



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**  
Grado en Enfermería

**TRABAJO FIN DE GRADO**

*HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS  
INTENSIVOS. EL CONFORT Y EL  
BIENESTAR DE LOS PACIENTES*

*REVISIÓN NARRATIVA*

MAYO 2020

AUTORAS: María José Aguado Pérez y Laura Martín Andrés

TUTORA: M<sup>a</sup> del Coro Canalejas Pérez

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMEN</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....  | <b>5</b>  |
| UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS .....                                  | 5         |
| HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS .....                                     | 9         |
| <b>METODOLOGÍA</b> .....   | <b>14</b> |
| <b>RESULTADOS</b> .....  | <b>18</b> |
| 1. FACTORES QUE PROVOCAN DISCONFORT. ....                              | 19        |
| 1.1 Contexto social. ....  | 20        |
| 1.2 Contexto ambiental. ....   | 25        |
| 1.3 Contexto físico. ....  | 26        |
| 1.4 Contexto psicoespiritual. ....                                     | 28        |
| 2. INTERVENCIONES QUE PROMUEVEN BIENESTAR Y CONFORT.....               | 29        |
| 2.1 Mejorar la comunicación. ....                                      | 31        |
| 2.2 Individualizar los horarios de visitas.....                        | 33        |
| 2.3 Fomentar la distracción de los pacientes.....                      | 34        |
| 2.4 Favorecer un clima de confianza y disminuir la incertidumbre. .... | 35        |
| 2.5 Mejorar la infraestructura y el ambiente de las unidades. ....     | 36        |
| 2.6 Promover una gestión enfermera de calidad. ....                    | 38        |
| <b>CONCLUSIONES</b> .....  | <b>40</b> |
| <b>AGRADECIMIENTOS</b> .....   | <b>43</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....  | <b>44</b> |
| <b>ANEXO 1</b> .....   | <b>50</b> |

## RESUMEN

**Introducción:** El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos supone la adaptación a una nueva situación en la cual los pacientes se encuentran en un ambiente desconocido que les genera incertidumbre e inseguridad. Por lo tanto, el objetivo principal que se busca es identificar aquellos factores que provocan discomfort, así como, las intervenciones y herramientas encaminadas a brindar bienestar.

**Metodología:** Se realizó una revisión narrativa a partir de artículos encontrados en diferentes bases de datos como Pubmed, Cinahl, Scielo y Cuiden, así como, las revistas científicas Enfermería Intensiva y Ética de los Cuidados, complementando la búsqueda con Google Académico.

**Resultados:** Tras el análisis exhaustivo de 36 artículos, se clasificó la información en dos categorías, una que comprende factores que provocaron discomfort en los pacientes y sus familiares durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, y otra en la que se integran intervenciones para satisfacer las necesidades identificadas. Ambas categorías se analizaron en base a cuatro contextos: social, ambiental, físico y psicoespiritual, englobando así todas las esferas de la persona. Con este análisis, se detectaron carencias en todos los ámbitos, las cuales podrían ser suplidas mediante intervenciones enfermeras convenientes según la situación de cada paciente.

**Conclusiones:** Los profesionales enfermeros deben tener en cuenta los factores que interfieren en el confort del paciente, durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, para satisfacer sus necesidades mediante protocolos e intervenciones humanizadas.

**Palabras clave:** Paciente crítico, Unidad de Cuidados Intensivos, humanización, cuidado humanizado, confort del paciente, bienestar del paciente, intervenciones enfermeras.

## ABSTRACT

**Introduction:** Being hospitalized in an intensive care unit requires patients to adapt to a new situation where they find themselves in an unfamiliar environment resulting in uncertainty and insecurity. Therefore, the main objective of this study is to identify those factors that cause discomfort, as well as, the interventions and tools used to provide well-being.

**Methodology:** A review of literature was carried out from articles searched in different databases like Pubmed, Cinahl, Scielo and Cuiden, as well as the scientific journals *Enfermería Intensiva* and *Ética de los Cuidados*, supplementing the search with Google Scholar.

**Results:** After an exhaustive review of 36 articles, the information was classified into two categories, one comprising factors that provoke discomfort in patients and their families during their admission to the intensive care unit, and the other comprising interventions intended to satisfy the identified needs. Both categories were analysed taking into account four contexts: social, environmental, physical and psychospiritual, representing all dimensions of human well-being. With this analysis, deficiencies were identified in all areas, which could be remedied through convenient nursing interventions according to each patient's situation.

