



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro de Estudios de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

Humanización de los Cuidados de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos

Alumna: Alcaide Castro, Sara

Tutora: Prof Da. María Luisa Grande Gascón
Dpto.: Enfermería

Junio, 2021



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro de Estudios de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

Humanización de los Cuidados de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos

Alumna: Alcaide Castro, Sara

Tutora: Prof. Da. María Luisa Grande Gascón
Dpto.: Enfermería

Firma de la Alumna

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser "Sara Alcaide Castro", escrita con trazos fluidos y entrelazados.

Junio, 2021

Índice

1. Resumen / Abstract.....	4
2. Palabras clave / Keywords.....	5
3. Introducción.....	5
3.1 Antecedentes.....	5
3.1.1 Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	5
3.1.2 Situación de la UCI en la pandemia por Covid-19	7
3.2 Justificación	7
4. Objetivos.....	8
5. Metodología.....	8
5.1 Diseño	8
5.2 Estrategia de búsqueda	9
5.3 Criterios de selección.....	10
5.4 Resumen de la búsqueda	11
6. Resultados.....	13
6.1 Desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos.....	13
6.2 El paciente ingresado en UCI	13
6.2.1 Síndrome Post-Cuidados Intensivos	15
6.2.2 Cuidados paliativos	16
6.3 Familiares de pacientes en UCI	16
6.4 Profesionales de UCI.....	18
6.5 Humanización.....	20
7. Discusión	26
8. Conclusión.....	28
9. Bibliografía.....	29

1. Resumen

Con este trabajo se ha realizado una revisión para conocer y analizar la humanización de la atención en las unidades de cuidados intensivos. **Introducción:** Las UCI son unidades especiales con condiciones específicas en cuanto a estructura y organización en las que se tratan a pacientes con patologías críticas. **Objetivos:** se pretende analizar la literatura científica referente a la humanización de la atención en las UCI, para lo cual se han desarrollado objetivos específicos. **Metodología:** se ha llevado a cabo una revisión narrativa en las bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden y ProQuest. Tras un análisis de los artículos encontrados finalmente se ha tomado una muestra de 27 estudios. **Resultados:** La UCI plantea una esperanza para todas las patologías críticas y gracias a ella los pacientes ingresados tienen posibilidad de supervivencia. A pesar de ello supone una transformación en el estilo de vida de pacientes y familiares. Además, supone una posible fuente de, por ejemplo, estrés, dolor o ansiedad que se deben a diversos motivos para pacientes, familiares y profesionales sanitarios. Para evitarlo se deben implementar medidas humanizadoras como pueden ser la empatía, la comunicación efectiva, el desarrollo de un vínculo terapéutico, la educación y formación o la eliminación de las restricciones en las visitas. **Conclusión:** a pesar de que cada vez parece que se habla más sobre humanización en la literatura científica aún queda mucho por desarrollar hasta llegar a que el desarrollo sobre este tema vaya en paralelo con el desarrollo de los conocimientos científico-técnicos. Aprovechando el trabajo de calidad que se desarrolla en estas unidades se debe impulsar la humanización para conseguir que se convierta en una realidad en todos los niveles.

Abstract

The purpose of this Project is to know and analyse the humanisation of attention in the Intensive Care Units. **Introduction:** ICU are special units with specific conditions of structure and organisation. In such are treated patients diagnosed with critical pathologies. **Objectives:** the aim is to analyse the scientific literature referring to humanisation of attention in ICU. To do so are being developed specific objectives. **Methodology:** it has been carried out a narrative review in the databases: Pubmed, Cochrane, Cuiden and ProQuest. After this review it has been gathered a sample of 27 researches. **Results:** ICU are a hope for every critical pathologies and thanks to it the admitted patients have a possibility to survive. Despite of this fact, ICU entail a

transformation for both patients and their families. In addition, it is a possible source of, for instance, stress, pain or anxiety for patients, their relatives and health care professionals. To avoid this, it has to be implemented humanising measures as empathy, effective communication, the development of a therapeutic link, education and formation or removal of the family visit restrictions. Conclusion: although humanisation appears to be more addressed in scientific literature in the current days, it still remains a lot to develop in order to achieve this topic to be in parallel to the evolution of scientific-technical knowledge. Taking advantage of the quality work which is developed in this units of the hospital it has to be implemented humanisation to aim such to become a reality for all levels.

2. Palabras clave

Unidades de Cuidados Intensivos, Cuidados Críticos, Humanización, Humanización de la atención, Cuidados de Enfermería.

Keywords

Intensive Care Units, Critical Care, Humanization, Humanization of Assistance, Nursing Care.

3. Introducción

3.1 Antecedentes

3.1.1 Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio especial diferente a muchas otras plantas o zonas de hospitalización. Tiene como objetivo el mantenimiento de la vida o la recuperación de la salud en personas que se encuentran en estado crítico. Supone un alto coste debido a la multitud y diversidad de recursos tecnológicos que se precisan, con un espacio físico diferenciado y un trabajo constante de un gran equipo multidisciplinar.¹

La UCI necesita una localización especial dentro del hospital, con acceso controlado y conectado con servicios como quirófanos, hemodinámica, urgencias o servicios de imagen. Internamente precisa un diseño estructural específico, de tal forma que la

estancia de los pacientes se organiza en habitaciones individuales llamadas “box”. En estas es necesario una vigilancia visual continua desde el control de enfermería, accesible, con una superficie que permita trabajar con numeroso aparataje de forma cómoda, así como, mantener a los pacientes aislados para reducir el riesgo de infecciones nosocomiales, para lo que en ocasiones se necesitan cámaras con presión positiva o negativa. Además, se precisan instalaciones eléctricas, tomas de aire, oxígeno y vacío. Todo ello debe diseñarse en un entorno seguro para el paciente, por lo que con frecuencia se instalan lavabos y sistemas de dispensación de soluciones hidroalcohólicas cerca del paciente para que el lavado de manos sea posible en todo momento.²

Normalmente, los familiares permanecen en salas de espera y solo acceden a estas habitaciones en horarios preestablecidos por la unidad durante cortos periodos de tiempo. A este respecto, la UCI también debe contar con salas de información a los familiares, lugar donde los profesionales sanitarios puedan informarles manteniendo la intimidad.²

Por otro lado, la atención intensiva precisa medios que permitan un control estricto de los pacientes críticos. Para ello, se hace necesario contar, por ejemplo, con monitores que nos informen en todo momento sobre las constantes vitales del paciente o con equipamiento de soporte vital.²

En las últimas décadas se han desarrollado cambios excepcionales en las UCI y gracias a ello ha disminuido en un 10% la mortalidad de los pacientes tratados.³ Se les aporta oportunidades y mayor probabilidad de supervivencia a los pacientes críticos. Además, con los avances tecnológicos y el progreso de la especialidad se les ofrece una asistencia de calidad y segura.⁴

A pesar de ello, los requisitos mencionados de este servicio provocan que en muchas ocasiones la UCI se convierta en un terreno hostil para el paciente. Derivado de todos estos requerimientos, con frecuencia su bienestar se ve alterado. Del mismo modo, para los familiares el hecho de permanecer en salas de espera y no poder acompañar al paciente en ciertos momentos puede aumentar la preocupación, generar estrés, frustración, etc. El nivel de tecnificación acaba relegando a la persona a un segundo plano, pues parece que las habilidades no técnicas no se han desarrollado de la misma manera.⁴

3.1.2 Situación de la UCI en la pandemia por Covid-19

La descripción realizada de la UCI en condiciones normales se ve alterada en el caso de los pacientes ingresados por Covid-19. Algunas necesidades, como puede ser la de aislamiento, empeoran y se hacen más estrictas. Además, los pacientes son atendidos por profesionales con Equipos de Protección Individual (EPI), lo que conlleva una despersonalización de la atención recibida, dificultando crear confianza y un ambiente cercano. De forma paralela, los familiares también se ven afectados, ya que durante un tiempo se limitan o incluso se eliminan sus visitas. Asimismo, la preocupación, el miedo o el estrés habitual se ven intensificados por el contexto de crisis y novedad que engloban a esta patología.

