

Curso Académico 2021/2022

**Humanización de los cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión bibliográfica sobre el impacto en el bienestar del paciente.**

Autora: Leire Movellan Carrillo.

## RESUMEN

**Introducción:** El cuidado humanizado es esencial en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) donde el paciente es especialmente vulnerable. El 30-50% de los ingresados sufre el síndrome post-UCI. Varios factores han provocado que la atención ofrecida deje al paciente de lado.

**Objetivo:** Conocer el efecto de la implementación de cuidados humanizados en el bienestar del adulto ingresado en la UCI, identificar las intervenciones para fomentar el cuidado humanizado, definir su influencia en las variables de bienestar y conocer las variables que los pacientes perciben más relevantes.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cuiden, Biblioteca Virtual de la Salud y Ovid, y en las revistas “Enfermería Intensiva” y “Critical Care Medicine”.

**Resultados:** Se han analizado 16 artículos. La duración de estancia (DEM) disminuyó con la mayoría de intervenciones; La mortalidad bajó en casi todos los casos; El delirio disminuyó con intervenciones de mejora del sueño, visitas flexibles y programas multicompetentes; La depresión y ansiedad disminuyó con apoyo psicológico y diarios mayormente; El trastorno de estrés postraumático (TEPT) bajó con psicoeducación y reducción de molestias; La comunicación aumentó la motivación del paciente.

**Discusión:** Existe variabilidad en cuanto a metodología y foco de estudio de los estudios. Aunque se conozcan los beneficios de la presencia familiar, la política de visitas sigue siendo restrictiva. Los estudios que abordaban varias intervenciones mostraron mejores resultados.

**Conclusión:** Los resultados sugieren que los cuidados humanizados conllevan mejoras en el bienestar del paciente. La intervención más aplicada fue la presencia familiar. El manejo del sueño, un paquete ABCDEF, cama universal y el apoyo familiar parecen disminuir la DEM. Este último aminoraba el delirio y la ansiedad. La mejora del sueño supuso mejoría en el delirio. La reducción de molestias, psicoeducación y diarios sugieren beneficios en la ansiedad, depresión y TEPT.

**Palabras clave:** Unidad de Cuidados Intensivos, humanización, bienestar del paciente, adulto.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS .....	5
3. METODOLOGÍA.....	5
4. RESULTADOS .....	7
4.1. Intervenciones dirigidas a la humanización de los cuidados. ....	8
4.2. Qué es lo que esperan y valoran los pacientes ingresados en la UCI.....	10
4.3. Los resultados que provocan en el bienestar los cuidados humanizados. ....	11
4.3.1. Resultados físicos .....	11
4.3.2. Resultados psicológicos .....	12
4.3.3. Otros resultados .....	14
5. DISCUSIÓN.....	15
6. CONCLUSIONES.....	17
7. BIBLIOGRAFÍA.....	20
8. ANEXOS.....	27

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1: Pirámide de evidencia científica.....	6
Imagen 2: Diagrama de flujo.....	8

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Descriptores y palabras clave correspondientes a los apartados PIO. ....	27
Anexo 2: Estrategias de búsqueda utilizadas en las distintas bases de datos. ....	28
Anexo 3: Criterios de inclusión y exclusión. ....	29
Anexo 4: Resultados de artículos.....	30
Anexo 5: Intervenciones clasificadas por artículos.....	35

## 1. INTRODUCCIÓN

La humanización de los cuidados es un tema al que se está haciendo referencia en los últimos años en la atención sanitaria en general y especialmente tras el estallido de la pandemia. En particular, llama la atención que se utilice este término en lo relativo a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Aunque sea un término al que se le está dando importancia en los últimos años, no es ajeno a la Enfermería. Partimos del acuerdo común de que las enfermeras cuidan a las personas: tanto sanas como enfermas; para evitar que las primeras enfermen y para ayudar a las enfermas a lograr un equilibrio en su salud (1). Dentro de las distintas autoras que han reflejado el cuidado en su obra, encontramos a *Marie Françoise Collière* (1930-2005), que lo definió como: "Acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables" (2). Si además atendemos a la definición de humanismo de la Real Academia Española (RAE): "Actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos", podemos considerar que el humanismo es, ya de por sí, intrínseco en el cuidado y, por ende, en la Enfermería (3).

Atendiendo a que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la humanización como "un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida" (4) y teniendo en cuenta las definiciones previas, podríamos decir que el cuidado humanizado es aquel acto de mantener la vida que mediante un proceso de comunicación y apoyo, asegura la satisfacción de necesidades de las personas y la transformación del espíritu de la vida considerando una concepción integradora de los valores humanos.

El cuidado humanizado se puede enmarcar dentro de los paradigmas de la integración y transformación definidos por Kérouac, et al. ya que son los más afines a esa visión integral del paciente que toda estrategia de humanización persigue (5). En el paradigma de integración, la persona es considerada un ser holístico y la coloca en el centro de los cuidados, pero interpretando siempre independientemente a la persona y lo que la rodea. Mientras el paradigma de transformación, engloba a la persona y lo que la rodea como una sola, defendiendo que cada parte interfiere en el resto. Define los cuidados de enfermería como una relación de colaboración entre enfermera y paciente (5). Ambos

defienden unos cuidados de enfermería dirigidos a lo que supone el bienestar para el paciente.

Por lo tanto, los cuidados humanizados están relacionados con una Enfermería holística que comprende y atiende a la persona en su totalidad. Enfermeras teorizadoras como Hildegard E. Peplau o Jean Watson también definieron los cuidados y la humanización de los mismos. Peplau publicó la teoría de las relaciones interpersonales, defendiendo que la enfermera acompaña a la persona a utilizar los recursos propios con el objetivo de conseguir el punto de bienestar más alto (6).

La teoría de Jean Watson por su parte, pertenece al paradigma de transformación y a la Escuela del Caring (cuidado) (7).

En la década de los 60, aumentó la necesidad de profesionalización de la enfermería y con ello la necesidad de investigación para buscar unas bases teóricas de lo que ya se llevaba practicando durante cientos de años (8). Si bien las teorías y modelos propios de los paradigmas de la integración y transformación podían ser una base en la que situar los cuidados humanizados, cabe destacar la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson. En ella, sostiene que más allá de las técnicas, hay que retornar a las bases del cuidado, específicamente al cuidado transpersonal, el cual depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana. Esta teoría se basa en la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la enfermera y el paciente (9).

En definitiva, teorías y modelos coinciden en concebir un cuidado más allá de los procedimientos en el que la enfermera está presente. Igual de importante que saber hacer bien los procedimientos, es saber ver, escuchar, tocar... al paciente con una actitud de empatía y apoyo (10).

Si bien consideramos que este tipo de cuidado humanizado debería aplicarse siempre en todos los ámbitos de la asistencia hospitalaria, debería estar presente especialmente con los pacientes más vulnerables, como lo son en cuidados intensivos. Se trata de pacientes críticos por su enfermedad grave y por los factores estresantes a los que se ven sometidos durante su ingreso (11), en el cual, los pacientes sufren una separación rápida de su vida cotidiana encontrándose en un espacio totalmente desconocido

rodeados de aparatos ruidosos, cables... lo que afecta en su estado psicoemocional (10).

Los pacientes ante el ingreso en la UCI, esperan curarse, pero también esperan el bienestar. De hecho, en ocasiones en las que la curación sea imposible o muy difícil, el bienestar será lo más importante. La tradicional hegemonía del paradigma biomédico y la cultura cerrada por la que se caracterizan estas unidades, ha convertido el entorno de la UCI en impersonal y la pandemia en concreto no ha ayudado en esta situación (10,11).

A raíz de la pandemia, han aumentado las restricciones en las visitas y se ha dado además el distanciamiento de los profesionales sanitarios por las medidas de prevención. Estudios de todo el mundo (Argentina, Italia, Francia...) justifican que, con el inicio de la pandemia, limitaron el número de visitantes en la mayoría de las UCI (12-14). En el Hospital Universitario Donostia pasó lo mismo. Con ello, probablemente hayan aumentado las necesidades de afecto de los pacientes.

Además de encontrarse en una situación vulnerable, entre un 30-50% de los pacientes ingresados en la UCI, sufren tras su estancia el síndrome post-cuidados intensivos, un síndrome que engloba síntomas físicos (alteraciones del sueño, úlceras por presión...), problemas de salud mental (ansiedad, depresión...), déficits cognitivos y problemas socioeconómicos (15).