**Conclusions:** Nursing professionals must take into account the factors that interfere with the patients' comfort during their admission to the Intensive Care Unit to satisfy their needs through protocols and humanized interventions.

**Key words:** Critical patient, Intensive Care Unit, humanization, humanization care, patient comfort, patient well-being, nursing interventions.

## INTRODUCCIÓN

### UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

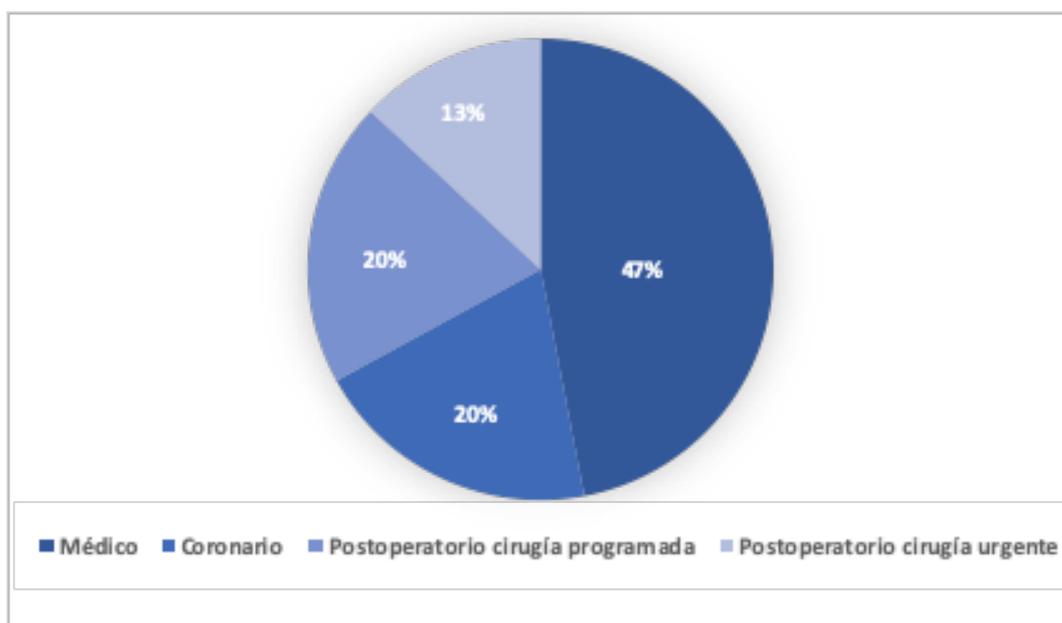
El *Ministerio de Salud y Política Social* (1) describe la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como un espacio hospitalario formado por un conjunto de profesionales sanitarios que actúan, de forma organizada, como un equipo multidisciplinar cumpliendo una serie de requisitos para asegurar calidad, seguridad y eficiencia de cuidados a pacientes que se encuentran en situaciones de gran vulnerabilidad, siendo necesario el uso de soporte respiratorio junto con soporte de al menos dos órganos.

A pesar de que no está perfectamente establecido el verdadero origen de los cuidados intensivos, la primera unidad centrada en los mismos se le atribuye a la figura de Florence Nightingale, durante la Guerra de Crimea (1854-1856), ya que desarrolló un área específica para atender a los soldados que se encontraban en una situación más crítica (2).

En España, según la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) (3) la primera UCI se creó en la Fundación Jiménez Díaz en el año 1965. Desde un primer momento, fueron conscientes de que existía la necesidad de una formación especializada en el cuidado de los pacientes en este tipo de unidades, para mejorar la calidad asistencial.

El tipo de paciente al que se hace referencia es un paciente principalmente en estado crítico y dependiente, es decir, aquella persona cuyos signos vitales se encuentran inestables y, además, son incapaces de satisfacer las necesidades básicas debido a su estado patológico. Atendiendo al motivo de ingreso, un estudio (4) realizado en ciento ochenta y ocho Unidades de cuidados intensivos de 163 hospitales de España, muestra que en un 47.1% el motivo de ingreso era médico, en un 20% coronario, en un 20,2% postoperatorio de cirugía programada y de cirugía urgente un 12,7% (Gráfico 1). Cabe destacar que los pacientes médicos no coronarios son aquellos que tienen una estancia media más prolongada y mayor mortalidad. También, se llegó a la conclusión de que la estancia media en UCI era de 5 días.