Todo ello, crea en pacientes y familiares una deshumanización de la atención recibida, pues se pierde bienestar, aparecen problemas en la comunicación, aumenta la incertidumbre o el miedo, entre otros aspectos. Por tanto, surge la necesidad de desarrollar una atención humanizada que respete los requisitos de aislamiento pero que tenga en cuenta las necesidades de atención de los pacientes y sus familiares.

3.2 Justificación

En las UCI se trabaja siguiendo la más rigurosa evidencia científica, se cuenta con la última tecnología para salvar la vida de los pacientes críticos o para, llegado el momento, hacer el final de la vida agradable y lo menos doloroso posible. Fácilmente se encuentra gran cantidad de bibliografía de calidad en cuanto a monitorización, ventilación mecánica (VM), hemofiltración, sedación, etc. Sin embargo, a pesar, de que cada vez se tenga más en cuenta la humanización de la atención en los servicios sanitarios, no se encuentra mucha bibliografía a este respecto en UCI.

Desde el inicio de la enfermería moderna con Florence Nightingale, muchas teóricas enfermeras se han preocupado por la humanización, por ejemplo, autoras como Virginia Henderson con sus *Catorce Necesidades Básicas*, Hildegard Peplau con su *Teoría de relaciones interpersonales* o Madeleine Leininger con la *Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales* y su *Modelo Sunrise* destacan la importancia de la humanización. Siguiendo los pasos de estas enfermeras, hoy día, resulta

imprescindible proporcionar a nuestros pacientes unos cuidados de enfermería holísticos, humanizados y de la mejor calidad.

Personalmente, desde los inicios de la pandemia por Covid-19 he estado trabajando en UCI. Al trabajar en este servicio te enfrentas al dolor de aquellos a los que tratas. A pesar de estar proporcionando unos cuidados de calidad no puedes evitar preocuparte por su bienestar, su miedo o su frustración. Aún más, trabajando con pacientes que sufren Covid-19 y que, tras meses de ingreso y pasar por estados de sedación, desconectados de la realidad y aislados del contacto con cualquier persona que no sea el personal de la unidad se hace muy necesaria prestar una atención humanizada. Esto hace necesario que se intente acercar todo lo posible a pacientes y familias y solventar todas sus necesidades.

4. Objetivos

El objetivo principal de esta investigación es analizar la literatura científica referente a la humanización de la atención en las UCI. Para ello, se desglosan los siguientes objetivos específicos:

- Describir la realidad del trabajo diario en las UCI actualmente.
- Reflexionar sobre la frecuencia con la que se llevan a cabo medidas para humanizar la atención en UCI.
- Analizar la evolución de la UCI en cuanto a habilidades científico-técnicas y humanizadoras.

5. Metodología

5.1 Diseño

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa sobre la Humanización de los Cuidados de Enfermería en UCI. Para ello, se ha desarrollado una búsqueda bibliográfica sobre el tema en bases de datos nacionales e internacionales, con la que se ha intentado recopilar la mayor cantidad de información posible para explorar lo que encontramos en la literatura científica y reflexionar acerca de esta. En un primer momento, antes de realizar la búsqueda definitiva en todas las bases de datos, se llevó a

cabo una búsqueda solo en Pubmed para conocer el contexto en que esta temática se sitúa y cuáles son las palabras clave más apropiadas que se han de utilizar.

El proceso llevado a cabo ha sido el siguiente:

1. Planteamiento del tema.
2. Búsqueda de aproximación al tema.
3. Búsqueda de información. Para ello, se han llevado a cabo los siguientes pasos:
 - a. Se han seleccionado las palabras clave y se han validado a través del DeCS.
 - b. Se han organizado las cadenas de búsqueda por medio del uso de los operadores booleanos “AND” y “OR”.
 - c. Se ha realizado la búsqueda.
 - d. Se han aplicados los criterios de selección.
4. Evaluación y elección de los artículos. El proceso de selección se ha desarrollado en las siguientes partes:
 - a. Cumplimiento de los criterios de selección.
 - b. Selección tras la lectura del título y del resumen del artículo.
 - c. Selección definitiva tras la lectura completa del artículo.
5. Recogida de datos.
6. Categorización de la información.
7. Planificación.
8. Redacción.

5.2 Estrategia de búsqueda

La búsqueda se ha realizado usando las siguientes palabras clave:

- Unidad de Cuidados Intensivos
- Cuidados Críticos
- Humanización
- Humanización de la atención
- Cuidados de Enfermería.

Se ha hecho uso de los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para emplear una terminología común para varios idiomas. De esta forma, las palabras clave usadas finalmente fueron las siguientes:

- Intensive Care Units
- Critical care
- Humanization
- Humanization of Assistance
- Nursing Care

Como se puede apreciar, se hace uso de sinónimos a través de las palabras clave para aportar mayor variedad, aumentar las posibilidades de búsqueda y, de esta forma, encontrar una bibliografía más específica.

Las bases de datos empleadas han sido: PubMed, Cochrane library, ProQuest y Cuiden. El acceso a estas bases de datos ha sido a través de la biblioteca de la Universidad de Jaén para contar con más posibilidades de tener acceso al texto completo. La cadena de búsqueda empleada ha sido la siguiente:

“(Humanization OR (Humanization of Assistance)) AND ((Critical Care) OR (Intensive Care Units)) AND (Nursing Care)”

Cabe destacar que los resultados de la búsqueda se limitaban bastante al aplicar el filtro de texto completo, sin embargo, era preciso aplicarlo ya que de no ser así no había posibilidad de leer el artículo. Con todo ello, los resultados obtenidos han sido los que aparecen en la Tabla 1 a continuación:

Bases de datos	Resultados totales obtenidos	Tras aplicar filtros de búsqueda	Seleccionados por título	Seleccionados tras lectura del resumen	Artículos seleccionados finalmente
Cochrane library	148	137	60	17	3
Cuiden	39	28	13	8	4
Pubmed	327	36	24	20	18
ProQuest	854	9	5	4	2

Tabla 1: Resultados obtenidos en la búsqueda. Fuente: elaboración propia.

5.3 Criterios de selección

Han sido fijados criterios de inclusión para obtener unos resultados más concisos, así como criterios de exclusión para fijar los límites sobre el tema. Aun así, se ha intentado no limitar en gran medida los criterios para así poder obtener mayor cantidad de resultados.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Artículos de acceso libre completo y gratuito.
- Artículos de los diez últimos años.
- Artículos en inglés o español.
- Se incluye todos los formatos de presentación.
- Artículos que traten sobre personas adultas, debido a que la atención en la UCI de neonatos o pediátrica varía bastante.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Artículos sobre pediatría o maternidad.
- Artículos anteriores al año 2011.

5.4 Resumen de la búsqueda

A continuación, se muestra en el Gráfico 1 un resumen breve de la búsqueda realizada a través de un diagrama de flujo.