En el proceso de mejorar dichos resultados junto con muchos otros, el desarrollo científico y tecnológico ha jugado un papel importante en las UCI, fortaleciendo así la investigación e innovación tecnológica: mejores recursos, tratamientos farmacológicos etc. Gracias a esto, han mejorado de forma considerable la supervivencia y las tasas de curación, reduciendo en un 10% la mortalidad de los pacientes (16). Sin embargo, la misma tecnificación ha provocado que el proceso de salud se centre más en la propia enfermedad y en la curación de la misma, pasando así a un segundo plano la propia persona enferma, olvidando sus sentimientos y valores (11). Como dice Heras G, et al. "la palabra *humano* se ha ido haciendo atronadoramente muda, como la H" (17).

Muchas veces, las enfermeras se encuentran en situaciones contrapuestas: al existir un predominio de la cultura científico-técnica y brindar cuidados más técnicos, son

incapaces de integrarlos con los cuidados basados en la empatía. Se contraponen el cuidado integral con el cuidado tecnológico. Es necesaria la combinación de estos dos para poder brindar cuidados holísticos y poder ver al paciente en su totalidad, ya que, si no se integran de forma conjunta, no se puede atender de una manera integral a la persona (18).

En los últimos años, se habla mucho de la atención centrada en el paciente (término muy utilizado en inglés como “Patient-Centered Care”), y es que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha motivado una estrategia global para integrar los cuidados centrados en la persona en el servicio de salud. Para ello, propone los siguientes cinco objetivos estratégicos: empoderar e involucrar a la población, fortalecer la gobernanza y responsabilidad, reorientar el modelo de atención, coordinar diferentes servicios y crear un ambiente apto. Dicha estrategia tiene como objetivo responder las necesidades y preferencias de la población y que los cuidados sean efectivos, seguros, oportunos, eficientes y de calidad (19).

El Departamento de Salud del Gobierno Vasco por su parte, presenta un Plan Estratégico para los años 2021-2024, en el que indica que el Departamento de Salud y Osakidetza, trabajarán en la cultura de humanización y en el cuidado centrado en la persona. Todo ello con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y la satisfacción tanto de pacientes como de profesionales; formando en competencias y habilidades relacionales, creando espacios más amables y desarrollando sistemas de información para incorporar resultados de la medicina basada en el valor y así conseguir unos cuidados centrados en el paciente (20).

No obstante, a pesar de que instituciones como las anteriores promulguen el cambio, en muchos casos, no se está trasladando a la práctica con las consecuencias que supone la falta de personalización o la deshumanización en el cuidado. Esto resulta especialmente relevante para poder ofrecer una atención de calidad y establecer una relación enfermera-paciente terapéutica (11).

Por ello, conociendo la situación de las UCI y de los pacientes ingresados en las mismas, en este Trabajo de Final de Grado (TFG) se plantea determinar el impacto que tienen los cuidados humanizados en el bienestar del paciente.

## 2. OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer el efecto de la implementación de cuidados humanizados en el bienestar del paciente adulto ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Objetivos específicos:

- Identificar intervenciones para fomentar el cuidado humanizado.
- Conocer las variables relacionadas con el bienestar que los pacientes perciben como más relevantes.
- Definir cuáles son las variables del bienestar que están influenciadas por los cuidados humanizados.

## 3. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica para responder la siguiente pregunta de investigación: “¿Cómo afecta la implementación de cuidados humanizados en el bienestar del paciente adulto ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos?”.

Teniendo esta misma pregunta como referencia, se estableció una estructura PIO (“Patient”; “Intervention”; “Outcomes”):

- P (Paciente): Paciente adulto ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- I (Intervención): Brindar cuidados humanizados enfermeros.
- O (Resultados): Conseguir el bienestar del paciente.

Tras concretar la pregunta siguiendo la estructura PIO, se han buscado los descriptores mediante los tesauros “Medical Subject Headings” (MeSH) y “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS) y las palabras clave correspondientes para cada apartado ( Véase *anexo 1*).

Después de definir los descriptores y palabras clave a utilizar en la búsqueda, se ha procedido a hacer una búsqueda en las bases de datos PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), CUIDEN y Ovid, combinando los descriptores y palabras clave con los operadores booleanos “AND” y “OR” ( Véase *anexo 2*).

A la hora de realizar la búsqueda, con el objetivo de realizar una revisión amplia en cuanto a idioma y fecha de publicación, se seleccionaron los siguientes filtros cuando fue posible: artículos publicados en los últimos diez años y que estuvieran escritos en los idiomas inglés o español.

Una vez definidos los filtros y realizadas las búsquedas, se han leído los títulos y resúmenes de los artículos con el objetivo de identificar aquellos que permitían responder a la pregunta de investigación y cumplían los criterios de inclusión (Véase *anexo 3*). En el proceso de selección también se ha tenido en cuenta el nivel de evidencia científica basándonos en la pirámide de la evidencia (Véase *imagen 1*).



Imagen 1: Pirámide de evidencia científica. Fuente: Elaboración propia.

Además de la búsqueda bibliográfica, se decidió revisar dos revistas específicas sobre la materia a estudio: “Critical Care Medicine” y “Enfermería Intensiva”.

Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión y tras la valoración de los mismos, se identificaron 16 artículos.

## 4. RESULTADOS

### **RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA**

Tras llevar a cabo el proceso de búsqueda, para una mejor comprensión de la selección de la búsqueda realizada y teniendo en cuenta los filtros y criterios de inclusión y exclusión, se creó un diagrama de flujo basándose en el modelo de Del Pino, et al. (Véase imagen 2).

Mediante las búsquedas en las bases de datos, se consiguieron 423 artículos y tras la aplicación de filtros 276 resultados. En el primer proceso de selección se leyeron y evaluaron los títulos y resúmenes y se observó si correspondían con los criterios de inclusión y exclusión. En este proceso se descartaron 147 artículos y se mantuvieron 93. Después, se realizó una segunda selección leyendo los textos completos de los 93 artículos obtenidos en la primera selección y se descartaron 45 artículos por no investigar el efecto de la humanización de los cuidados en el bienestar de los pacientes de la UCI. Finalmente, se seleccionaron 10 artículos de la búsqueda bibliográfica.

Se realizó también una búsqueda en las revistas “Critical Care Medicine” y “Enfermería Intensiva” con el objetivo de responder a la pregunta de investigación y se identificaron 160 trabajos potenciales por el tipo de metodología y año de publicación. Se evaluó el resumen y el título de 31 artículos. 14 de ellos no cumplían los criterios de selección por lo que se leyeron en texto completo 17 artículos. Finalmente, teniendo en cuenta los objetivos y criterios de inclusión del trabajo, se seleccionaron 6 artículos.

En suma, se han seleccionado 16 artículos para la realización de la revisión (Véase anexo 4). Cinco de ellos eran revisiones sistemáticas: 24, 28, 29, 32 y 36. Uno de ellos era un ensayo controlado aleatorizado polito (37). Tres eran cohortes (22, 25, 27) y uno era cohorte piloto (31); también había dos estudios cuasiexperimentales (23, 30); Había tres estudios cualitativos, todos ellos transversales: 33, 34, 35. También había un estudio de métodos mixtos: 26.

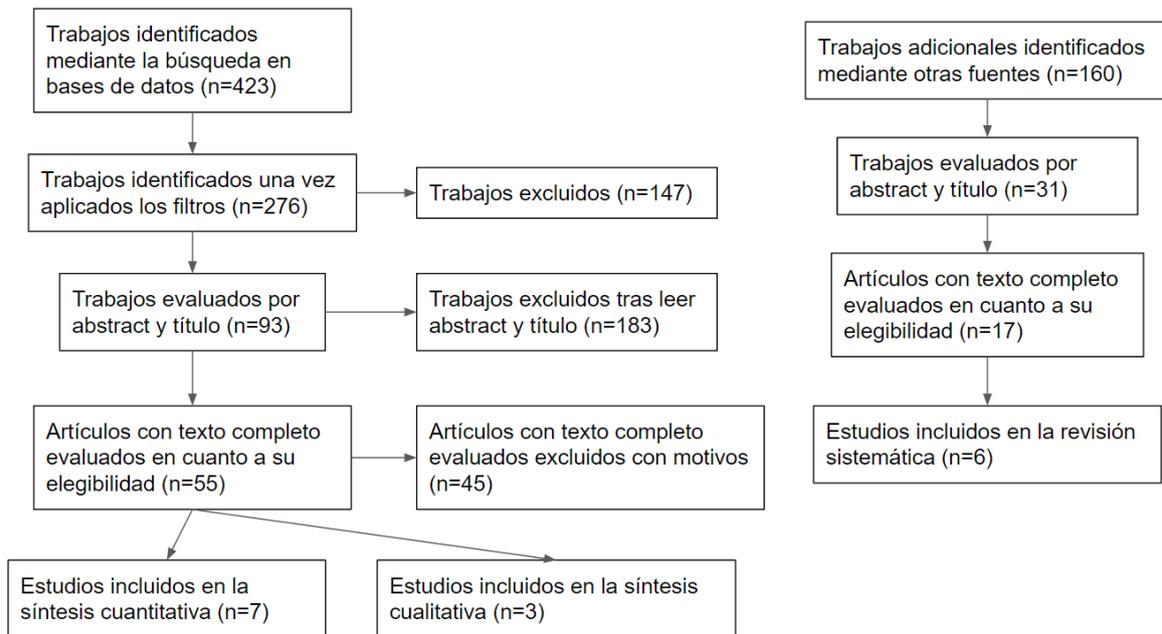


Imagen 2: Diagrama de flujo. Fuente: propia en base al diagrama de Del Pino, et al. (21).