**Gráfico 1.** Motivo de ingreso de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.



**Fuente:** Elaboración propia.

Teniendo en cuenta la gravedad y dependencia que presentan estos pacientes, cobra sentido que el principal objetivo que persiguen las UCI sea brindar un cuidado integral a aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Por ello, tiene especial importancia la monitorización y soporte de las funciones vitales fallidas ya que presentan patologías con un alto potencial de riesgo para sus vidas, sin olvidar los cuidados complejos que requieren, tanto el paciente como la familia, dada su situación de total dependencia.

Para llevar a cabo estos cuidados, se requiere que estas unidades tengan una organización y estructura específica, de manera que, por una parte, permitan un ambiente de privacidad para el paciente y por otro faciliten la observación y control continuo del mismo por parte del personal de la unidad. Así mismo, para garantizar el confort y bienestar, tanto de pacientes como de sus familiares y los propios profesionales, se recomienda que las UCI dispongan de una zona de acceso y recepción de familiares donde se proporcionará información sobre el paciente ingresado. Por otra parte, otro aspecto vital a tener en cuenta es el control ambiental del ruido, para respetar el descanso y para conservar un entorno seguro (1).

De igual forma, es necesario contar con un equipo de enfermería coordinado, que garantice el cuidado integral de los pacientes. Para ello, será necesario formar al personal que se incorpora y dar formación continuada al equipo habitual, promover el estudio y la

investigación, participar en la creación de protocolos y guías asegurando su cumplimiento. Entre las competencias (5) que deben lograr las enfermeras, destacan:

- Realizar unos cuidados enfermeros que sean seguros y efectivos para el paciente crítico y sus familiares”. Para lo que tendrá importancia la valoración del paciente, basada en una exhaustiva recogida de datos, una buena planificación de los cuidados de calidad basados en la evidencia científica. Así como una evaluación final de las intervenciones realizadas.
- Fundamentar correctamente la toma de decisiones complejas y basar sus prácticas en la ética, respetando la autonomía, la diversidad y valores de los pacientes, sin olvidar una pieza fundamental del trabajo en equipo, la comunicación, tanto con los pacientes, como con el equipo y las familias.
- Comprometerse con la práctica basada en la evidencia y la reflexión.

A su vez, en el ámbito de gestión será necesario que las enfermeras adquieran competencias de gestión de la unidad, y posean habilidades de liderazgo y gestión de sus propios recursos y tiempo. Igualmente, deberán ser capaces de gestionar equipos reconociendo los roles, responder adecuadamente ante incidentes, presentar estrategias de control en situaciones de estrés, reconocer éxitos y aspectos a mejorar de los trabajadores.

En consecuencia, la complejidad de los cuidados que se brindan y la cantidad de competencias especializadas que requieren los profesionales de las unidades de críticos, plantean la necesidad de una ratio enfermera-paciente reducida, con el fin de poder gestionar óptimamente la carga de trabajo que supone el paciente dependiente. Además, el cumplimiento de estas ratios hace que disminuya la morbimortalidad hospitalaria, ya que según la SEEIUC ambos términos están directamente relacionados (6). Esta ratio debe calcularse de acuerdo a la gravedad de los pacientes ya que, a mayor gravedad, mayor necesidad de cuidados, lo que implica un mayor tiempo de trabajo (7). Según el Ministerio de Sanidad y Política Social (1), la ratio enfermera-paciente se puede clasificar atendiendo a tres niveles de asistencia en función de la gravedad del paciente. Cabe resaltar que a mayor gravedad menor será el número de pacientes por enfermera, no superando nunca la proporción 3:1 (pacientes:enfermeras).

El cumplimiento de los aspectos anteriormente expuestos influirá directamente en la percepción de los cuidados tanto por parte de los pacientes como de sus familiares, y será un pilar fundamental de su confort y bienestar.

Es importante destacar que, con la evolución hacia la utilización de las tecnologías, se han ido deshumanizando cada vez más los cuidados hacia las personas, favoreciendo que los profesionales centran su atención en los diferentes aparatos y monitores, dejando al paciente en un segundo plano. A esto contribuye un espacio de trabajo en el que los sujetos se convierten en objetos, existe inestabilidad y fragmentación de los servicios de salud y se evalúa a los profesionales desde un punto de vista burocratizado, centrado en la efectividad. Se genera un trastorno en la atención que se ve reflejado en altas cargas de trabajo y demandas que no se pueden satisfacer, todo esto nos arrastra hacia una medicina defensiva en la que el personal no cumple sus objetivos y sucumbe al desgaste y la mala praxis.