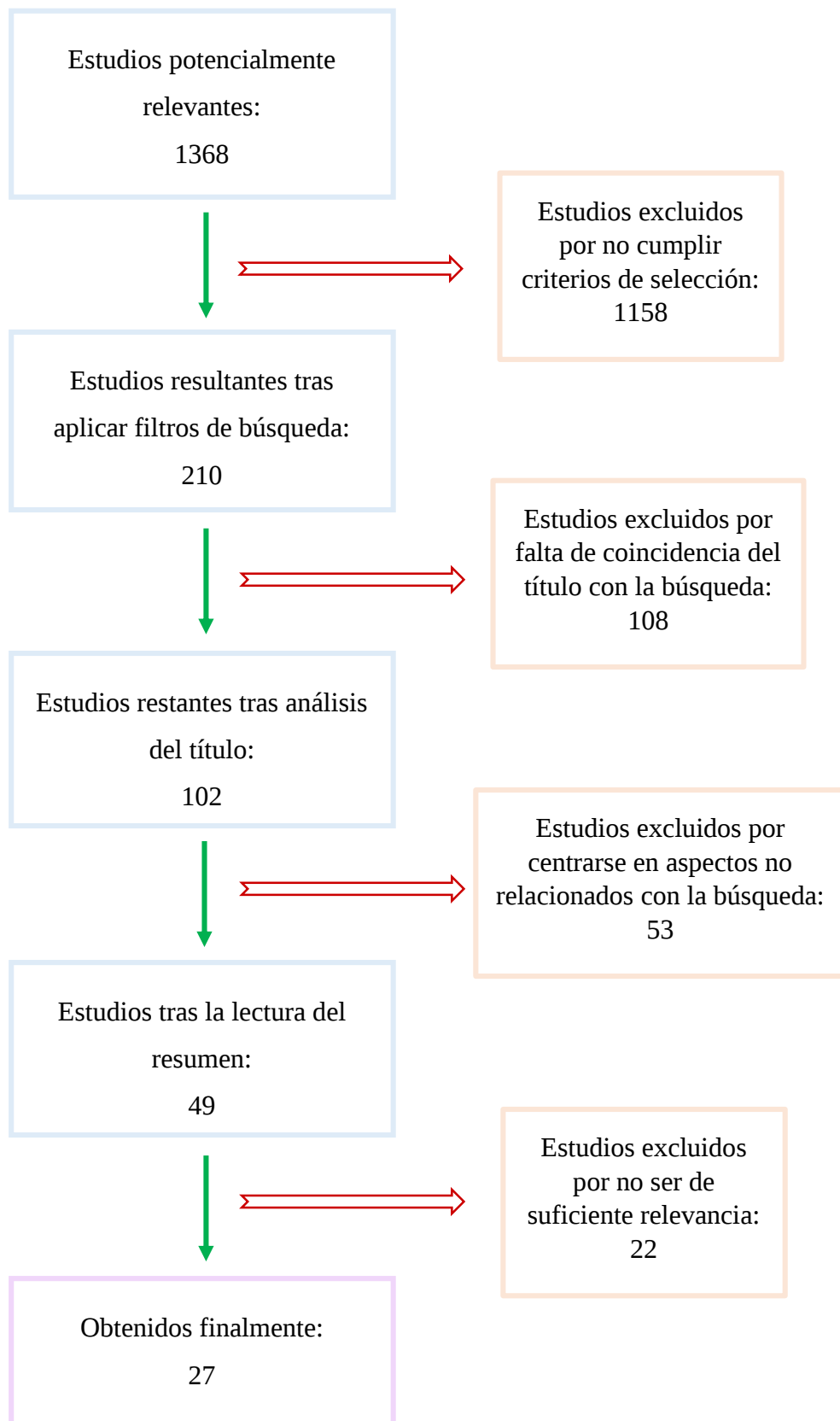


Gráfico1: Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia.

6. Resultados

6.1 Desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos

El desarrollo en las ciencias de la salud viene acompañado de cambios en los paradigmas sanitarios. De esta forma, se ha evolucionado desde un paradigma paternalista y biomédico que se centra en la atención de la enfermedad a través de decisiones médicas, a un paradigma que, en contraposición, se centra en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad teniendo en cuenta al paciente y su familia.^{4,5}

Los avances científicos han permitido atender a pacientes críticos, de tal forma que en los últimos años la supervivencia de estos ha aumentado considerablemente. En cambio, encontramos numerosos autores que consideran que el desarrollo de la humanización en el cuidado de estos pacientes no se ha desarrollado de la misma forma que la tecnología médica. Lo que conlleva tecnificación en los cuidados pero que no tiene en cuenta la perspectiva holística del paciente^{4,6}

A cualquier persona el ingreso en un hospital y el proceso de enfermedad le generan una transformación en su vida con cambios en sus roles, sus responsabilidades y su estilo de vida. En el caso de un ingreso en UCI, esta transformación se ve intensificada debido a la gravedad de la situación pues se trata de una crisis vital. Se vive como una experiencia estresante que genera cambios a nivel fisiológico y psicológico, tanto en el paciente como en su familia. Por ello, resulta importante el papel de enfermería facilitando la adaptación a la nueva situación, mejorando la interacción de todos los miembros con el entorno, promoviendo su aceptación y fomentando la protección de la salud.⁷

6.2 El paciente ingresado en UCI

Los pacientes críticos ven una oportunidad de supervivencia gracias a las UCI, cada vez contamos con más tecnología que permite complementar la función de órganos esenciales y hasta en ocasiones sustituirlos completamente.⁸ Ejemplo de ello son las máquinas de hemofiltración, que sustituyen la función renal, o la Ventilación Mecánica (VM), ya sea Invasiva o No Invasiva, que sirve tanto de apoyo a través de medios de soporte ventilatorio, como para sustituir completamente la función pulmonar gracias a los modos controlados. Tales llegan a ser los avances, que contamos con medios que

sustituyen la actividad tanto circulatoria como respiratoria a través de la Oxigenación de Membrana Extracorpórea (ECMO). Los pacientes que luchan contra una patología que pone en peligro su vida en la UCI necesitan intervenciones que mantengan su vida con apoyo tecnológico para su supervivencia a través de monitorización continua, intervenciones dinámicas y actividades como ventilación mecánica, sedación o tratamiento del dolor.⁹

De esta forma la UCI se convierte en la esperanza para muchos pacientes que se encuentran al límite de la vida, pero, como ya se ha mencionado, puede llegar a ser un entorno hostil que compromete muchas esferas del paciente. Así, numerosos autores cuestionan el bienestar del paciente durante su ingreso en Cuidados Intensivos.⁶

Son varias las causas que provocan dolor en el paciente, la propia enfermedad, las técnicas o procedimientos que se le realizan o los medios empleados para mantener su vida, por lo general, suelen intensificar el nivel de dolor. A nivel físico, encontramos más alteraciones como limitaciones en su movilidad, problemas para contraer y mantener el sueño, imposibilidad de llevar a cabo una alimentación habitual, modificaciones en la normotermia o impedimentos para desarrollar actividades básicas como el aseo o vestirse. A nivel psicológico, el miedo, la preocupación, la inseguridad o la sensación de dependencia se apoderan del paciente, intensificando los niveles de estrés y ansiedad. Si nos centramos en esferas como la necesidad de sentirse realizado o de actuar de acuerdo a sus propios valores encontramos un déficit mucho mayor. Además, derivado de tantos procedimientos y del estado de sedoanalgesia habitual del paciente crítico su propia seguridad se vuelve muy vulnerable.⁸

De acuerdo con la bibliografía, solo en EEUU cerca de un millón de pacientes necesitarán Ventilación Mecánica de un total de 5,7 millones de pacientes tratados en UCI anualmente.¹⁰ En el caso de pacientes intubados, que por las circunstancias muchas veces precisan estar sedados, la bibliografía refiere problemas con el tiempo que se mantiene esta situación, ya que alargarla más de lo necesario conllevaría, sin lugar a dudas, complicaciones en un futuro tanto a corto como a largo plazo.⁸

No falta evidencia para confirmar que los riesgos del paciente crítico son muy elevados, en el intento de evitarlos la Semicyuc proporciona indicadores de calidad del enfermo crítico para mejorar la atención prestada.¹¹ En el Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos surge la estrategia Tolerancia Zero, derivada de un análisis de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), y que pretenden aplicar

prácticas seguras, con efectividad demostrada. En primer lugar, apareció el Proyecto Bacteriemia Zero¹² para prevenir las infecciones relacionadas con los catéteres centrales, que se aplican diariamente en UCI. Siguiendo esta estructura en un intento de evitar las Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica surgió el Proyecto Neumonía Zero¹³. Tras el éxito de los dos anteriores se desarrollan objetivos para evitar otro grave problema, la aparición de bacterias multirresistentes y su diseminación, con lo que aparece el Proyecto Resistencia Zero¹⁴. De la misma manera, se pretende prevenir las infecciones urinarias relacionadas con la sonda vesical a través del Proyecto ITU-Zero¹⁵.

