nuevas vías de comunicación con nuestros pacientes y facilitarles formas de expresión, de reencuentro con ellos mismos, control de la ansiedad, mejora del sueño nocturna. Las posibilidades son infinitas.

La intención de este proyecto es lograr formar nuestro propio grupo de Musicoterapia en UCI; además de iniciar estrategias de estimulación temprana, siendo un trabajo complejo,

que requiere de un riguroso estudio de cada caso. Comenzamos creando un grupo de trabajo conformado por Licenciados en Enfermería, Médicos y grupos de apoyo extra hospitalario (EMAUS y otros); quienes participaran inicialmente los días viernes, el grupo de Musicoterapia, trabajara con el paciente y/o su familia.

En otra parte de la sesión, explora las reacciones fisiológicas del paciente utilizando herramientas de Musicoterapia y estimulación temprana donde se crea un nuevo canal de comunicación. En la mayoría de los casos, las familias son parte importante de este proceso, convirtiéndose al mismo tiempo en objeto de terapia, ya que no sólo de abre una vía nueva de expresión y canalización de emociones con el terapeuta y el equipo asistencial, sino que se sienten partícipes de los cuidados de su familiar.

Otra parte de nuestro proyecto, consiste en el uso de la música asociada a estimulación temprana, como un cuidado-enfermera, al establecer el diagnóstico de un problema (NANDA). Por ejemplo, temor o ansiedad, imposibilidad al movimiento, falta de comunicación, etc. Se detalla un plan de cuidados, definiendo unos resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para su consecución. Es aquí donde la terapia musical o uso de la música como cuidado pasa a ser una intervención-enfermera, contando con el asesoramiento del Musicoterapeuta.

Sedación dinámica o sedación adaptativa: estrategia de sedación basada en prever y ajustar la dosis de analgésicos y sedantes, a las distintas necesidades que a lo largo del día puede tener el paciente crítico ventilado. En condiciones ideales, debería permitir la comunicación del paciente con el personal que lo atiende o con sus familiares, manteniendo el estado de alerta y confort durante el periodo de ventilación mecánica.

Sedación paliativa: consiste en reducir la consciencia en un enfermo con enfermedad avanzada o terminal, con el fin de aliviar uno o más síntomas refractarios. Requiere el consentimiento del paciente o familiar.

Sedación terminal: se utiliza para lograr el alivio de un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, en un enfermo cuya muerte se prevé muy próxima. Requiere el consentimiento del familiar.

Competencia mental: aptitud del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores. Es la capacidad que permite al paciente establecer un proyecto de vida personal, ajustando razonadamente a él sus decisiones cuando ejercita su derecho de autonomía al ser capaz de comprender, reflexionar y comunicarse.

Dignidad: "cualidad que enriquece o mantiene la propia estima y la de los demás". Tenemos el derecho de vivir con dignidad y también el derecho de morir con dignidad.

Derecho a morir con dignidad: Philippe Ariés ha demostrado, en sus clásicos estudios sobre las actitudes de los humanos ante la muerte, que éstas son muy diferentes según los lugares y los tiempos. En la postmodernidad, distintos autores de diferentes culturas definen

la muerte digna distinguiéndola del "ensañamiento terapéutico" así como de la muerte miserable, fuera y antes de tiempo definida como "mistanasia".

Abandono: es la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia. Entre sus motivos destaca la falsa idea de que "ya no hay nada que hacer" y una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso del profesional. Es el otro extremo de la obstinación y constituye una falta deontológica y mala práctica médica. Cuando en el proceso de enfermedad terminal o aún de agonía un paciente no recibe los cuidados apropiados de higiene, confort y alivio de los síntomas y del sufrimiento, hablamos en términos bioéticos debidos al abandono.

Los valores en la UCI: paradójicamente en este lugar donde a veces hay tantas dificultades es donde tanto valores tienen el paciente crítico, el personal de salud y la sociedad.