En ocasiones, las enfermeras se encuentran con situaciones contrapuestas ya que, al brindar cuidados no son capaces de integrar de forma conjunta el cuidado basado en la empatía con el cuidado basado en el conocimiento científico. Es necesaria la combinación de ambas vertientes para poder llegar a valorar a la persona en su totalidad y, para ello debe existir un compromiso ético. Como ya se ha mencionado anteriormente, el creciente uso de las tecnologías ha provocado la deshumanización, al dejar a un lado el trato humano, repercutiendo así en la evolución del estado de los pacientes (8).

Esta falta de empatía, junto con otros factores, provoca discomfort en los pacientes, lo que supone un impacto negativo en su estado de salud. Otro factor muy importante, mencionado en diversos estudios (9, 10), es la necesidad de crear una política de visitas de 24 horas, ya que mejoraría el bienestar del paciente y facilitaría a los familiares compatibilizar el horario de trabajo con el cuidado.

A partir de lo mencionado previamente podemos determinar que la humanización de los cuidados en estas unidades debe basarse en la interacción entre los pacientes y sus respectivos familiares junto con los profesionales sanitarios implicados. Sin embargo, cuando se habla del cuidado el elemento clave es, sin duda, la implicación en el cuidado en salud por parte de los profesionales sanitarios.

## HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (11) define la palabra humanizar como el “*deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la condición humana, responda a la dignidad de la persona*”. Esto implica que los profesionales sanitarios deben atender a los pacientes de manera individualizada y con una visión holística. Para ello es necesario controlar los factores que interfieren en la humanización de la asistencia como el avance tecnológico, la burocratización, la medicalización y la escasa formación de los profesionales en comunicación y relaciones sociales.

Las personas que están viviendo un proceso de enfermedad, se encuentran en un estado de gran vulnerabilidad, que requieren un trato humano. Surge así la necesidad de un cambio de actitud en las personas de “*Re-humanizar*” o “*eliminar cuanto de inhumano sea detectado por los profesionales*”. Entendiendo, por tanto, que la deshumanización hace referencia a la pérdida de dignidad, a la despersonalización (11).

La atención centrada en la humanización debe enfocarse a mejorar el cuidado de la salud a nivel físico, emocional y social, por lo que es necesario que los profesionales adquieran competencias que posibiliten una visión integral de las personas y aseguren el respeto a su dignidad.

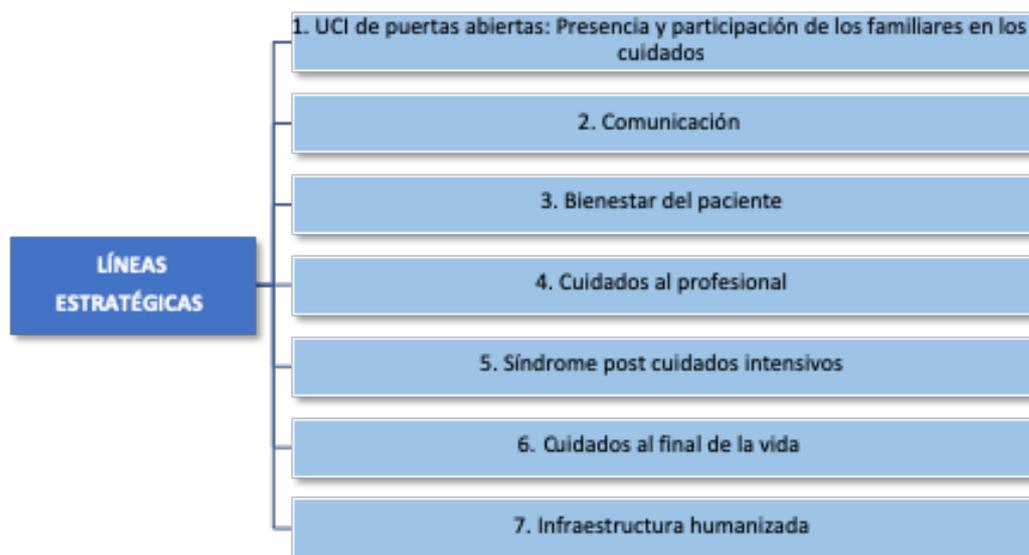
En nuestro país, desde hace varios años, se han ido desarrollando en diversas Comunidades Autónomas planes de humanización que, en algunos casos, contemplaban medidas globales para mejorar la calidad de la asistencia. Es en los últimos tiempos cuando empiezan a surgir estrategias específicas relacionadas con la humanización en las unidades de cuidados críticos, como la estrategia contemplada en el plan de humanización de la Comunidad de Madrid, publicado en 2016 (11).