Tras analizar los 16 artículos, los resultados están dirigidos a conocer cómo afectan los cuidados humanizados en el bienestar del paciente, y para ello, se han dividido en tres subgrupos con el fin de dar respuesta a los objetivos de este trabajo y a su vez, facilitar la lectura de los mismos:

- Intervenciones dirigidas a la humanización de los cuidados.
- Qué es lo que esperan y valoran los pacientes ingresados en la UCI.
- Los resultados que provocan en el bienestar los cuidados humanizados.

#### 4.1. Intervenciones dirigidas a la humanización de los cuidados.

Entre los 16 artículos analizados, había heterogeneidad en cuanto a las intervenciones aplicadas y variables investigadas ( Véase anexo 5).

La intervención más presente fue la **presencia familiar y las visitas flexibles**. En cinco artículos la intervención trató de aumentar el horario de visita o permitir al familiar pasar más tiempo de calidad con el paciente (22, 24, 27-29).

La realización de **rondas diarias y la comunicación** con el paciente fue la segunda intervención más examinada, estando presente en cuatro estudios (22,30-32). Dykes, et al. por ejemplo, ideó un plan de atención en el que médicos, residentes y enfermeras

hacían rondas diarias mediante la intervención PROSPECT (“Promoting Respect and Ongoing Safety through Patient Engagement Communication and Technology”) (30). Karnatovskaia, et al., intervino informando al paciente diariamente sobre la evolución de su ingreso y los elementos del tratamiento (31).

En dos estudios se pidió al paciente **evaluar el nivel de dolor** (22, 27). En tres, se aplicaron **programas de ejercicio y movilización** temprana, algunos de ellos incorporaron la fisioterapia (24, 27, 32). En dos se intervino disminuyendo la **sedación** una vez al día o administrando **analgésia** en los casos en los que fuera necesario (24, 27).

Dos artículos aplicaron intervenciones dirigidas a **reducir la incomodidad del paciente**, mediante la disminución del ruido y exceso de luz, teniendo en cuenta el hambre y la sed del paciente, la sensación de frío o calor, la intimidad etcétera (22, 23).

Otras intervenciones tenían como objetivo la **mejora del sueño**, entre ellas estaban las relacionadas con apagar las televisiones, atenuar la luz, agrupar actividades, evitar siestas excesivas etcétera (23, 36).

El **apoyo psicológico** fue una intervención aplicada en tres artículos (31, 32, 37). En otros tres los pacientes escribieron **diarios** todos los días (26, 32, 37).

En otros artículos se **modificó el entorno físico**, utilizando intervenciones muy distintas (24, 25, 26). Deng, et al. incluyó la utilización de máscaras, tapones para los oídos y los cambios en la terapia de la luz (24). Venditti lo hizo aplicando el concepto de cama universal (CCU) en la que el paciente tenía una habitación privada y se evitaban desplazamientos por el hospital (25). Sin embargo, Hoad, et al. colocó una pizarra en cada box para que el paciente o sus familiares pusieran información personal del mismo. En la pizarra aparecían el nombre o mote del paciente, sus hitos y temas importantes, mensajes tanto para el personal como para la familia etc. (26).

Cabe mencionar que en el estudio de Pun, et al., se aplicó un “paquete ABCDEF” que trataba de aplicar las siguientes seis intervenciones a los pacientes ingresados mínimo por un día en la UCI: Evaluar, prevenir y controlar el dolor; Ensayos de respiración y despertar espontáneos (elección de analgesia y sedación); Evaluación, prevención y

manejo del delirio; Movilidad temprana y ejercicio; Participación/empoderamiento de la familia (27).

#### 4.2. Qué es lo que esperan y valoran los pacientes ingresados en la UCI.

Para saber cómo afectan los cuidados humanizados en el bienestar del paciente crítico, es importante saber qué actos son los que valoran y esperan por parte de los profesionales de salud los pacientes ingresados en la UCI. Para ello, se han tenido en cuenta los resultados de tres estudios cualitativos (33-35) en los que se analiza eso mismo.

Los pacientes valoraban poder **comunicarse** con su familia provocando esto mejores resultados: se sentían más seguros y protegidos con la presencia de su familia y experimentaban ansiedad, miedo y soledad especialmente cuando se les dejaba solos (33-35).

Además, los pacientes valoraban el **tiempo y esfuerzo** realizado por el equipo ya que los hacía sentir menos solos y con menos miedo; algunos pacientes sentían que se cubrían los aspectos esenciales y que a través de una buena comunicación el equipo brindaba atención exhaustiva. Para 11 pacientes del estudio de Auriemma, et al., no poder comunicarse era peor que la muerte (33).

En el estudio de Connelly, et al. la compañía e interacción era una necesidad descrita por los ingresados, además del cuidado tanto espiritual como personal (la comida, la ducha y el cuidado del pelo) (34). Los minutos u horas que pasa el profesional de salud (y, por lo tanto, Enfermería) comunicándose con el paciente es un momento en el que interactúa con el mismo, ya que uno de los sentimientos más expresados era la soledad; un paciente refería sentir soledad rodeado de tanta gente (35).

El **ruido** era una de las palabras que los pacientes utilizaban al definir la UCI, ya que para ellos jugaba un papel importante en el descanso, llegando a solicitar tapones y máscaras para hacerle frente (34). Eso mismo, los hacía sentirla desconocida y aterradora y apreciaron cuando la enfermera creó un ambiente tranquilo (35).

Los pacientes apreciaban las medidas tomadas por el personal para evitar **dolor** y proporcionar **comodidad** (33). Muchos refirieron que el manejo del dolor era lo más importante al influir en otras funciones como la movilización y el sueño (34).

#### 4.3. Los resultados que provocan en el bienestar los cuidados humanizados.

Tras saber qué actos son a los que los pacientes le dan importancia, es relevante conocer la razón por la que interesa brindar cuidados humanizados y qué cambios provocan los mismos en los resultados del bienestar del paciente.

Debido a la heterogeneidad de los artículos se ha decidido agrupar los resultados en los siguientes subgrupos:

- Físicos: Duración de la estancia media (DEM) y mortalidad.
- Psicológicos: Depresión y ansiedad, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), comunicación y delirio.
- Otros resultados: La aparición de úlceras por presión (UPP), caídas, neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM)...

##### 4.3.1. Resultados físicos

Entre los resultados físicos, se encuentran aquellos que influyen en el bienestar físico del paciente, en este caso, la DEM y la mortalidad.

La DEM, ha sido una variable investigada en cinco artículos (24, 25, 27, 29, 36) y la mortalidad se ha investigado en cuatro artículos (24, 27, 28, 29).

La **DEM** se vio disminuida tanto en UCI como en hospitalización en los casos en los que se aplicó el “paquete ABCDEF” completo. La probabilidad de alta aumentó un 17% en UCI y un 19% en hospitalización. Disminuyó también un 46% el riesgo de reingreso en UCI y un 36% la probabilidad de ser dados de alta a un destino que no fuera el domicilio (27).

Lee, et al. estudiaron el apoyo familiar, encontraron que cuando los pacientes recibieron apoyo familiar durante la estancia, disminuyó la DEM tanto en UCI como en el hospital (29). En esta, se encontró que las intervenciones de apoyo familiar redujeron

significativamente la DEM en la UCI alrededor de 1 día y la duración en el hospital alrededor de 4 días. Sobre todo, vieron que estas intervenciones fueron beneficiosas con intervención proactiva (<72h) y las DEM posteriores a la intervención (29).

Venditti, comparó una Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) y una con concepto de cama universal (CCU), observó que la duración de la estancia en UCIC fue de 7 días al lado de 6 en la de CCU (25).

En una revisión sistemática en la que intervinieron con el objetivo de mejorar el sueño, vieron que, con un programa de intervenciones múltiples y medidas farmacológicas, los pacientes tenían estancias más reducidas en dos de cinco estudios (36).