6.2.1 Síndrome Post-Cuidados Intensivos

La literatura científica describe un Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS, por sus iniciales en inglés). Se trata de un empeoramiento de la situación cognitiva, de la salud física o mental del paciente. Así, pueden aparecer síntomas físicos, como dolor persistente, úlceras por presión (UPP) o alteraciones en el sueño; síntomas psicológicos, estrés, ansiedad o alteraciones de la memoria, entre otros; e incluso problemas sociales, para relacionarse, por ejemplo.^{16, 8}

De acuerdo con Mikkelsen et al., el 46% de los supervivientes de UCI sufrirá un deterioro cognitivo. A los 3 y 12 meses del alta, aproximadamente entre un 40 y 34% respectivamente, continuarán con algún grado de deterioro. Además, entre un 20 y 30% desarrollarán síntomas de depresión, ansiedad, estrés postraumático o alteraciones en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria.¹⁰

Tal y como reflejan Alderson et al. en su estudio, tras el ingreso en UCI aparecen diversidad de complicaciones que se encuadran en PICS y que podrían mejorar con programas de seguimiento. Los hallazgos de su investigación reflejan como principales consecuencias las siguientes: pérdida de la calidad de vida relacionada con la salud en los siguientes doce meses, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, deterioro del funcionamiento físico y de la función cognitiva que, a su vez, implica dificultades para volver al trabajo doce meses después del ingreso.¹⁷

Parte del problema viene derivado de que se les da el alta con falta de información, no se les prepara sobre qué pueden esperar y cómo se deben afrontar los posibles

problemas de la mejor manera. Debido a esta falta de educación sanitaria hay problemas de afrontamiento, de adaptación y de recuperación.¹⁰

6.2.2 Cuidados paliativos

En ocasiones, el ingreso en UCI no se realiza para llevar a cabo unos cuidados agresivos que permitan mantener la vida del paciente, si no que se realiza para proporcionar calma y alivio al final de la vida. En este caso la atención prestada irá encaminada a promocionar el confort y crear un ambiente de confianza. En este ámbito cobra mucha importancia un abordaje holístico del paciente, se debe proporcionar una atención de calidad en la esfera física, psicológica, social y espiritual. Según Kisvetrová et al., las actividades que se desarrollan más habitualmente son: trato con dignidad y respeto, monitorización y control del dolor y ayuda con las actividades básicas. Se confirma que los pacientes que reciben un trato atento, amable, respetuoso, discreto y servicial sienten mayor dignidad en la etapa terminal, frente a sentimientos como pueden ser el miedo al ser dependientes asociado a una atención centrada en las necesidades biológicas.^{18,19}

6.3 Familiares de pacientes en UCI

El ingreso en UCI provoca en los familiares sufrimiento por todo lo que le ocurre al paciente ingresado;²⁰ con lo que son habituales sentimientos como miedo, incertidumbre, dolor o preocupación. Circunstancias frecuentes que se repiten en la literatura consultada son separación del paciente, preocupación sobre su comodidad o estado, falta de comunicación, salas de espera que suelen ser hostiles para los momentos de intranquilidad que se viven, desinformación y limitación de las visitas a cortos periodos de tiempo en varios momentos del día que no permite adaptación con los horarios habituales de los familiares. Todo ello, puede provocar estrés o frustración en los familiares.²¹

Por otro lado, cerca del 95% de los enfermos críticos no pueden tomar decisiones por sí mismos de forma autónoma. En un intento por respetar el principio de autonomía del paciente, se consulta a la familia sobre la voluntad de este. Para los acompañantes la toma de decisiones a menudo supone una fuente de conflictos o angustia moral, queda documentado el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos. Además, para tomar ciertas decisiones en numerosas ocasiones se precisan conocimientos científicos, por

ello, con frecuencia, los familiares agradecen un proceso de cooperación con el equipo para tomar decisiones terapéuticas de forma conjunta. En estos casos la confianza, la comunicación y la información se convierten en piezas clave para que se lleve a cabo de la manera más efectiva y agradable posible. Para ello, se ha comprobado que resulta eficaz la organización de reuniones de manera anticipada y con periodicidad, implicando a la familia y al equipo multidisciplinar. De esta forma, se presta apoyo y se afrontan posibles complicaciones posteriores en los familiares, tales como el desarrollo de estrés o de sentimientos de culpa.^{22, 23}

Una parte imprescindible a tener en cuenta respecto a la familia es el acompañamiento de los pacientes. La literatura científica pone de manifiesto que, a pesar de que saben que se está haciendo todo lo posible por su supervivencia y que se están aplicando los mejores cuidados y tratamientos, el simple hecho de no estar presentes y la desinformación generan malestar; mientras que en los servicios en los que se eliminan las restricciones a las visitas se refleja mayor satisfacción.²¹ Encontramos barreras para llevar a cabo una UCI de puertas abiertas, limitadas por la costumbre, por la propia estructura y organización de las unidades y por la falsa creencia de que la presencia de acompañantes interfiere o interrumpe el trabajo de los profesionales.

En opuesto a lo que se cree, la presencia de familiares supone un beneficio para ambas partes: mejoran los niveles de estrés, se alivian procesos como el delirium y no provoca más infecciones (como se piensa erróneamente). La participación de familiares supervisada, siempre que la situación clínica lo permita, en cuidados como la higiene o la alimentación reporta muchos beneficios, entre otros, mejora de la confianza y de la comunicación y aumento de la satisfacción del usuario.¹⁶

Lo sucedido durante el ingreso marcará a los familiares durante mucho tiempo después. Se manifiesta como siguen recordando meses después el trato recibido, la amabilidad de algún profesional en concreto, el estado en que se encontraba el paciente durante la visita e incluso la sensación percibida al poder cogerle de la mano.²⁰

En cuanto al Síndrome Post-UCI, también aparece en los familiares y se recoge en la literatura como Síndrome de cuidados Posintensivos-Familia (SCIE-F). Gran parte de la carga de los cuidados que se necesitarán posteriormente estará en manos de los cuidadores informales, a pesar de que muchos de ellos estén sufriendo otras patologías o sus propias secuelas tras la experiencia. Este síndrome en la familia supone consecuencias para la salud física, mental y/o social de los cuidadores principales.¹⁰

Resulta fundamental la promoción de una cultura de resiliencia a través de estructuras de apoyo social y la coordinación entre atención especializada y atención primaria.²⁴

Con respecto a la atención paliativa para los familiares se realiza la necesidad de proximidad y privacidad.¹⁸ De acuerdo con Fridh la atención paliativa precisa de unos cuidados de calidad en la dimensión social, cobran mayor importancia el respeto por la dignidad del paciente, la intimidad y los esfuerzos para que la familia permanezca junto al paciente.²⁵

Los familiares de pacientes fallecidos en UCI tienen mayor riesgo de sufrir un duelo complicado, debido a ciertas condiciones habituales de UCI como pueden ser la inaccesibilidad, la preocupación por el estado y sufrimiento del paciente o no estar presentes en el momento del éxitus. De esta forma, la atención prestada durante el ingreso resulta fundamental para evitarlo o minimizarlo. Como intervenciones útiles destacan las siguientes: facilitar las visitas sin restricciones, acceso fácil a la información clara, apoyo a las necesidades familiares, incluido el seguimiento del duelo. De esta forma, resulta conveniente el desarrollo de programas organizados de duelo centrados en las necesidades individuales de cada miembro de la familia.²⁰