Por otra parte, el movimiento más destacable en relación con la humanización del cuidado en las unidades de Cuidados Intensivos es el proyecto “HUCI” (Humanizando los Cuidados Intensivos) (12), que surgió en febrero de 2014 y tiene como finalidad mejorar el ámbito psicológico y social de las personas ingresadas en la UCI implicando a los propios pacientes, al equipo multidisciplinar sanitario y sobre todo a los familiares, siendo estos un pilar fundamental. Se trata de un movimiento que pretende cambiar el paradigma actual, que centra el cuidado en el paciente, a otro en el que el cuidado se focaliza en la persona. Éste nace a raíz de la necesidad de optimizar los cuidados y transformarlos, para que se adapten tanto a pacientes como a familiares y profesionales. Se basan en la premisa

de que “la palabra «humano» se ha ido haciendo atronadoramente muda, como la H”, para evitar esto, se considera imprescindible dotar a los diferentes profesionales de la salud de herramientas de gestión de las emociones y conductas. Por ello, uno de los objetivos que busca este proyecto es “Fomentar la formación en habilidades de humanización: comunicación, relación de ayuda, etc.” para conseguir una atención humanizada a través del desarrollo de estándares de humanización, acercándolos a su vez a la población general (13).

Se propone la formación de un espacio en el que se fomente un punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales, donde se puedan divulgar los cuidados intensivos y aproximarlos a la población general, así como, estimular la formación continuada en habilidades de humanización a través de unas líneas estratégicas (Figura 1).

**Figura 1:** Líneas estratégicas Plan de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. Plan HU-CI.



**Fuente:** Elaboración propia.

Por otra parte, cabe destacar el Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid (11), cuyas líneas estratégicas se equiparan a las contempladas en el Proyecto HU-CI. Se establecen y priorizan los siguientes ámbitos de intervención (Figura 2).

**Figura 2:** Líneas estratégicas Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid.



**Fuente:** Elaboración propia.

- 1. UCI de puertas abiertas.** Frente al modelo restrictivo existente en relación con el programa de visitas a los pacientes ingresados, se propone la flexibilización de horarios, lo que se ha demostrado que favorece a pacientes, familiares y profesionales
- 2. Comunicación.** Este elemento es clave entre los profesionales, así como en la interacción con el paciente y su familia. Se debe procurar que sea efectiva para que no se produzcan errores, y trabajar con el paciente y los familiares para llegar a acuerdos. De esta forma se evitarán los conflictos generados en el equipo por una comunicación inadecuada, y se creará un ambiente de confianza y respeto entre los profesionales, pacientes y familiares.
- 3. Bienestar del paciente.** El confort del paciente debe ser tan primordial como su curación. El simple hecho de la hospitalización, sumado a otros factores como el tipo de enfermedad y las intervenciones complejas que se realizan en estos pacientes, genera no sólo malestar físico sino también sufrimiento psicológico. En este sentido, se considera prioritario promover medidas no sólo para aliviar el malestar físico, sino también el psicológico, prestando atención a las demandas espirituales y llevando a cabo acciones que potencien la autonomía y el descanso del paciente y mantengan los lazos familiares intactos durante el ingreso.