Respecto a **la mortalidad**, en la revisión de Lee, et al. la tasa referente a la UCI no fue significativamente diferente entre los grupos de intervención y control (29). Esto, también lo vieron Nassar Junior, et al. en una revisión sistemática en la que comparaban políticas de visitas flexibles y restrictivas (28).

En el estudio en el que se aplicó un “paquete ABCDEF” vieron que los pacientes con rendimiento completo del paquete tenían una menor probabilidad de muerte en cualquier momento dentro de los siguientes 7 días de observación, comparando con los pacientes que no habían recibido el paquete completo (27).

En la revisión sistemática realizada por Deng, et al. en la que se estudiaba el efecto de diferentes intervenciones en la prevención del delirio, vieron que la implementación de un programa de ejercicios reducía la mortalidad del paciente en comparación con otras intervenciones (24).

Esta y otras intervenciones como la participación familiar o la modificación del entorno físico no tuvieron una eficacia significativa en la DEM (24). La aplicación de múltiples intervenciones para prevenir el delirio fue la más efectiva (24).

#### 4.3.2. Resultados psicológicos

Los resultados psicológicos son aquellos que afectan al bienestar psicológico del paciente generando síntomas como podrían ser el delirio, la ansiedad y depresión y el

TEPT. Además, dentro de este apartado, también se ha añadido el efecto de la comunicación.

Respecto al **delirio**, varias intervenciones como las visitas flexibles y la participación familiar reducían la incidencia y la duración del mismo (24, 28). Deng, et al. vieron que además de la participación familiar, los estudios de múltiples intervenciones para reducir el delirio mejoraron la incidencia del mismo en comparación con la atención habitual, la disminución de sedación y la mejora del entorno físico (24). No encontraron diferencias significativas entre estas intervenciones y la duración del delirio (24).

En la revisión sistemática realizada por Flannery, et al. en la que evaluaron si las intervenciones dirigidas a mejorar el sueño influenciaron en el delirio, de cuatro estudios tres demostraron una duración reducida (36). Además, seis estudios de diez informaron reducciones en la tasa de aparición del delirio (36). Kamdar, et al. midieron el delirio interviniendo en la mejora del sueño, y observaron una reducción de la incidencia y el estado de delirio diario en la UCI (23).

En cuanto a los síntomas de **depresión y ansiedad**, los pacientes que recibieron la intervención de apoyo psicológico obtuvieron una puntuación más baja en la subescala de depresión y en la de ansiedad en el caso de los pacientes ventilados (31). En cuanto al **TEPT**, no hubo diferencias significativas (31).

En el caso de los pacientes con visitas flexibles, se observaron síntomas de ansiedad menos graves, pero no hubo diferencias en los síntomas de depresión (28).

En la cohorte de Kalfon, et al. observó que intervenciones para reducir las molestias no influyeron en los síntomas de ansiedad y depresión en el momento del ingreso, pero sí en los síntomas de ansiedad al año y en la aparición del TEPT (22).

En la revisión sistemática realizada por Geense, et al. concluyeron que en dos estudios de diarios de la UCI, hubo diferencias significativas en la depresión y ansiedad entre el alta y 3 meses después. Sin embargo, los servicios de seguimiento, los programas psicosociales y los programas de ejercicio y rehabilitación física no se relacionaron con diferencias en la depresión, la ansiedad ni el TEPT (32).

Kredentser, et al. observaron una disminución en las tasas de ansiedad y depresión a los 90 días en pacientes que habían recibido la intervención de diarios, además de la reducción del TEPT en los que recibieron psicoeducación. En cuanto a los que recibieron psicoeducación y la aplicación de diarios, la depresión y el TEPT disminuyó entre los 30 y 90 días posteriores al alta (37).

Respecto a **la comunicación**, al poner en marcha el “Proyecto Footprints” vieron que las relaciones profesional-paciente eran más profundas y aumentaba la cultura de comunidad junto con la comunicación interdisciplinaria. Al tratarse de un proyecto en el que el paciente o sus familiares escribían en una pizarra datos sobre la vida del paciente facilitó la atención holística o el “Patient-Centered Care” ya que motivaba al paciente: uno refirió sentirse más allá que un paciente como padre, tío... y otro sintió que tenía algo por lo que luchar (26).

Dykes, et al. tras aplicar rondas diarias, concluyó que la satisfacción del paciente mejoró de 71,8 a 93,3 (30).

#### 4.3.3. Otros resultados

Además de los efectos físicos y psicológicos que tienen algunas intervenciones humanizadoras, también influyen en otros aspectos como pueden ser la aparición de UPP, las caídas, NAVM etc.

En el estudio de Dykes, et al. observaron que las rondas diarias mejoran los efectos adversos como las **caídas**, la aparición de **UPP** y las **infecciones asociadas** tanto al sondaje vesical como al catéter central (30).

Además, un estudio que comparó una UCIC y una con CCU, observaron que los pacientes en CCU tenían un 76,5% menos probabilidad de caerse porque la habitación proporcionó a las enfermeras poder sentarse fuera de la habitación y tener más visibilidad. También descubrieron una UPP más en CCU y más incidencia de **NAVM** (25).

El estudio de Pun, et al. reveló que la presencia familiar, el manejo del delirio y el dolor, los ensayos de respiración y la movilidad temprana disminuyen el uso de **ventilación**

**mecánica** y el uso de **contenciones** al día siguiente a aplicar el “paquete ABCDEF” completo en los pacientes. Por otro lado, aumentaba **el dolor** significativo descrito por los pacientes, aunque se asocia con el aumento de evaluación del dolor (27).

Respecto al **ruido** que definían molesto los pacientes de UCI, Kamdar, et al. observaron que una intervención de mejora de sueño y delirio (apagar televisores, atenuar luces, agrupar actividades etc.) mejoraba las calificaciones diarias de ruido (23).

## 5. DISCUSIÓN

Los resultados ponen en manifiesto que los pacientes tratados por una enfermera que aplica cuidados humanizados, tienen mejores resultados tanto físicos como psicológicos. En cuanto a indicadores de la dimensión física, se ha observado una disminución en la aparición de UPP y de caídas.

Los trabajos seleccionados presentaban variabilidad en cuanto a metodología y foco de estudio. No en todos los estudios se investigaba el efecto en las mismas variables del bienestar ni con las mismas intervenciones. Además, algunos artículos eran revisiones bibliográficas mientras otros eran estudios de investigación.

Se ha observado que la presencia familiar puede ser beneficiosa para reducir la DEM, los síntomas de ansiedad y duración e incidencia del delirio (24, 27, 28). Es importante tener en cuenta que al tratarse de un paciente crítico que en muchos casos está sedado o polineuropático, la familia juega un papel importante.

Aunque se tenga constancia de estos beneficios, la política de visitas sigue siendo restrictiva en los hospitales españoles; según el estudio de Escudero, et al. solamente un 3,8% de las UCI tiene horario abierto 24h y un 9,8% horario abierto solamente diurno (38). Además, en la mayoría de los casos el tiempo de visita es de entre 30 minutos y 1 hora (38). Por el contrario, en otros países como Suecia, el 70% de las UCI son abiertas, en el caso de EE. UU. un 32% y en Reino Unido el 22% (39). Por lo tanto, teniendo en cuenta la evidencia de los resultados beneficiosos, sería conveniente saber por qué no hay una mayor flexibilidad con los horarios de visita y cómo podría hacerse para conseguir unas UCI con políticas de visita más flexibles.

Respaldao esta idea, en 2014 surge Proyecto HU-CI (Humanización de los Cuidados Intensivos), cuyo objetivo es recuperar la visión integral del paciente. Propone la evaluación de la atención y rediseñar la asistencia sanitaria colocando a la persona en el centro del escenario. Busca evaluar diferentes áreas, abordándolas desde una triple perspectiva considerando a los profesionales, los pacientes y sus familiares (11).

Investigaciones en las que se aplicaron múltiples intervenciones, fueron efectivas en la mejora del delirio y el sueño, la duración de la estancia y en la mejora de resultados clínicos (24, 36). Esto puede deberse a que al abordar diferentes intervenciones con un mismo objetivo son más prometedoras y no sorprende que se obtengan mejores resultados. Sin embargo, no hay evidencia suficiente que respalde que las estrategias con múltiples intervenciones sean más prometedoras que las de una sola intervención (40).

Otro resultado claro ha sido que los pacientes valoran el tiempo y esfuerzo realizado por los trabajadores, considerando la comunicación una necesidad (33), por lo tanto, sería recomendable hacer hincapié en la importancia de esto, instruyendo tanto a estudiantes como a profesionales.