6.4 Profesionales de UCI

La UCI es considerada un entorno de alta complejidad.¹ Requiere profesionales implicados, comprometidos, con conocimientos y competencias científico-técnicas avanzadas, habilidades, actitudes y aptitudes que permitan responder ante circunstancias críticas que precisan tratamientos y cuidados de calidad. Resulta imprescindible aunar esto con la humanización de los cuidados, prestando una atención individualizada que garantice la resolución de las necesidades de cada persona.¹ Cada profesional desarrolla una función importante, resulta fundamental en entornos críticos que se lleve a cabo un trabajo de calidad tanto a nivel individual como en conjunto con todo el equipo multidisciplinar tan diverso. Los profesionales son conscientes del impacto que generan sus acciones para los pacientes y sus familias.²⁰

Para los profesionales de UCI se presenta un desafío. Siempre se ha de tener en cuenta que trabajamos con seres humanos con sentimientos y opiniones, no son simples objetos de trabajo. En UCI los pacientes con mucha frecuencia se encuentran inconscientes, por lo que no pueden opinar o quejarse, por ejemplo. Se debe insistir más para que los

profesionales estén sensibilizados con ello: pueden estar sufriendo, se merecen un trato respetuoso, preservando su intimidad y su dignidad. Para ello, resultan fundamentales cualidades como la empatía, la accesibilidad, profesionales que se presten al servicio de los demás, que escuchen y atiendan a una comunicación más allá de lo habitual. Se necesitan habilidades comunicativas para garantizar una interacción correcta, concreta y sólida, sean cuales sean las circunstancias del paciente. Para ello se debe conocer y comprender el proceso de comunicación, las partes que lo forman y las posibles interferencias, así como el contexto en el que nos situamos y los conocimientos, valores, creencias y principios éticos de aquellos con quienes estemos tratando.¹ De hecho, de acuerdo con Lewis et al., la falta de información o la comunicación ineficaz entre sanitarios y pacientes o familiares puede provocar o exacerbar trastornos psicológicos, tanto durante como después de la estancia en UCI.²⁶

Las enfermeras representan una parte importante del equipo de UCI, son proveedoras de la mayoría de cuidados clave en este entorno de gravedad. Hildegard Peplau, histórica enfermera teorizadora, ya en 1952 hacía referencia a la importancia de las relaciones interpersonales para crear un vínculo terapéutico profesional/paciente y/o profesional/familia creando así un clima de confianza. Siguiendo el modelo de Peplau, en la UCI las enfermeras deben desarrollar e implementar intervenciones de enfermería con pacientes y familiares que se reporten efectivas para aliviar el sufrimiento o el estrés de los cuidados críticos dando respuesta a sus necesidades, para lo que resulta imprescindible la presencia de este vínculo terapéutico.⁷

La interacción de las familias con el personal de enfermería parece ser algo controvertido en la literatura consultada. En algunos casos las visitas de familiares interfieren con el trabajo de enfermería, por lo que el tiempo es reducido y por ello, con frecuencia, los familiares reflejan no estar satisfechos con la cantidad de horas de visita. Por otro lado, nos encontramos con enfermeras que no ponen limitaciones a las visitas y se sienten cómodas trabajando con la interacción de los acompañantes. Diane Chapman et al. ponen de manifiesto que son las enfermeras con más años de experiencia las que encuentran mayores interferencias para proporcionar cuidados al paciente estando presente la familia, mientras que aquellos con menos experiencia hasta encuentran beneficios al trabajar de esta manera. Refieren que esta diferencia puede deberse a la evolución de la enfermería a lo largo de los años puesto que implica cambios en los planes de estudios.²¹

En el caso de la atención paliativa las enfermeras se enfrentan a nuevos retos, ya que tratan con temas existenciales como puede ser el significado de la muerte o el trabajo con el sufrimiento. De esta forma, puede volverse más complicada la aplicación de determinados procedimientos terapéuticos e intervenciones de enfermería.¹⁹ Asimismo, han de intensificarse la empatía, las habilidades comunicativas, la confianza, el manejo del dolor o la aceptación de la muerte.¹⁸ Lind et al., exponen que resulta complicado y se precisa experiencia para el diálogo sobre la muerte.²⁷ Además, las actividades no deben centrarse solamente en la dimensión biológica o psicológica del dolor, si no que cobra mucha importancia la reducción del sufrimiento espiritual. De acuerdo con la bibliografía, para el desarrollo adecuado de estos cuidados las enfermeras encuentran más barreras debido a la limitación de recursos materiales y humanos y a la escasa formación en este ámbito proporcionada por las organizaciones.¹⁸

Con todo ello, queda de manifiesto el apoyo necesario para los profesionales. Se debe proporcionar la mejor evidencia científica y para ello es necesario aportar herramientas como pueden ser las siguientes: formación, definición de intervenciones o actividades de enfermería, protocolos y guías de actuación, etc. De esta forma podrá mejorar la calidad de los cuidados proporcionados en todas las dimensiones humanas.¹⁸

6.5 Humanización

Tras analizar los efectos de los cuidados intensivos en pacientes, familiares y profesionales queda clara la necesidad de prestar una atención humanizada, esta humanización ha de llevarse a cabo siempre. No tiene un lugar, un momento o un profesional específico, si no que se trata de atender con una actitud ética y humana en todo momento.¹

Ciertos temas son recurrentes en la bibliografía al hablar sobre humanización, como pueden ser dignidad, comunicación, sensibilidad, aceptación, afrontamiento, apoyo a la familia, confianza, experiencia con la muerte, control del dolor o del miedo. Se vuelven habituales en el trabajo diario en UCI para proporcionar unos cuidados de calidad a la altura de las circunstancias. Los vínculos terapéuticos son protectores y proporcionan seguridad y fuerza para seguir.⁹

La comunicación según Eva-Luisa Schnabel et al. está directamente relacionada con el bienestar del paciente y es dependiente del contexto. No se puede no comunicar, incluso

en pacientes con habilidades lingüísticas deterioradas se desarrolla el proceso de comunicación a través de otros canales. La adaptación del mensaje al receptor resulta imprescindible, el contenido debe ser comprensible y de reducida complejidad. Se precisan habilidades comunicativas, pero también se debe conocer el contexto en el que nos comunicamos, teniendo en cuenta aspectos como el nivel cultural del receptor, su estado emocional, su nivel de dependencia, e incluso, cuánto quiere conocer. También influyen rasgos de estilo no verbales, como el tono o el ritmo, que hacen la transmisión e interpretación del mensaje más adecuada.²⁸

En ocasiones nos encontramos con circunstancias que suponen barreras para el desarrollo de la comunicación de la forma habitual debido a ciertas patologías o déficits. Esto no debe impedir que el paciente se mantenga informado y comunique sus preferencias o necesidades. De esta forma, Adriano Machado et al. proponen métodos de comunicación alternativos, con códigos básicos por ejemplo a través del movimiento de los ojos, con tableros con letras o situaciones habituales.²⁹

Para aliviar las condiciones en las que se encuentra el paciente en la UCI, también resulta fundamental hablar sobre temas banales, que no tengan nada que ver con la evolución del paciente. A pesar de estar ingresado en una UCI, debatiéndose entre la vida y la muerte, hablar sobre temas que le interesen como puede ser la música, la lectura o sus aficiones, por ejemplo, le ayudará a evadirse. Conseguiremos crear un entorno menos impersonal y más humano que proporciona confort físico y psicológico dentro de los límites de la enfermedad que está pasando. Además, aumentaremos la sensibilidad y la empatía en el personal, al sentir que conocen más al paciente se crea una sensación de mayor cercanía.²⁹