- 4. Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos.** Los familiares de los pacientes ingresados en la UCI presentan, en muchas ocasiones, ansiedad y depresión. En relación con esto, se propone un enfoque del cuidado que considere la unidad paciente-familia, de forma que se maneje de manera global. Esto implica integrar a los familiares en los cuidados, siempre que sea posible, y favorecer la comunicación, el intercambio de información y la atención a las necesidades psicológicas.
- 5. Cuidados al profesional.** A los profesionales de estas unidades se les exige gran implicación en los cuidados. Cuando hay buenos resultados resulta muy satisfactorio, pero si los resultados no acaban siendo los esperados, se puede generar desgaste y estrés, muy nocivo tanto física como psicológicamente. Esta situación suele ir acompañada de actitudes negativas en relación con el desempeño del trabajo. Por este motivo, se considera necesario implementar medidas que reduzcan el desgaste profesional y aumenten el grado de satisfacción laboral.
- 6. Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos.** El síndrome post-cuidados intensivos afecta al 30-50% de los pacientes, haciendo que sigan siendo dependientes después del alta. Las familias proporcionan ayuda en este proceso, disminuyendo la ansiedad y tratando los posibles síntomas físicos y psicológicos que puedan aparecer, aunque, en muchas ocasiones, no pueden manejar la situación y precisan la ayuda de un equipo multidisciplinar.
- 7. Infraestructura humanizada.** Una buena infraestructura de la UCI puede hacer que se produzcan menos errores y se mejoren los resultados, lo que conlleva ingresos más cortos y, por lo tanto, menos costes. Se debe generar un entorno de confort tanto para el personal, como para familiares y pacientes.
- 8. Cuidados al final de la vida.** Aunque en estas unidades siempre se persiga la curación de los pacientes, muchas veces no es posible. Llegados a este punto, hay que buscar “reducir el sufrimiento y ofrecer los mejores cuidados, incluidos los del final de la vida”, teniendo en cuenta las esferas física, psíquica, emocional y espiritual. En este contexto, se debe facilitar el acompañamiento por parte de la familia y respetar en todo momento la dignidad y autonomía de los pacientes.

En el ámbito de la enfermería, humanizar hace referencia a un cuidado centrado en la persona. Esto implica tratar a éstas como agentes y no tanto como pacientes, para ello es

necesario tomar conciencia de cómo nos comunicamos e interaccionamos, sin dejar de lado los principios de bioética y seguridad (14).

La humanización en enfermería ha estado presente siempre, desde las normas y actitudes morales contempladas en el Juramento para enfermeras de Florence Nightingale (15) a los deberes profesionales que señala el Código Deontológico (16). Así mismo, los diversos modelos y teorías, desarrollados en el ámbito de enfermería, hacen referencia a esa visión integral del paciente que persigue toda estrategia de humanización.

Todo lo mencionado anteriormente se basa en la aplicación de los principios bioéticos (17): beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. La aplicación de estos, de manera transversal en todos los aspectos del cuidado, se considera indispensable dentro del ejercicio profesional.

Entre las estrategias señaladas en el plan de humanización mencionado (11), cabe destacar el papel que desempeña la enfermera en la implementación de acciones encaminadas a promover el confort del paciente y mejorar la comunicación con este y la familia. Por este motivo, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Analizar la evidencia científica disponible acerca de la actividad enfermera humanizada, que logre mejorar la calidad de vida y bienestar del paciente en unidades de cuidados intensivos.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores que provocan disconfort en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos.
- Determinar las intervenciones encaminadas a proporcionar bienestar físico y psicológico al binomio paciente-familia.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de la literatura a partir de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo en las bases de datos PubMed, Cuiden Plus y CINAHL, así como en la Biblioteca virtual en Ciencias de la Salud Scielo. Además, se han revisado los volúmenes de las revistas Enfermería Intensiva y Ética de los Cuidados, desde el año 2015 hasta la actualidad.

La primera aproximación se realizó utilizando palabras claves en lenguaje libre, para completarse posteriormente con términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Science Headline), utilizando así un lenguaje controlado (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Términos utilizados.

| DeCS                          | MeSH                |
|-------------------------------|---------------------|
| Enfermería                    | Nursing             |
| Cuidados críticos             | Critical care       |
| Unidad de cuidados intensivos | Intensive care unit |
| Humanización de la atención   | Patient comfort     |
| Comodidad del paciente        |                     |

**Fuente:** Elaboración propia.

Para realizar las búsquedas, los términos se combinaron con los operadores booleanos AND y NOT, para no incluir los artículos relacionados con Pediatría y Neonatología (Tabla 1).