Por otro lado, aunque se ha visto que el trato humanizado es efectivo en la reducción de infecciones relacionadas con catéteres y sondas, contenciones, caídas y el uso de la ventilación mecánica, la evaluación del dolor ha sido mayor en el caso de los pacientes con intervenciones humanizadoras (27). Esto puede deberse a que al realizar rondas diarias y preguntar al paciente por el dolor, la comodidad y otras cuestiones, se pasa más tiempo acompañándolo y, por lo tanto, es más fácil la detección del mismo.

En la misma línea, Venditti observó que los pacientes con concepto de cama universal presentaron 2 UPP mientras en la UCIC tenían un caso. Puede asociarse a un aumento de detección por el incremento de vigilancia y cuidado del paciente. Así mismo, estos pacientes tenían menos probabilidad de caerse (25).

En cuanto a la muestra de pacientes seleccionada, hubo diferencias entre unos estudios y otros. Entre los artículos cualitativos, Connelly, et al. seleccionó una mayor muestra de pacientes que Auriemma, et al. y Rodríguez-Almagro, et al., siendo esta de 196 y los

dos restantes de 13 y 9 pacientes. Cabe destacar también que estos dos últimos incluyeron a familiares mientras que Connelly, et al. no lo hizo (33-35).

En los estudios de Hoad, et al. y Rodríguez-Almagro, et al., además de evaluar a los pacientes ingresados en UCI, también se evaluó la opinión acerca de la aplicación del cuidado en médicos y enfermeras (26, 35).

Respecto a las limitaciones de la revisión, se podría mencionar el hecho de haber estudiado el efecto de los cuidados humanizados a rasgos generales, es decir, se ha visto el efecto de diferentes intervenciones en distintas variables, pero no se ha centrado el trabajo en una intervención humanizadora en concreto. Eso quizá hubiera ayudado más a saber el efecto de dicha intervención más profundamente, aunque tampoco era el objetivo del trabajo.

Respecto a los puntos fuertes del trabajo, sería destacable que la temática de la revisión es actual como se ha justificado en la introducción, además de tratarse de un tema novedoso en cuanto al trabajo que desempeña enfermería en las UCI. Aunque haya evidencia sobre los efectos que tiene la humanización de los cuidados en general, no hay mucha evidencia específica sobre el efecto de intervenciones concretas y esto podría provocar el estancamiento de mejoras.

Por último, mencionar que algunas intervenciones sean efectivas o no en la mejora de resultados clínicos, sí provocan bienestar psicológico en el paciente y los hace sentir más seguros, por lo que deberían ser razón suficiente para aplicarlas.

## **6. CONCLUSIONES**

Los resultados de esta revisión dejan patente que todavía queda mucho por hacer en cuanto a humanizar las UCI. Muchos de los cuidados dependen de que los hospitales y diferentes entidades tomen medidas de mejora, como por ejemplo modificar la infraestructura de la UCI. Pero muchos otros dependen solamente de la enfermera que cuida, ya que está a su alcance favorecer la comodidad del paciente con actos tan sencillos como dejando una luz tenue al irse del box o intentando hablar más bajo.

En cuanto al efecto de la implementación de cuidados humanizados en el bienestar del adulto ingresado en la UCI, los resultados sugieren cambios en variables físicas y psicológicas. En cuanto a los resultados físicos, insinúan que las intervenciones de manejo del sueño, la aplicación de un “paquete ABCDEF”, cama universal y el apoyo familiar disminuyen la DEM. Este último parece no ser efectivo para aminorar la mortalidad, pero sí resultados psicológicos como la duración e incidencia del delirio y los síntomas de ansiedad. Además, parece aportar seguridad y menos miedo y soledad a los pacientes.

Intervenciones dirigidas a la mejora del sueño, aparentaron mostrar mejoras en el delirio, pero no las intervenciones de ejercicio, apoyo familiar o reducción de sedación. La reducción de molestias, la psicoeducación y escribir diarios, sugieren resultados beneficiosos en los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT al alta. No fue así con los programas psicosociales, de seguimiento y de ejercicio.

Las rondas diarias o la aplicación de una pizarra en el box, parece ser efectivo para aumentar la satisfacción y motivación de los ingresados, además de aumentar la atención holística. Los enfermos valoran el tiempo y esfuerzo realizado por los trabajadores y consideran la comunicación una necesidad.

Además, se ha visto que el trato humanizado puede ser efectivo en la reducción de infecciones relacionadas con catéteres y sondas, contenciones, caídas y el uso de la ventilación mecánica, pero no en la evaluación del dolor.

Entre las intervenciones para fomentar el cuidado humanizado los estudios seleccionados aplicaron las siguientes: la presencia familiar, las rondas diarias y comunicación, valoración y control del dolor, movilización y ejercicio, analgesia y sedación, reducción de la incomodidad, la mejora del sueño, el apoyo psicológico, escritura de diarios y la modificación del entorno físico. La que más se aplicó fue la de presencia familiar y visitas, seguida de las rondas diarias y comunicación.

Las variables relacionadas con el bienestar que los pacientes perciben como más relevantes eran: la comunicación con la familia, sintiéndose así más seguros y protegidos; el tiempo y esfuerzo realizado por el equipo los hacía sentir menos solos; definían la UCI como ruidosa, eso mismo, los hacía percibirla desconocida y aterradora;

apreciaban las medidas tomadas por el personal para evitar dolor y proporcionar comodidad.

Entre las variables del bienestar a estudio, parece que los cuidados humanizados han influenciado en lo siguiente: la duración de la estancia, disminuyendo alrededor de un día en la mayoría de casos; La mortalidad, disminuyendo en todos los casos menos en aquellos que intervienen con visitas y apoyo familiar; La duración e incidencia del delirio se ha visto disminuida con intervenciones de mejora del sueño y visitas flexibles, sin embargo, aunque los programas multicompetentes han sido efectivos en la incidencia, no influyeron en la duración; La depresión y ansiedad puede que se vea disminuida con apoyo psicológico y diarios, la ansiedad también parece disminuir con la reducción de molestias y visitas flexibles; El TEPT parece disminuir con psicoeducación y la reducción de molestias; Por último, la comunicación parece que fue efectiva para aumentar la motivación y satisfacción del paciente.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Henderson V. The concept of nursing. JAN [Internet]. 2006 [consulta 01/2022]; 53 (1): 21-31. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.ehu.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x?sid=worldcat.org>
- (2) Collière MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
- (3) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23a ed. Madrid: Espasa; 2014.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Global Observatory. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-key-statistics-03-11-2017.pdf>
- (5) Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier; 2005.
- (6) Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990.
- (7) Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cubana de Enferm [Internet]. 2015 [consulta, 01/2021]; 31 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192015000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006)
- (8) Watson J. Postmodernism and knowledge development in nursing. NSQ. 1995; 8(2): 60-4.
- (9) Guerrero R, Meneses ME, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. Rev Enferm Herediana [Internet]. 2016 [consulta 01/2022]; 9 (2): 127-136. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
- (10) Del Valle L, Palop J. El cuidado invisible. Necesidades psicoemocionales del paciente crítico en Unidades de Cuidados Intensivos. Ética de los Cuidados [Internet]. 2018 [consulta 01/2022]; 11. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e11388>

- (11) Velasco JM, Heras G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. *Ética de los cuidados: Humanización en salud* [Internet]. 2017 [consulta, 12/2021]; 10 (20). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>
- (12) Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimen Crit Care Nurs* [Internet]. 2014 [consulta, 01/2022]; 33 (4): 181-93. Disponible en: [https://journals.lww.com/dccjournal/Fulltext/2014/07000/Open\\_Intensive\\_Care\\_Units\\_A\\_Global\\_Challenge\\_for.2.aspx](https://journals.lww.com/dccjournal/Fulltext/2014/07000/Open_Intensive_Care_Units_A_Global_Challenge_for.2.aspx)
- (13) Casabella CA, Pálizas F, Solano CA, Guantay ME, Garay CD. Cambios en las visitas a cuidados intensivos durante la pandemia COVID-19. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2020 [consulta, 01/2022]; 80 (6): 119-20. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802020001000119](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020001000119)
- (14) Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann. Intensive Care* [Internet]. 2020 [consulta, 01/2022]; 10 (1): 1-9. Disponible en: [https://link.springer.com/article/10.1186/s13613-020-00702-7?utm\\_source=getftr&utm\\_medium=getftr&utm\\_campaign=getftr\\_pilot](https://link.springer.com/article/10.1186/s13613-020-00702-7?utm_source=getftr&utm_medium=getftr&utm_campaign=getftr_pilot)
- (15) Stollings JL, Caylor MM. Postintensive care syndrome and the role of a follow-up clinic. *Am J Health Syst Pharm* [Internet]. 2015 [consulta, 02/2022]; 72 (15): 1315-23. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/72/15/1315/5111458?login=false>
- (16) Abella A, Torrejón I, Enciso V, Hermosa C, Sicilia JJ, Ruiz M, et al. ICU without walls project. Effect of the early detection of patients at risk. *Med Intensiva (English Edition)* [Internet]. 2013 [consulta, 02/2022]; 37 (1): 12-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173572713000052>
- (17) Heras G, Zaforteza C. HUCI se escribe con H de HUMANO. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2014 [consulta, 12/2021]; 25 (4): 123-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-huci-se-escribe-con-h-S113023991400087X>

(18) Carrasco A, Delfino M, González P, Margel G, Pi MV. El cuidado humano Reflexiones (inter)disciplinarias [Internet]. Ed 1. Montevideo; 2011 [consulta, 01/2022]. Disponible en:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9624/1/El%20cuidado%20humano%20reflexiones%20interdisciplinarias.pdf>

(19) Organización Mundial de la Salud. Placing people and communities at the centre of health services. WHO global strategy on integrated people-centred health services. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2015.