De la misma forma, puede resultar una terapia muy efectiva para favorecer el confort del paciente proporcionarle medios de entretenimiento, ya sea poner música, la televisión o dejarle un libro que sea de su agrado. Estaremos proporcionando calidad de vida durante el ingreso.²⁹ Los pacientes necesitan reconocimiento y conexión con la vida más allá de la UCI para mantener su dignidad, fuerza y ganas de vivir.⁹

Todo esto no puede desarrollarse en los profesionales una vez que comienzan a trabajar en determinados servicios, sino que debe forjarse desde las universidades formando a los futuros profesionales en ciertas habilidades que les hagan profesionales más humanos, capaces de reconocer, interpretar y reaccionar ante la historia, no solo clínica, si no de vida de cada persona. Ir más allá de signos y síntomas, pararse a analizar

reflexivamente los sentimientos. Sería conveniente desarrollar prácticas y reflexionar sobre habilidades comunicativas, empatía, resolución de conflictos en escenarios complejos, manteniendo la individualidad del paciente a través de un esfuerzo en conocer sus gustos y a la propia persona. De igual forma, desde el propio servicio se debe promocionar la atención humana como herramienta diagnóstica, terapéutica y educativa; proporcionando así recursos para hacer de la humanización una competencia de todos sus profesionales.²⁹ Se necesitan conocimientos para garantizar que la práctica enfermera vaya en consonancia con la evolución tecnológica de los cuidados intensivos.⁹

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental manteniendo la dignidad del paciente. La dignidad es algo inherente a cualquier ser humano. Hasta en los momentos más críticos, cualquiera debe ser capaz de sentirse persona, de ser quien es y de ser respetado en todas sus esferas. Así, aquellos que trabajan de manera atenta y respetuosa, siendo amables, serviciales y de forma discreta con la intimidad del paciente están fomentando y apoyando su dignidad. Se trata de brindar unos cuidados de calidad y reconocer las necesidades únicas de cada paciente. En esta última parte, los familiares se convierten en una fuente importante de información sobre las preferencias de los pacientes dependientes.³⁰

Cuando los familiares se encuentran con profesionales que trabajan de manera humana sienten una tranquilidad necesaria en momentos críticos. De acuerdo con la literatura las necesidades más frecuentes de los familiares son de información, de apoyo y tranquilidad y poder acompañar al paciente. De esta manera, se alivia su angustia y se promueve también su dignidad.³⁰ Además, la presencia de equilibrio entre profesionales y familiares facilita la participación de estos últimos, lo que conlleva una mejor recuperación del paciente.³¹

La información, tanto de pacientes como de familiares, se debería realizar de manera estructurada. A través de folletos informativos para la acogida, con intervenciones de educación sanitaria, sesiones informativas cara a cara e incluso recursos en línea. Con ello, se mejora el conocimiento en cuanto a la enfermedad, los cuidados necesarios intra y pos hospitalarios, las fuentes de apoyo, etc. Esto disminuirá la preocupación y mejorará los resultados.

La educación sanitaria mayormente se plantea desde el profesional sanitario hacia el paciente y familia, pero también debe desarrollarse desde el usuario hacia el trabajador.

La función informativa variará en función del momento en el que nos encontremos y de los conocimientos del receptor, así, por ejemplo, la información al ingreso será más básica y se irá aumentando en complejidad conforme evolucione.²⁶

En la literatura, aunque pocos, encontramos varios modelos que pretenden servir de guía para humanizar la atención. De esta forma Flavia Feron et al. plantean el desarrollo de una atención humanizada, que permita expresar preocupaciones, escuchar y tener capacidad de reconocer necesidades, con compromiso, solidaridad y un trato respetuoso de tal forma que se asegure una atención resolutive que convierta en acogedora la situación de estrés vital vivida en la UCI. Se debe desarrollar en todo momento durante la atención al paciente y su familia.¹ Establecen seis categorías:

- Categoría 1: Acogida. Desde el primer momento ha de establecerse una presentación del personal, tratar a cada uno por su nombre. El simple hecho de sentirse acogido, de saber con quién estamos hablando implica afecto y empatía.¹
- Categoría 2: Comunicación. Incluye comunicación verbal y no verbal, en todas las esferas y por parte de todo el equipo, pacientes y familiares. Es considerado el factor principal, sin comunicación clara y eficaz no es posible lo demás.¹
- Categoría 3: Profesionalidad ética y sensata. Aplicar acciones que respeten los principios morales y científicos, como resultado se proporcionará una atención más humana y afectuosa.¹
- Categoría 4: Aspectos desfavorables. Definen ciertas barreras que dificultan la humanización. Determinados aspectos de la gestión, ciertos procedimientos o tratos pueden ser deshumanizantes, provocan distancia entre los sujetos y dificultan la creación de vínculos.¹
- Categoría 5: Percepción sobre la humanización. Resulta importante comprender la percepción de aquellos con quien tratamos, ya sean profesionales, familiares o pacientes. Sería conveniente que individualmente expresasen su manera de ver o entender la humanización (ser amable, pensar en los demás, escuchar, cuidar con cariño y sensibilidad).¹
- Categoría 6: Religión/Espiritualidad. A pesar de ser algo menos mencionada, sigue destacando. Para muchas personas es su forma de mantener la esperanza. Es fundamental comprender y aceptar las diferencias culturales, asumiendo que, a pesar de tener diferentes valores o percepciones, para quien cree en algo resulta una vía de escape necesaria.¹

Por su parte, Lilia Correa junto con Gonzalo Andres pretenden crear estrategias activas, holísticas e integrales que favorezcan a pacientes en la UCI y que, a su vez, provoquen un cambio en la atención sanitaria vigente. Para ello destacan las “asas de cuidado en el paciente crítico” a través de una estrategia ABCDEF, que tiene en cuenta al paciente, la familia y al personal de salud.⁸

- A: Aliviar y evaluar el dolor. Más de la mitad de los pacientes en la UCI sufren dolor por causas variadas. Se debe evaluar el dolor de forma correcta con escalas validadas y antes de administrar analgésicos, diagnosticar y tratar adecuadamente.⁸
- B: Buen sueño, despertar diario y prueba de respiración espontánea. Para mantener un sueño nocturno reparador se precisa disminuir la cantidad de sedantes durante el día. En los casos de intubación se probará la respiración espontánea para disminuir los días de VM.⁸
- C: Control de analgesia y sedación. De acuerdo con las Guías de manejo del dolor se evitará la sobre sedación ya que puede incrementar la mortalidad, el dolor crónico y la adicción a opioides.⁸
- D: Delirium: prevención, diagnóstico y manejo. Proponen la escala CAM-ICU para manejar activamente el delirium.⁸
- E: Ejercicio, terapia física y movilización temprana. La movilización temprana resulta la intervención más segura para manejar el delirium, el Síndrome PICS y disminuir el tiempo de VM.⁸
- F: Familia. Son una herramienta importante para conseguir la humanización. Participarán en la toma de decisiones, en el cuidado de los pacientes y se permitirá el contacto con ellos, para ello se ampliará el horario de visitas. Se mantendrá una comunicación asertiva y clara.⁸

Por otro lado, como refieren Heras La Calle y Zaforteza Lallemand en la UCI del Hospital Universitario de Torrejón se está desarrollando el Proyecto HU-CI.⁶ Surge como un grupo de investigación multidisciplinar que junto con los pacientes y sus familias pretenden proporcionar una visión integral de la situación en las UCI. Se pretende difundir los cuidados intensivos, acercándolos a la población, fomentando actividades y habilidades humanizadoras.¹⁶