Valores del paciente crítico: existe un acuerdo general en que el paciente en estado crítico conserva todos sus derechos durante su estancia en la UCI, es más, debe ser especialmente protegido. Por tanto, tiene derecho a ser tratado con dignidad, que sus creencias sean aceptadas, se conserve su privacidad y confidencialidad, y tiene derecho a su autonomía, recibir información suficiente para consentir o rechazar el tratamiento.

Valores del personal de salud: el personal de salud que trabaja en la UCI, está sometido a presión física y psicológica permanente; debe tomar decisiones clínicas rápidas y trascendentes, además, se ve obligado a establecer juicios audaces sobre los valores de los pacientes que no conoce.

Valores de la sociedad: la UCI constituye uno de los centros de gasto más importante dentro los hospitales, por lo que sus recursos humanos y técnicos son siempre limitados con relación a la demanda de los pacientes; también se ven obligados a utilizar criterios de justicia a la hora de seleccionar a los pacientes que deben ser ingresados.

La calidad asistencial: comprende las prácticas profesionales con calidad científica, técnica y humana; el uso de recursos con eficiencia; la minimización o ausencia del riesgo del paciente a la enfermedad asociada a los servicios prestados y, la satisfacción del paciente.

EVALUACION .

Se valorara el efecto de la musicoterapia en la sedación mediante una escala validada, para ello se utilizara variables dependientes, independientes y predictoras.

Variable Dependiente .

Aquí utilizaremos dos sistemas de medición, mediante evaluación cuantitativa discreta, como son la escala de RASS, junto con el Índice Biespectral (BIS), debido a la buena correlación entre ambos; así se valora el efecto de la sedo analgesia, con un método objetivo como es el BIS, que permite la monitorización continua y uno subjetivo validado como es el RASS, aportando una visión más amplia sobre el efecto en la sedación de pacientes en UCI y con ventilación mecánica.

Enfermería es el enlace entre el paciente y cada uno de los especialistas, de ahí la importancia de valorar el nivel de conciencia, dolor y demás parámetros clínicos, para poder avanzar en la recuperación del paciente, retirada de la sedación, extubación, etc.

La escala RASS (incluida en anexo I) es una escala validada en 2002 utilizada para valorar la sedación y agitación de adultos en UCI. Con ella se valora al paciente de forma subjetiva mediante puntuaciones que van desde el +4 (combativo) pasando por el 0 (alerta y calmado) hasta el -5 (sin respuesta). El monitor BIS mide los efectos de analgésicos y sedantes a nivel cerebral de forma continua. Está compuesto por un monitor Mindray con sensores BIS. El sensor se coloca en la frente del paciente y a través de él se obtiene información del electroencefalograma (EEG), al procesar dicha información el sistema calcula un número de 0 (ausencia de actividad cerebral) a 100 (despierto).

Variable Independiente .

La musicoterapia, será medida mediante una evaluación categórica, considerando la aplicación o no de musicoterapia según el estado general del paciente.

Variabes Predictoras .

- Edad (evaluación cuantitativa continua, años)
- Sexo (evaluación cualitativa nominal, dicotómica). Asignación del número 0 si es hombre y 1 si es mujer.
- Motivo de ingreso (evaluación cualitativa nominal).Asignación del número 1 si es quirúrgico programado, 2 quirúrgico urgente, 3 politraumatológico, 4 cardiaco, 5 respiratorio, 6 digestivo, 7 neurológico.
- Días de ingreso en UCI (evaluación cuantitativa discreta, días)
- Días de ventilación mecánica (evaluación cuantitativa discreta, días)
- Nivel de estrés: presión arterial (evaluación cuantitativa continua, mmHg), frecuencia cardiaca (evaluación cuantitativa discreta, pulsaciones/minuto), frecuencia respiratoria (evaluación cuantitativa discreta, respiraciones/minuto) y nivel de cortisol en sangre (evaluación cuantitativa discreta, mcg/dL)
- Uso de sedantes: tipo (evaluación cualitativa nominal) y dosis (evaluación cuantitativa continua, medida en dosis diaria definida-DDD-)
- Intervenciones extras, distintas a las habituales (evaluación cualitativa nominal). Asignación del número 1 técnica invasiva, 2 cambio tratamiento, 3 cambio modalidad respirador, 4 cambio de cama o desplazamiento.
- Complicaciones surgidas (evaluación cualitativa nominal).Asignación número 1 agravamiento del estado general, 2 situación de emergencia.