(20) Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Marco Estratégico 2021-2024. Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2020. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco\\_estrategico\\_2021\\_2024/es\\_de\\_f/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco_estrategico_2021_2024/es_de_f/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf)

(21) Del Pino R, Martínez JR. Manual para la elaboración y defensa del trabajo fin de Grado en Ciencias de la Salud. Madrid: Elsevier Sci; 2015.

(22) Kalfon P, Alessandrini M, Boucekine M, Renoult S, Geantot MA, Deparis-Dusautois S, et al. Tailored multicomponent program for discomfort reduction in critically ill patients may decrease post-traumatic stress disorder in general ICU survivors at 1 year. Intensive Care Med [Internet]. 2019 [consulta 01/2022]; 45 (2): 223-35. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-018-05511-y>

(23) Kamdar BB, King LM, Collop NA, Sakamuri S, Colantuoni E, Neufeld KJ, et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. Crit Care Med [Internet]. 2013 [consulta, 01/2022]; 41 (3): 800-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3579000/>

(24) Deng L, Cao L, Zhang L, Peng X, Zhang L. Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis. J Crit Care [Internet]. 2020 [consulta, 01/2022]; 60: 241-8. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.ehu.idm.oclc.org/science/article/pii/S0883944120306651>

(25) Venditti A. Patient-centered care: Impacting quality with the acuity adaptable model. Nurs Manage [Internet]. 2015 [consulta, 01/2022]; 46 (7): 36-42. Disponible en: [https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2015/07000/Patient\\_centered\\_care\\_Impacting\\_quality\\_with\\_the.10.aspx](https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2015/07000/Patient_centered_care_Impacting_quality_with_the.10.aspx)

(26) Hoad N, Swinton M, Takaoka A, Tam B, Shears M, Waugh L, et al. Fostering humanism: a mixed methods evaluation of the Footprints Project in critical care. BMJ Open [Internet]. 2019 [consulta, 01/2022]; 9 (11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6830601/>

(27) Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for critically ill patients with the ABCDEF bundle: results of the ICU liberation collaborative in over 15,000 adults. Crit Care Med [Internet]. 2019 [consulta, 01/2022]; 47 (1): 3-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6298815/>

(28) Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med [Internet]. 2018 [consulta, 01/2022]; 46 (7): 1175-80. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2018/07000/Flexible\\_Versus\\_Restrictive\\_Visiting\\_Policies\\_in.18.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2018/07000/Flexible_Versus_Restrictive_Visiting_Policies_in.18.aspx)

(29) Lee HW, Park Y, Jang EJ, Lee YJ. Intensive care unit length of stay is reduced by protocolized family support intervention: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med [Internet]. 2019 [consulta, 01/2022]; 45 (8): 1072-81. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-019-05681-3>

(30) Dykes PC, Rozenblum R, Dalal A, Massaro A, Chang F, Clements M, et al. Prospective evaluation of a multifaceted intervention to improve outcomes in intensive care: the promoting respect and ongoing safety through patient engagement communication and technology study. Crit Care Med [Internet]. 2017 [consulta, 01/2022]; 45 (8): e806-13. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/ccm/2017/00000045/00000008/art00008>

(31) Karnatovskaia LV, Varga K, Niven AS, Schulte PJ, Mujic M, Gajic O, et al. A pilot study of trained ICU doulas providing early psychological support to critically ill patients. Crit Care [Internet]. 2021 [consulta, 01/2022]; 25 (1): 446. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8691072/>

(32) Geense WW, van den Boogaard M, van der Hoeven JG, Vermeulen H, Hannink G, Zegers M. Nonpharmacologic interventions to prevent or mitigate adverse long-term outcomes among ICU survivors: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med [Internet]. 2019 [consulta, 01/2022]; 47 (11): 1607-18. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2019/11000/Nonpharmacologic\\_Interventions\\_to\\_Prevent\\_or.17.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2019/11000/Nonpharmacologic_Interventions_to_Prevent_or.17.aspx)

(33) Auriemma CL, Harhay MO, Haines KJ, Barg FK, Halpern SD, Lyon SM. What matters to patients and their families during and after critical illness: a qualitative study. Am J Crit Care [Internet]. 2021 [consulta, 01/2022]; 30 (1): 11-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8101225/>

(34) Connelly C, Jarvie L, Daniel M, Monachello E, Quasim T, Dunn L, et al. Understanding what matters to patients in critical care: An exploratory evaluation. Nurs Crit Care [Internet]. 2020 [consulta, 01/2022]; 25 (4): 214-20. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.ehu.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/nicc.12461?sid=worldcat.org>

(35) Rodriguez-Almagro J, Quero MA, Aznar E, Fernandez-Espartero MDM, Ortiz F, Soto V, et al. Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study. Scand J Caring Sci [Internet]. 2019 [consulta, 01/2022]; 33 (4): 912-20. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.ehu.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/scs.12689?sid=worldcat.org>

(36) Flannery AH, Oyler DR, Weinhouse GL. The impact of interventions to improve sleep on delirium in the ICU: a systematic review and research framework. Crit Care Med [Internet]. 2016 [consulta, 01/2022]; 44 (12): 2231-40. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2016/12000/The\\_Impact\\_of\\_Interventions\\_to\\_Improve\\_Sleep\\_on.14.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2016/12000/The_Impact_of_Interventions_to_Improve_Sleep_on.14.aspx)

(37) Kredentser MS, Blouw M, Marten N, Sareen J, Bienvenu OJ, Ryu J, et al. Preventing posttraumatic stress in ICU survivors: a single-center pilot randomized controlled trial of ICU diaries and psychoeducation. Crit Care Med [Internet]. 2018 [consulta, 01/2022]; 46 (12): 1914-22. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2018/12000/Preventing\\_Posttraumatic\\_Stress\\_in\\_ICU\\_Survivors\\_.4.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2018/12000/Preventing_Posttraumatic_Stress_in_ICU_Survivors_.4.aspx)

(38) Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina M, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Rev Calid Asist [Internet]. 2015 [consulta, 12/2021]; 30 (5): 243-50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X15001013?via%3Dihub>

(39) Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. Intensive Care Med [Internet]. 2013 [consulta 03/2022]; 39 (12): 2180-7. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-013-3087-5>

(40) Song F, Altman DG, Glenny A, Deeks JJ. Validity of indirect comparison for estimating efficacy of competing interventions: empirical evidence from published meta-analyses. BMJ [Internet]. 2003 [consulta, 03/2022]; 326 (7387): 472. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/326/7387/472>



## 8. ANEXOS

Anexo 1: Descriptores y palabras clave correspondientes a los apartados PIO. Fuente: Elaboración propia.

Apartados	MeSH	DeCS	Palabras clave
Paciente adulto ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos.	Intensive Care Units	Unidades de Cuidados Intensivos	"Unidad de cuidados intensivos"
	Patient	Paciente	
	Adult		
Brindar cuidados humanizados enfermeros.	Holistic Nursing	Enfermería Holística	
	Patient-Centered Care		"Atención al paciente"
			Humanización <i>Humaniz*</i> <i>Humanis*</i>
	Nursing		
Conseguir el bienestar del paciente.	Patient Comfort		

Notas de tabla: MeSH: Medical Subject Headings; DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

Anexo 2: Estrategias de búsqueda utilizadas en las distintas bases de datos. Fuente: Elaboración propia.