El propósito es crear estándares de humanización de los servicios sanitarios, de los profesionales y de su formación. La unidad que lo desee puede solicitar la certificación,

de tal forma que se acompañará a las organizaciones para mejorar la calidad de su trabajo y, si cumple con los requisitos de calidad, podrá obtener el certificado.¹⁶

Se desarrolla a través de 7 líneas estratégicas que dan lugar a un total de 160 buenas prácticas. Se basan en grandes áreas de mejora que solucionarían los principales inconvenientes que se encuentran con frecuencia en UCI.¹⁶

- Línea estratégica 1: UCI de puertas abiertas, presencia y participación de los familiares en los cuidados. Visitas flexibles, se promoverá la accesibilidad, la participación de familiares y pacientes, la sensibilización de los profesionales y se dará un mayor soporte a las necesidades.¹⁶
- Línea estratégica 2: Comunicación. Surge el propósito de que todos los pacientes comuniquen sus necesidades y deseos al final de la vida. Mejora de la comunicación en situaciones difíciles o en pacientes con limitaciones a través de métodos que complementen el lenguaje oral o sistemas alternativos. Se describen tres ámbitos de aplicación: la comunicación en el equipo, con el paciente y con la familia.¹⁶
- Línea estratégica 3: Bienestar del paciente. La calidad asistencial se verá representada por la capacidad para mitigar síntomas de discomfort, evaluándolos y formando a los profesionales para que estén capacitados para afrontarlos. Se trabajará en el bienestar físico, psicológico y ambiental, en el descanso nocturno y en la promoción de la autonomía del paciente.¹⁶
- Línea estratégica 4: Cuidados al profesional. El desgaste emocional de los profesionales es notable cuando aparecen complicaciones, el paciente no mejora o resulta complicado evitar el sufrimiento. Están descritos síntomas en profesionales como el agotamiento emocional o la baja autoestima profesional. Lo que influye en la calidad de los cuidados, para prevenirlo se marcan objetivos que debe cumplir la organización.¹⁶
- Línea estratégica 5: Síndrome post-cuidados intensivos. A través de equipos interprofesionales con una atención continuada se dará soporte a las necesidades surgidas, previniéndolas y minimizando el Síndrome PICS.¹⁶
- Línea estratégica 6: Cuidados al final de la vida. Se establecen recomendaciones para limitar los tratamientos de soporte vital. Se debe disponer de competencias y herramientas para resolver los conflictos y aumentar el afrontamiento, cubriendo

las necesidades emocionales, físicas, psicosociales y espirituales de pacientes y familiares.¹⁶

- Línea estratégica 7: Infraestructura humanizada. La calidad de la atención debe ir acompañada de eficacia técnica y comodidad para todos los usuarios. Por un lado, se reducirán los errores de los profesionales y por otro, se mejorarán los resultados en los pacientes, de tal forma que mejorará la satisfacción, promoverá el confort y reducirá el estrés. Se incluirán en esta línea las salas de espera de familiares, de forma que se convertirán en salas de estar cómodas y funcionales.¹⁶

7. Discusión

Los motivos principales que me llevaron a realizar esta revisión se centraban en explorar la realidad de la literatura científica en cuanto a humanización en UCI. Tras analizar variedad de artículos quedan de manifiesto diferentes hechos.

No cabe duda de la valiosa evolución en la tecnificación de UCI, se han desarrollado científicamente los Cuidados Intensivos proporcionando a toda la sociedad mayores posibilidades de supervivencia. En cambio, los progresos en humanización no son tan evidentes, de hecho, encontramos diversidad de opiniones. Autores como Liliana Correa afirman que, en paralelo a los avances médicos, se ha evolucionado notablemente en cuanto a humanización, haciendo más visibles la percepción sobre la calidad de los cuidados y el trato integral a los pacientes.⁸ En contraposición, por ejemplo, Nicola Grignoli afirma que la bioética avanza más lentamente que la biotecnología en UCI, ante lo que se cuestiona su pertinencia y refiere el deber de actuar a través de la actualización periódica.²² Por su parte, Camila Andrade expone como la Humanización comienza a desarrollarse desde hace pocos años y se presenta ahora la oportunidad de emprender grandes progresos al respecto a través de estrategias de cambio.³¹

Sí que parecen estar de acuerdo la mayoría de autores en cuanto a la escasez de herramientas por parte de las instituciones para apoyar los proyectos de humanización.¹ Camila Andrade refiere como la inversión por parte de las organizaciones es escasa. Propone diferentes mejoras que se deberían desarrollar: proporcionar mayores recursos materiales y humanos, mejorar las condiciones laborales de los profesionales, hacerles sentir valorados por el trabajo realizado, apoyar la formación continua y la investigación

relacionada con este tema. Todo ello, garantizaría indudablemente la atención humanizada y de calidad.³¹

Incluso en los valores propios de la atención humanizada parece haber diferencias. En ningún caso se pone en duda la aplicación de ciertos derechos como pueden ser la autonomía del paciente, los principios de justicia, beneficencia y no maleficencia, el respeto o la seguridad del paciente. En cambio, ha quedado claro como en algunos ámbitos de la humanización sí que queda mucho por trabajar. Tal es el caso de la presencia de los familiares, sigue presente cierto escepticismo en cuanto a la implicación de estos en algunos cuidados.²² Además, nos encontramos con autores que defienden que la actitud de algunos profesionales varía en función de su experiencia, de acuerdo con la evolución que se lleva a cabo en los estudios universitarios de enfermería. Así, varía la aplicación de ciertas labores humanizadoras en función de las ideas o valores propios de cada profesional.²¹

Por otro lado, gran cantidad de autores buscan la estandarización de la atención humanizada. Así es el caso de, por ejemplo, Lilia Correa y su equipo, en busca de una atención integral del paciente con la utilización óptima de los recursos, proponen unas “asas de cuidado” que pretenden marcar las características que constituyen la atención humanizada de calidad.⁸ En cambio, Adriano Machado et al. refieren que hay que individualizar la atención, ya que si aplicamos algún tipo de modelo la atención se basará únicamente en la evidencia estadística, sin considerar a cada individuo de forma única. Afirma, así, que cada caso es inevitablemente único en un contexto determinado y que no ha de ser tratado de manera automática siguiendo una única realidad.²⁹ Por su parte, Ingrid Egerod et al. defienden la importancia de desarrollar una filosofía del cuidado que destaque la importancia de comprender la realidad genuina de cada ser humano.⁹

En mi opinión, hasta conseguir que la atención humanizada forme parte de la actividad habitual de todos los profesionales se precisa de guías o modelos de humanización que nos ayuden a desarrollar esta atención con calidad y de acuerdo a la mejor evidencia científica. Teniendo claro siempre que se trata de guías que debemos adaptar a las excepciones e individualidades de cada paciente, de tal forma que se preste una atención humanizada e individualizada.

8. Conclusión

Podemos concluir que aparece poca literatura científica en las bases de datos en cuanto a la humanización de la atención en las UCI. En los últimos años se encuentran cada vez más artículos al respecto, pero a pesar de ello, desde mi punto de vista, debe aumentar la cantidad de estos.

En la literatura consultada se refleja como actualmente las UCI representan una gran esperanza en cuanto a patologías críticas. Se han desarrollado tratamientos y cuidados de calidad que hace unas décadas podrían considerarse impensables.

El desarrollo científico-técnico parece que evoluciona más rápidamente que las habilidades humanizadoras. De hecho, podemos encontrar mayor cantidad de bibliografía sobre tratamientos, procedimientos, sedación o VM, por ejemplo, en la que no se tiene en cuenta la humanización. Aun así, considero que estamos en el camino hacia la humanización, cada vez parece que nos preocupamos más por este aspecto. Esto me permite alcanzar una perspectiva más optimista en cuanto al desarrollo futuro de esta cualidad del cuidado tan necesaria.