PROCEDIMIENTO .

El lugar donde se va a llevar a cabo el tratamiento con Musicoterapia y estimulación temprana, será generalmente en la UCI del Hospital General Teófilo Dávila de Machala, excepcionalmente podrá realizarse fuera de la UCI, previa organización y coordinación.

El personal de la UCI será el encargado de realizar la organización e intervención de la musicoterapia, estimulación temprana y recogida de información producto de la realización de este tipo de tratamiento no convencional.

A los pacientes críticos ingresados en la UCI se les permitirá escuchar música relajante mediante durante una hora, tres veces al día o según necesidades establecidas por el profesional a cargo o la familia.

POBLACION A BENEFICIARSE .

Todos aquellos pacientes críticos, sedados y/o con ventilación mecánica ingresados a la UCI del Hospital General Teófilo Dávila, durante el periodo de tiempo comprendido en su estancia en la UCI.

BENEFICIOS DE LA TERAPIA DE MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACION TEMPRANA .

Se consideran beneficios de la musicoterapia y estimulación temprana, el lograr:

1. Ofrecer y mantener un trato más humanizado.
2. Aumentar el bienestar de los pacientes ingresados en UCI.
3. Aumentar la colaboración y confianza de paciente y familiares.
4. Disminuir la necesidad de antipsicóticos, analgésicos y sedantes.
5. Prevenir los estados de Delirium.
6. Acelerar la recuperación y prevenir el Síndrome Post Cuidados Intensivos.
7. Generar bienestar y felicidad en los profesionales de la UCI.
8. Crear un ambiente más espiritual respetando las creencias de los pacientes.

INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES.**Pacientes seleccionados.**

Se considera se benefician de la participación de la Musicoterapia y estimulación temprana en la UCI:

1. Pacientes con escalas de Ramsay y de Richmond para sedo-analgesia que nos hagan sospechar de estrés, ansiedad, depresión.
2. Pacientes Hemodinamicamente estables, con control adecuado y/o en resolución del

estado basal que motivo su ingreso a la Unidad de Cuidados Críticos.

3. Paciente considerado grave con un pronóstico y evolución tórpida.

Pacientes con contraindicaciones o no indicación para evaluación por psicología clínica.

1. Pacientes inestables Hemodinamicamente o en estados post paro.
2. Pacientes con deterioro neurologico severo, que le impida beneficiarse de evaluación por psicología.

GARANTIA DE SEGURIDAD Y CALIDAD.

Para garantizar el beneficio y la calidad en la realización del paciente, la familia y de los profesionales de la UCI; debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Siempre prevalecerá la intención de proporcionar Musicoterapia y estimulación temprana en todos los pacientes de la UCI que cumplan con los criterios de selección y no presenten las contraindicaciones descritas.
- Cualquier miembro del equipo puede proponer la realización de Musicoterapia y estimulación temprana, para su ejecución.
- La decisión de la Musicoterapia y estimulación temprana se individualizará tomando en cuenta el tipo de paciente, su patología, necesidad, gravedad y riesgos.
- El paciente, la familia y/o el equipo de salud de la UCI participará en el tratamiento de Musicoterapia y estimulación temprana, respetando la privacidad, los principios bioéticos establecidos en las normas internacionales.
- La Musicoterapia y estimulación temprana, se programará con antelación y se acordará con el equipo de la UCI responsable del paciente; para asegurar el mejor ambiente posible.
- Se comunicara al paciente, a la familia y al equipo de salud sobre la realización de Musicoterapia y estimulación temprana para que mediante consentimiento informado participen de manera activa.
- El paciente deberá mantenerse aseado, con ropa adecuada y bien tapado, preservándose en todo momento su dignidad e imagen, respetando su pudor y tranquilidad.
- A fin de obtener los máximos beneficios físicos y psicológicos, se procurará que la Musicoterapia y estimulación temprana se realice en un ambiente de tranquilidad y preservando la privacidad.
- Con el objeto de lograr disminuir el estrés laboral, evitar el síndrome de Bourn-out, agotamiento emocional, despersonalización, sentimientos de baja autoestima profesional, distrés moral, fatiga por compasión u otros trastornos psicológicos que