Base de datos	Búsqueda	Resultados	Filtros	Resultados con filtros	Seleccionados	Fecha de búsqueda
PubMed	(Intensive Care Units) AND (Patient) AND (Humaniz* OR Humanis* OR (Holistic Nursing) OR (Patient-Centered Care)) AND (Patient Comfort)	58	10 años Español Inglés	40	2	01/2022
	((Intensive Care Units) AND (Adult)) AND ((Humanis*) OR (Humaniz*) OR (Patient-Centered Care)) AND (Nursing)	225	10 años Español Inglés	171	7	01/2022
BVS	(Unidades de Cuidados Intensivos) AND (Paciente) AND (Enfermería Holística)	38	10 años Español Inglés	8	0	01/2022
CUIDEN	(([cla=Humanización]) OR ([cla=Atención al paciente])) AND ([cla=Unidad de Cuidados Intensivos])	94	10 años	54	0	01/2022
OVID	(Intensive Care Units) AND (Patient-Centered Care) AND (Patient Comfort)	8	10 años	5	1	01/2022

Notas de tabla: BVS: Biblioteca Virtual de la Salud.

Anexo 3: Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Elaboración propia.

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Estudios realizados en UCI de adultos.	Estudios realizados en UCI pediátrica o neonatal exclusivamente.
Estudios cuyos objetivos fueran conocer cómo se sienten los pacientes en la UCI y cómo afecta el cuidado humanizado tanto en la dimensión física como en la emocional.	Artículos que tuvieran como objetivo el efecto de los cuidados en el proceso de muerte o duelo.
Artículos cuyas intervenciones estuvieran centradas en la persona ("Patient-Centered Care"), la humanización de los cuidados o similares.	Artículos que solo incluyeran intervenciones centradas en la familia ("Family-Centered Care").

Anexo 4: Resultados de artículos. Fuente: Elaboración propia.

Autores	Tipo de estudio / Año de publicación / Lugar de publicación	Muestra	Objetivo	Resultado / Conclusión
Kalfon, et al. (22)	Cohorte prospectiva observacional. 2019 Francia.	1537 supervivientes de UCI.	Evaluar si un programa multicomponente personalizado para la reducción de la incomodidad fue eficaz para reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) al año en los supervivientes de la UCI.	Los pacientes expuestos tenían significativamente menos probabilidades que los no expuestos de tener síntomas sustanciales de TEPT al año.
Kamdar, et al. (23)	Estudio cuasiexperimental observacional. 2013 EE. UU.	300 pacientes de UCI médica.	Determinar si una intervención de mejora de la calidad mejora el sueño y el delirio/cognición.	Los resultados primarios de la UCI fueron la calidad del sueño percibida y las calificaciones de ruido y días sin delirio/coma. Los resultados secundarios incluyeron la duración de la estancia en la UCI y en el hospital y la mortalidad. Se evaluaron las medidas de cognición y la calidad del sueño percibida después de la UCI en un subconjunto de pacientes de la UCI. Durante las etapas de línea de base y de mejora de la calidad del sueño, hubo 122 y 178 pacientes, respectivamente, con más de una noche en la UCI, lo que representa 634 y 826 días-paciente. Dentro de los grupos, 78 (63,9%) y 83 (46,6%) pacientes recibieron ventilación mecánica. Durante el período de mejora de la calidad de 826 días-paciente, las tasas de finalización de los elementos de la lista de verificación oscilaron entre el 86 % y el 94 %. En el análisis de regresión multivariable de la mejora de la calidad frente a las etapas de referencia, Las mejoras en las calificaciones generales de la calidad del sueño del Cuestionario del Sueño de Richards-Campbell no alcanzaron significación estadística, pero hubo mejoras significativas en las calificaciones diarias de ruido, incidencia de delirio/coma y estado libre de delirio/coma diario. Las mejoras en los resultados secundarios de la UCI y los resultados posteriores a la UCI no alcanzaron significación estadística. y estado libre de delirio/coma diario.
Deng, et al. (24)	Revisión sistemática. 2020 China.	26 estudios.	Comparar las intervenciones no farmacológicas en su capacidad para prevenir el delirio en pacientes críticos y encontrar el régimen óptimo de tratamiento.	Los estudios se agruparon en siete tipos de intervención: intervención del entorno físico (EF), reducción de la sedación, participación familiar (PF), programa de ejercicios (PE), mejora de la hemodinámica cerebral, estudios multicompetentes (MLT), y atención habitual. En cuanto a reducir la incidencia de delirio, las dos intervenciones más efectivas fueron PF y MLT. Aunque todas las intervenciones demostraron una eficacia no significativa con respecto a la duración del delirio y la duración de la estancia del paciente en la UCI, MLT resultó ser la más efectiva. Además, PE facilitó una reducción significativa de la mortalidad hospitalaria.

(Continuación del anexo 4)

Autores	Tipo de estudio / Año de publicación / Lugar de publicación	Muestra	Objetivo	Resultado / Conclusión
Venditti (25)	Cohorte retrospectiva 2015 EE. UU.	1120 pacientes adultos: 726 de una unidad con concepto de cama universal (CCU) y 394 de una Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC).	El objetivo del estudio fue determinar si hay una diferencia entre resultados de calidad (específicamente indicadores sensibles a las enfermeras) o duración de la estancia hospitalaria para pacientes ingresados por cirugía cardíaca en una unidad adaptable de agudeza (CCU) versus ingreso por cirugía cardíaca a una unidad de cuidados intensivos cardíacos segregada tradicional.	Los cinco principales resultados de interés son la duración de la estancia, las caídas del paciente, la aparición de UPP, la NAVM y las infecciones asociadas a la línea central. Los pacientes en CCU tuvieron estancias significativamente más cortas. Hubo significativamente menos caídas en la UCI con CCU en comparación con la UCIC. En cuanto a la NAVM hubo mayor tasa en CCU. El número de UPP e infecciones asociadas a la vía central no fue diferente en ninguno de los modelos de atención.
Hoad, et al. (26)	Estudio de métodos mixtos. 2019 Canadá.	5 pacientes ingresados en la UCI y 13 familiares de 5 pacientes supervivientes y 5 que fallecieron, además de 25 médicos.	Los objetivos de este estudio de métodos mixtos fueron evaluar la aceptación, la sostenibilidad y la influencia del Proyecto Footprints.	El Proyecto Footprints facilitó una atención holística centrada en el paciente al sentar las bases para la experiencia del paciente y su familia, motivar al paciente y humanizarlo para los médicos. A través de encuentros clínicos informativos, Footprints ayudó a los médicos a iniciar conversaciones más personales, fomentar conexiones más profundas y guiar el tratamiento. Las influencias de la práctica profesional incluyeron una atención más centrada en el paciente, una mejor comunicación interdisciplinaria y cambios en la cultura de la comunidad. Utilizado inicialmente en el 15,8 % de los pacientes (auditoría A), la aceptación aumentó hasta el 51,4 % en la auditoría B y se mantuvo en el 57,8 % en la auditoría C.
Pun, et al. (27)	Cohorte prospectiva. 2019 EE. UU.	15.226 adultos con al menos un día de ingreso en la UCI.	Examinar la asociación entre el rendimiento del paquete ABCDEF y los resultados centrados en el paciente, los síntomas y el sistema sanitario.	El rendimiento completo del paquete ABCDEF se asoció con una menor probabilidad de siete resultados: muerte hospitalaria dentro de los 7 días, ventilación mecánica al día siguiente, coma, delirio, uso de contención física, readmisión en la UCI y el alta a una instalación que no sea el hogar. Hubo una relación constante entre dosis-respuesta entre un mayor rendimiento del paquete proporcional y mejoras en cada uno de los resultados clínicos mencionados anteriormente.
Nassar Junior, et al. (28)	Revisión sistemática y meta-análisis. 2018 Brasil.	16 artículos observacionales y aleatorizados.	Sintetizar los datos sobre los resultados relacionados con los pacientes, los familiares y los profesionales de la UCI comparando las políticas de visitas flexibles versus restrictivas en las UCI.	Entre los pacientes, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una frecuencia reducida de delirio y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad. Las políticas de visitas flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI, infecciones adquiridas en la UCI, o estancia más prolongada en la UCI. Entre los miembros de la familia, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una mayor satisfacción. Entre los profesionales de la UCI, las políticas de visitas flexibles se asociaron con niveles más altos de agotamiento.