En mi opinión, parecen claras las debilidades encontradas al respecto de la Humanización en UCI, pero precisamente estas unidades destacan por su potencial, su calidad y la preparación de sus profesionales. Podemos aprovechar estas fortalezas y convertir la atención humanizada en una prioridad, de tal manera que, aunque aparezca como un desafío, a través de un proceso gradual se convierta en una práctica diaria, un nuevo hábito que involucre a todas las partes de este servicio, hasta que acabe siendo una parte esencial de toda la atención sanitaria.

9. Bibliografía

1. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. Rev Bras Enferm. [Internet] 2017 [acceso febrero 2021]; 70 (5): 1040-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977232/>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Informes, Estudios e Investigación. 54-61.
3. Abella Álvarez A, Torrejón Pérez I, Encisco Calderón V, Hermosa Gelbard C, Sicilia Urban JJ, Ruiz Grinspan M et all. Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. Medicina Intensiva. [Internet] 2012 [acceso febrero 2021]; 37 (1): 12-8. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569112002446>
4. Rojas Verónica. Humanización de los cuidados intensivos. Rev Med Clin Condes. [Internet] 2019 [acceso febrero 2021]; 30 (2): 120-25. Disponible en: <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>
5. Salud y derechos humanos. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [acceso marzo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
6. Heras de la Calle G, Zaforteza Lallemand C. HUCI se escribe con H de Humano. Enferm Intensiva. [Internet] 2014 [acceso febrero 2021]; 25 (4): 123-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-linkresolver-huci-se-escribe-con-h-S113023991400087X>
7. Brigitte S Cypress. The Process of Transformation Experienced by the Patients, Their Families, and Nurses During Critical Illness in the Intensive Care Unit. Dimens Crit Care Nurse. [Internet] 2015 [acceso febrero 2021]; 34 (3): 161-9. Disponible en: https://journals.lww.com/dccjournal/Abstract/2015/05000/The_Process_of_Transformation_Experienced_by_the.9.aspx
8. Correa-Pérez L, Chavarro GA. Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.

[Internet] 2020 [acceso febrero 2021]; 21: 77-82. Disponible en: <https://www.journals.elsevier.com/acta-colombiana-de-cuidado-intensivo/recent-articles>

9. Egerod I, Bergbom I, Lindahl B, Hericson M, Granberg-Axell A, Storli SL. The patient experience of intensive care: a meta-synthesis of Nordic studies. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2015 [acceso febrero 2021]; 52 (8): 1354-61. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020-7489\(15\)00137-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020-7489(15)00137-6)

10. Mikkelsen ME, Jackson JC, Hopkins RO, Thompson C, Andrews A, Netzer G et al. Peer Support as a Novel Strategy to Mitigate Post-Intensive Care Syndrome. *AACN*. [Internet] 2016 [acceso febrero 2021]; 27 (2): 221-9. Disponible en: <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article-abstract/27/2/221/2307/Peer-Support-as-a-Novel-Strategy-to-Mitigate-Post?redirectedFrom=fulltext>

11. SEMICYUC. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Madrid. 2017: Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. 29-48.

12. MSC, SEMICYUC, OMS. Bacteriemia Zero. Protocolo Prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres Venosos Centrales (BRC) en las UCI Españolas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, SEMICYUC, SEEIUC. Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas. Neumonía Zero. Madrid: Ministerio de Sanidad Políticas Sociales e Igualdad; 2011. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, SEMICYUC, SEEIUC. Resistencia Zero. Prevención de la Emergencia de Bacterias Multirresistentes en el Paciente Crítico. Madrid: Ministerio de Sanidad Políticas Sociales e Igualdad; 2014. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

15. Ministerio de Sanidad, Sercivios Sociales e Igualdad, SEMICYUC, SEEIUC. ITU-Zero. Prevención de la infección urinaria relacionada con la sonda uretral en los pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Madrid: Ministerio de Sanidad Políticas Sociales e Igualdad; 2018. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

16. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [acceso marzo 2021]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
17. Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2018 [acceso febrero 2021]; 11 (CD012701) Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012701.pub2/epdf/abstract>
18. Kisvetrová H, Skoloudík D, Joanovic E, Konecna J, Miksova Z. Dying Care Interventions in the Intensive Care Unit. J of Nurs Scholarsh. [Internet] 2016 [acceso febrero 2021]; 48 (2): 139-46. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12191>
19. Hahn JE. Using nursing interventions classification in an advance practice registered nurse-led preventive model for adults aging with developmental disabilities. J Nurs Scholars. [Internet] 2014 [acceso febrero 2021]; 46(5): 304-13. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12085>
20. Jones C, Puntillo K, Donesky D, McAdam JL. Family Members' Experiences With Bereavement in the Intensive Care Unit. Am J Crit Care. [Internet] 2018 [acceso febrero 2021]; 27 (4): 312-21. Disponible en: <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/27/4/312/4272/Family-Members-Experiences-With-Bereavement-in-the?redirectedFrom=fulltext>
21. Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, Wright ES, Hopkins RO, Butler JM et al. Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile intensive care unit. Am J Crit Care. [Internet] 2016 [acceso febrero 2021]; 25 (1): 46-50. Disponible en: <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/25/1/46/3114/Satisfaction-With-Elimination-of-all-Visitation?redirectedFrom=fulltext>
22. Grignoli N, Bernardo VD, Malacrida R. New perspectives on substituted relational autonomy for shared decision-making in critical care. Crit Care. [Internet] 2018 [acceso

- febrero 2021]; 22 (1):260. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6182794/>
23. Brown SM, Beesley SJ, Hopkins RO. Humanizing intensive care: theory, evidence, and possibilities. Annual update in intensive care and emergency medicine. [Internet] 2016 [acceso febrero 2021]; 405-20. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-27349-5_33
24. Maley JH, Mikkelsen ME. Sepsis survivorship: how can we promote a culture of resilience?. Crit Care Med. [Internet] 2015 [acceso febrero 2021]; 43 (2): 479-81. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournal/Citation/2015/02000/Sepsis_Survivorship_How_Can_We_Promote_a_Culture.29.aspx
25. Fridh I. Caring for the dying patient in the ICU - The past, the present and the future. Intensive Crit Care Nurs. [Internet] 2014 [acceso febrero 2021]; 30 (6): 306 – 11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339714000688?via%3Dihub>
26. Lewis SR, Pritchard MW, Schofield-Robinson OJ, Evans DJW, Alderson P, Smith AF. Information or education interventions for adult intensive care unit (ICU) patients and their carers. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2018 [acceso febrero 2021]; 10 (CD012471). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012471/pdf/full>
27. Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevroy O. Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process - Perspectives of relatives. Nurs Ethics. [Internet] 2012 [acceso febrero 2021]; 19(5): 666 – 76. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733011433925>
28. Schnabel EL, Wahl HW, Penger S, Haberstroh J. Communication behavior of cognitively impaired older inpatients. A new setting for validating the CODEM instrument. Z Gerontol Geriat. [Internet] 2019 [acceso febrero 2021]; 52 (4): 264-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6821670/>

29. Machado Facioli A, Ferreira Amorim F, Quadros de Almeida KJ. A model for Humanization in Critical Care. Perm J. [Internet] 2012 [acceso febrero 2021]; 16 (4): 75-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3523941/>
30. Jacelon CS, Henneman EA. Dignity in the older critically ill adult: The family member's perspective. Heart Lung. [Internet] 2014 [acceso febrero 2021]; 43 (5): 432-6. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0147-9563\(14\)00186-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0147-9563(14)00186-1)
31. Reis CCA, Sena ELS, Fernandes MH. Humanization care in intensive care units: integrative review. Humanizaçao de cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisao integrativa. J res: fundm Care Online. [Internet] 2016 [acceso febrero 2021]; 8 (2): 4212-22. Disponible en: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/issue/view/213>