**Tabla 1.** Resultados de búsqueda.

| BASES DE DATOS + REVISTAS | SENTENCIA DE BÚSQUEDA  | ARTÍCULOS ENCONTRADOS | ARTÍCULOS SELECCIONADOS |
|---------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
| PUBMED                    | (Intensive care[Title/Abstract]) AND Humanization[Title/Abstract]  | 43                    | 4                       |
|                           | (Intensive Care unit[Title/Abstract]) AND critical patient[Title/Abstract]   | 59                    | 3                       |
|                           | (comfort[Title/Abstract]) AND intensive care unit[Title/Abstract]) AND nursing[Title/Abstract]   | 83                    | 1                       |
| SCIELO                    | (uci) AND (humanización) NOT (pediatría)   | 8                     | 2                       |
|                           | (uci) AND (paciente crítico)   | 27                    | 0                       |
|                           | (uci) AND (confort)  | 3                     | 1                       |
|                           | (paciente critico) AND (confort)   | 3                     | 1                       |
|                           | (paciente crítico) AND (familia)   | 14                    | 4                       |
| CUIDEN                    | ("humanización")AND(("critico")AND("confort"))   | 1                     | 1                       |
|                           | ((([res=unidad])AND((([res=de])AND((([res=cuidados])AND([res=intensivos]))))AND([res=confort]))))AND(("bienestar")AND(("cuidados")AND("criticos")) | 37                    | 2                       |
|                           |  | 29                    | 1                       |
| CINAHL                    | (uci)AND(humanism)   | 4                     | 0                       |
|                           | (uci)AND(critical care nursing)  | 63                    | 4                       |
|                           | (comfort care)AND(family)AND(critical care)  | 16                    | 1                       |
| ENFERMERÍA INTENSIVA      | Volúmenes de los últimos 5 años  | 146                   | 8                       |
| ÉTICA DE LOS CUIDADOS     | Volúmenes de los últimos 5 años  | 87                    | 3                       |
| <b>TOTALES</b>            |  | <b>623</b>            | <b>36</b>               |

**Fuente:** Elaboración propia.

Los filtros utilizados para la búsqueda de artículos fueron el año de publicación, seleccionando aquellos publicados en los últimos 5 a 10 años y el idioma, recopilando aquellos redactados en inglés y castellano. No se aplicaron filtros en cuanto a edad y género ya que, descartando los artículos de pediatría con el operador booleano NOT, se encontraban aquellos referentes a la edad adulta.

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los documentos más relevantes en relación al tema de estudio.

#### **Criterios de inclusión:**

Se seleccionaron aquellos artículos que:

- Trataban la humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Se centraban en la atención al paciente crítico adulto.
- Hacían referencia a los cuidados de enfermería relacionados con el confort y el bienestar.
- Se orientaban al cuidado a las familias.
- Profundizaban en la humanización de los cuidados.