impactan a nivel personal, profesional y grupal; psicología clínica se diseñara y programara, la realización de terapias personalizadas y de grupos con Musicoterapia de forma rotativa a todo el personal de la UCI.

EQUIPO NECESARIO.

1. Ambiente de tranquilidad
2. El paciente podrá ser tratado en su propia cama respetando su autonomía, en función de las características de su enfermedad y sus necesidades.
3. Durante la realización de la Musicoterapia y estimulación temprana podrán participar los profesionales encargados del cuidado del paciente y si es posible deberá considerarse el acompañamiento familiar durante su realización.
4. Las terapias del grupo de Musicoterapia se realizaran dentro de la institución en la UCI o dentro de un ambiente cómodo, en un horario que no interfiera con las actividades normales, el número máximo de participantes nunca excederá de 6 personas, salvo excepciones expresamente señaladas por los profesionales a cargo; la metodología de cada sesión será de única responsabilidad del grupo de musicoterapia y estimulación temprana que lidere la sesión y deberá ser presentada con anticipación al Responsable del Servicio de la UCI para definir en conjunto quienes participarán.

ALCANCE:

Este protocolo es de cumplimiento obligatorio en la UCI del Hospital Teófilo Dávila de Machala; siguiendo el modelo de mejoras en la atención con calidad el alcance de acción del mismo está dirigido a:

1. Todos los pacientes que ingresan al servicio de UCI, del Hospital Teófilo Dávila, especialmente a aquellos con estancia prolongada,
2. Personas en quienes se ha solucionado y controlado el estado mórbido que lo llevo a ingresar al área de la UCI,
3. Los familiares que participan en los cuidados de los pacientes, con riesgo de desarrollar alteraciones afectivas, emocionales y conductuales,
4. Familiares con signos claros de ansiedad, depresión, además de situaciones relacionadas con pérdidas e incapacidad de adaptarse adecuadamente a las fases del duelo,
5. El equipo humano multidisciplinario de la UCI; expuesto diariamente a situaciones de estrés,
6. Todo el personal de la UCI en quienes presenten síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional, que impacta a nivel personal y profesional, pudiendo derivar a desarrollar síndrome de

burn-out o síndrome del desgaste profesional, con riesgos de influir en la calidad de los cuidados, resultados y grado de satisfacción.

La aplicación en cualquiera de sus enfoques siempre será tomando en cuenta o considerando todas las definiciones y principios técnicos, científicos y bioéticos vigentes para el servicio de UCI.

ALGUNOS CAMBIOS QUE REQUIEREN LAS UCI.

Los cambios propuestos están en relación al entorno, al paciente, a la familia y al equipo de salud que labora en la UCI.

1. Cambios con relación al entorno: habitáculo individual que garantice intimidad y suficiente espacio, luz natural, sala de familiares acondicionada.

2. Cambios con relación al paciente: defensa de la intimidad y autoestima; respeto de los niveles de competencia (consentimiento informado); tutela de la confidencialidad; fomento de la seguridad y comodidad; respeto a los valores individuales, asistencia religiosa según su credo y resolución de sus quejas.

3. Cambios en relación a la familia: información permanente si es posible de manera grupal a los familiares directos, visita directa y presencia humana, colaboración en los cuidados, participación en la toma de decisiones y apoyo a sus necesidades.