(Continuación del anexo 4)

Autores	Tipo de estudio / Año de publicación / Lugar de publicación	Muestra	Objetivo	Resultado / Conclusión
Lee, et al. (29)	Revisión sistemática y meta-análisis. 2019 EE. UU.	7 Estudios Controlados Aleatorizados con 3477 pacientes.	Dilucidar el impacto de la intervención de apoyo familiar protocolizado en la duración de la estadía (LOS) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) a través de una revisión sistemática y un metaanálisis.	Se encontró que las intervenciones de apoyo familiar protocolizadas redujeron significativamente la duración de estancia de la UCI y del hospital; los resultados del modelo de efectos mixtos mostraron que redujeron significativamente la duración de la UCI después de ajustar por el objetivo terapéutico, métodos de medición, y momento de la intervención. Se encontraron resultados similares después de ajustar por la gravedad de la enfermedad de los pacientes y el método de recorte y relleno. No hubo diferencia en la tasa de mortalidad en la UCI y el hospital entre los grupos de intervención y control protocolizados.
Dykes, et al. (30)	Estudio cuasiexperimental prospectivo. 2017 EE. UU.	2105 pacientes ingresados en UCI.	El objetivo de este estudio fue examinar la eficacia de un programa de atención y compromiso centrado en el paciente en la UCI médica.	La tasa agregada de eventos adversos se redujo un 29% de 59,0 por 1000 días-paciente a 41,9 por 1000 días-paciente. La satisfacción del paciente mejoró notablemente de 71,8 a 93,3, mientras que la satisfacción del cuidador mejoró de 84,3 a 90,0. Las puntuaciones de satisfacción oscilaron entre 0 y 100, con puntajes más altos que indican una mejor satisfacción. No había cambios significativos encontrados en la concordancia del plan de atención o la utilización de recursos.
Karnatovskai a, et al. (31)	Cohorte prospectiva piloto. 2021 EE. UU.	43 pacientes ingresados en la UCI médica.	Evaluar la viabilidad de brindar apoyo psicológico a los pacientes en la UCI utilizando doulas.	En comparación con los controles históricos, los pacientes que recibieron la intervención tenían una mayor gravedad de la enfermedad y una estancia más prolongada. Cuando se ajusta por las diferencias de referencia, los pacientes con y sin ventilación mecánica que recibieron la intervención puntuaron más bajo en la subescala de depresión de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria. La intervención también se asoció con una subescala de ansiedad reducida entre los pacientes ventilados.
Geense, et al. (32)	Revisión sistemática. 2019 Países Bajos.	36 estudios, 34 estudios controlados aleatorizados y 2 no controlados randomizados (n = 5165 pacientes de la UCI).	El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para prevenir o mitigar el "Síndrome de Cuidados Post Intensivos".	Finalmente, se incluyeron 36 estudios, incluidos 10 estudios piloto. Las intervenciones se subdividieron en seis categorías: 1) programas de ejercicio y rehabilitación física; 2) servicios de seguimiento; 3) programas psicosociales; 4) diarios; 5) información y educación; y 6) otras intervenciones. Muchos resultados favorecieron las intervenciones, pero solo se encontraron diferencias significativas para los diarios en la reducción de la depresión y la ansiedad y programas de ejercicio para mejorar la puntuación del componente mental de la Encuesta de salud de formato corto.

(Continuación del anexo 4)

Autores	Tipo de estudio / Año de publicación / Lugar de publicación	Muestra	Objetivo	Resultado / Conclusión
Auriemma, et al. (33)	Estudio cualitativo. 2021 EE. UU.	19 pacientes de la UCI y 30 familiares.	Determinar los aspectos de la atención que los pacientes y las familias valoraron durante su encuentro en la UCI, los resultados que los pacientes y las familias priorizaron después del alta hospitalaria y los resultados percibidos como equivalentes o peores que la muerte.	Los temas destacados se identificaron y agruparon en 2 categorías principales: -Procesos de atención dentro de la UCI: comunicación, comodidad del paciente y la sensación de que el equipo médico estaba "haciendo todo". -Resultados del paciente y sustitutos después de la UCI: supervivencia, calidad de vida, función física y función cognitiva. Varios resultados se consideraron peores que la muerte: discapacidad cognitiva / física severa, dependencia de maquinaria / equipo médico y dolor intenso / constante.
Connelly, et al. (34)	Estudio cualitativo exploratorio. 2020 Reino Unido.	196 pacientes ingresados en la UCI.	Comprender lo que les importaba a los pacientes a diario dentro del entorno de cuidados intensivos. Su objetivo era comprender los objetivos personales y lo que los pacientes necesitaban para mejorar su experiencia.	El análisis de los datos de este proyecto de mejora de la calidad ha demostrado que, al hacer una pregunta simple en el contexto de una visita a la sala, se puede mejorar y personalizar la atención y mejorar potencialmente los resultados a largo plazo. Se requiere más investigación para comprender cuáles son los métodos óptimos para implementar estas solicitudes
Rodríguez-Almagro, et al. (35)	Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo. 2019 España.	9 pacientes hospitalizados, 9 enfermeras y 9 familiares.	Explorar las percepciones sobre las vivencias de los pacientes en la UCI, sus familiares y los enfermeros que los atienden.	Entre los tres grupos categorizados, hay un punto en común que es la constante de humanización en el cuidado y es muy claro por parte del paciente, la familia del paciente y las enfermeras que lo atienden. Además, tanto en el grupo de pacientes como en el grupo de familias aluden al miedo y angustia que les responde a los pacientes, este problema no aparece en los discursos de las enfermeras, quienes se debaten entre el exceso de tecnología y el desempeño de su trabajo correctamente para un mejor bienestar del paciente.
Flannery, et al. (36)	Revisión sistemática. 2016 EE. UU.	10 estudios	Evaluar si las intervenciones dirigidas a mejorar el sueño en la UCI se asociaron con reducciones en el delirio de la UCI. Los resultados secundarios incluyen la duración del delirio y la duración de la estancia en la UCI.	Seis de los diez artículos encontrados demostraron una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de delirio en la UCI asociado con la intervención del sueño. Cuatro estudios evaluaron la duración del delirio; de los cuales, tres informaron una duración más corta del delirio con la intervención del sueño. Dos estudios asociaron la intervención del sueño con una estancia reducida en la UCI. Con respecto a la evaluación de la calidad y el riesgo de sesgo, solo un estudio se evaluó como sólido. Los múltiples factores de confusión identificados y la importante evaluación cualitativa de la heterogeneidad limitan tanto las conclusiones que se pueden extraer de estos hallazgos como el agrupamiento cuantitativo de los datos.

(Continuación del anexo 4)

Autores	Tipo de estudio / Año de publicación / Lugar de publicación	Muestra	Objetivo	Resultado / Conclusión
Kredentser, et al. (37)	Ensayo controlado aleatorizado piloto. 2018 Canadá	58 pacientes/familias de una UCI en Canadá	Para informar el diseño de un ensayo más amplio, se evaluó la viabilidad de los diarios en la UCI y la psicoeducación para prevenir el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad después de las estancias en la UCI.	Las familias y los proveedores de atención médica escribieron una media de 3,2 entradas diarias e indicó actitudes positivas y baja carga percibida hacia la participación en el diario de la UCI. La mayoría de los pacientes reportaron recuerdos angustiosos de su estadía en la UCI. Aquellos que recibieron la intervención del diario tuvieron una mediana significativamente más baja de ansiedad en la escala de ansiedad y depresión hospitalaria y depresión puntuaciones de síntomas a los 90 días que los pacientes que no recibieron un diario.

Anexo 5: Intervenciones clasificadas por artículos. Fuente: Elaboración propia.

Artículos	Presencia familiar y visitas	Rondas diarias y comunicación	Valoración y control del dolor	Movilización y ejercicio	Analgesia y sedación	Reducir incomodidad	Mejora de sueño	Apoyo psicológico	Diarios	Entorno físico
Kalfon, et al. (22) Francia.	X	X	X			X				
Kamdar, et al. (23) EE. UU.						X	X			
Deng, et al. (24) China.	X			X	X					X
Venditti (25) EE. UU.										X
Hoad, et al. (26) Canadá.									X	X
Pun, et al. (27) EE. UU.	X		X	X	X					
Nassar Junior, et al. (28) Brasil.	X									
Lee, et al. (29) EE. UU.	X									
Dykes, et al. (30) EE. UU.		X								
Karnatovskaia, et al. (31) EE. UU.		X						X		

(Continuación del anexo 5)

Artículos	Presencia familiar y visitas	Rondas diarias y comunicación	Valoración y control del dolor	Movilización y ejercicio	Analgesia y sedación	Reducir incomodidad	Mejora de sueño	Apoyo psicológico	Diarios	Entorno físico
Geense, et al. (32) Países Bajos.		X		X				X	X	
Auriemma, et al. (33) EE. UU.										
Connelly, et al. (34) Escocia.										
Rodríguez-Almagro, et al. (35) España.										
Flannery, et al. (36) EE. UU.							X			
Kredentser, et al. (37) Canadá.								X	X	