Además de lo anterior, es importante tomar en cuenta las necesidades de la familia del paciente en estado crítico cuyos requerimientos son los siguientes:

- Obtener respuestas honestas para sus preguntas.
 - Conocer la verdad sobre el diagnóstico.
 - Conocer los resultados de los procedimientos tan pronto como estén disponibles
 - Contar con un miembro del personal médico que les informe del progreso del paciente.
 - Conocerlas posibles complicaciones.
 - Recibir explicaciones que puedan entender.
 - Saber que miembros del personal están prestando cuidados al paciente.
- 4. Cambios en relación al equipo de salud:** creación de grupos de trabajo que facilite el trabajo en equipo; formación específica, incluyendo el fortalecimiento del área de ética y bioética; apoyo de los comités de bioética clínica.

ANEXO .

HOJA DE DATOS.

Turno _____ Nombre _____ Cama _____ Edad _____ Sexo _____

Motivo de ingreso _____ Días de ingreso (UCI) _____ Días de VMF _____

Días de estudio _____ Cortisol 1º día _____ Cortisol último día _____

Intervenciones extras _____ Complicaciones surgidas _____

Nivel estrés	Pretest	30 minutos	60 minutos	5 minutos posttest
Presión Arterial				
Frecuencia cardiaca				
Frecuencia respiratoria				

Nivel sedación	Pretest	30 minutos	60 minutos	5 minutos posttest
RASS* (mínimo +1)				
BIS (mínimo 90)				

***Escala RASS**

+4	COMBATIVO	Combativo, violento, peligro inmediato para personal
+3	MUY AGITADO	Peligan tubos y catéteres; agresivo
+2	AGITADO	Movimiento frecuente y sin sentido, lucha respirador
+1	INQUIETO	Ansioso, pero sin movimientos agresivos
0	ALERTA Y CALMADO	
-1	SOMNOLENTO	No está plenamente alerta pero se mantiene despierto, apertura y contacto ocular al llamado verbal (+ 10 seg.)
-2	SEDACION LEVE	Despierta levemente al llamado verbal con contacto ocular (+10seg.)
-3	MODERADA	Movimiento o apertura ocular al llamado verbal pero sin contacto visual
-4	PROFUNDA	Sin respuesta al llamado verbal, pero hay movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5	SIN RESPUESTA	Sin respuesta a la voz o estímulo físico

CONCLUSIONES.

El cuidado de los pacientes en la UCI tiene un valor fundamental, pues debe enfrentar a situaciones conflictivas y dilemas éticos en el cuidado de la salud, de la vida, de la enfermedad y de la muerte.

Se cuestiona la calidad de los indicadores en relación a la calidad de vidas preservadas en pacientes recuperados, y a la calidad de morir en pacientes irrecuperables.

La conducta ética del personal médico se basa en preceptos de carácter deontológico y moral, recogidos en el Código de ética, que aplicados en su diario quehacer profesional aseguran y amparan su práctica profesional.

El médico aplica en su ejercicio profesional principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que constituyen las normas fundamentales que gobiernan su conducta, proporcionándole una base para el razonamiento y orientación a sus acciones.

El éxito de la recuperación del estado de salud de los pacientes, el buen afrontamiento a la enfermedad, la vida, la muerte y el duelo, constituye el éxito de intervenciones de un gran equipo multidisciplinario, equipo humanamente y técnicamente preparado y formado para brindar cuidados de calidad y calidez en el servicio de UCI.

DISPOSICIONES GENERALES:

Las que las autoridades hospitalarias y de salud determinen.

HISTÓRICO DE EDICIONES.

Fecha Nº	Edición	Resumen de cambios
15/06/2018	01	Reunión de equipo. Propuesta de edición inicial
18/07/2018	02	Se amplía el desarrollo y se especifican los pacientes diana y contraindicados.
30/08/2018	03	Se socializa con el servicio de cuidados intensivos sobre la forma de manejo y participación.
20/09/2018	04	Análisis de beneficios y se mejora el protocolo. Se socializa con el departamento de psicología clínica.
10/10/2018	05	Aplicación del proyecto de Musicoterapia y estimulación temprana con la participación del grupo EMAUS

<p>Dr. Victor Euclides Briones Morales</p> <p>FIRMAS</p>	<p>FIRMAS</p>	<p>FIRMAS</p>
--	----------------------	----------------------