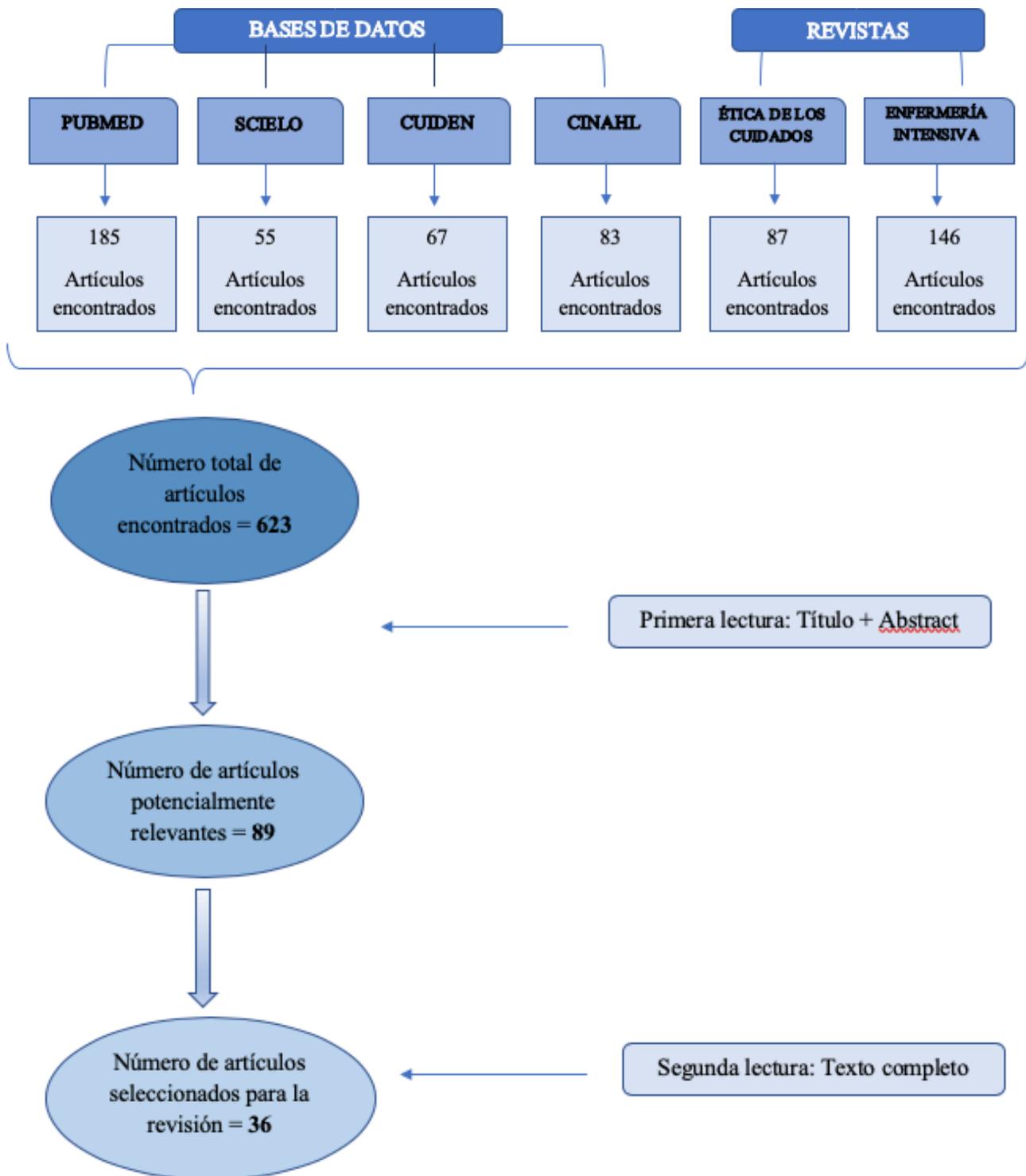
#### **Criterios de exclusión:**

Se rechazaron aquellos artículos que:

- Hacían referencia a Pediatría o Neonatología.
- Se centraban en cuidados Paliativos y Donación de órganos.
- Se referían a cuidados al paciente crítico no relacionados con el confort y el bienestar.
- No se correspondían con el objetivo del trabajo.

Para la selección de artículos, lo primero que se hizo fue leer los títulos y el resumen de 623 artículos, descartando los que no se adaptaban a la temática seleccionada o hacían referencia a patologías muy específicas. Seguidamente, tras eliminar los duplicados, se procedió a analizar 89 artículos potencialmente relevantes. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión se decidió la selección definitiva de 36 artículos que se utilizarían para el desarrollo del trabajo (Figura 3).

**Figura 3.** Diagrama de flujo del proceso de selección de información.



**Fuente:** Elaboración propia.

## RESULTADOS

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, se han seleccionado 36 artículos [Anexo 1] para ser analizados en profundidad, de los cuáles, atendiendo a su tipología, podemos distinguir proyectos de investigación cuantitativa, proyectos de investigación cualitativa, revisiones narrativas, estudios mixtos, artículos editoriales y cartas al director, entre otros (Gráfico 2).

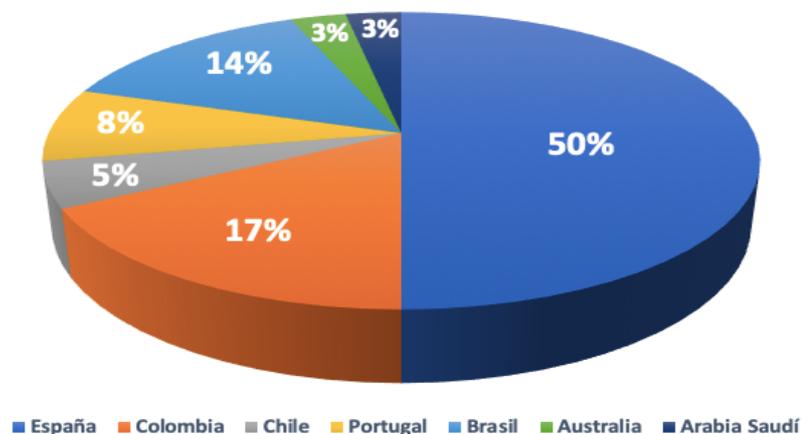
**Gráfico 2.** Tipología de estudios analizados.



**Fuente:** Elaboración propia.

En cuanto a los países en los que se han llevado a cabo los estudios predominan, España, seguido de Colombia y Brasil. Finalmente, en menor proporción, se analizaron estudios desarrollados en Portugal, Chile, Australia y Arabia Saudí (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Países en los que se han desarrollado los estudios.



**Fuente:** Elaboración propia.

Los principales hallazgos de la revisión realizada se han agrupado en unidades de análisis que serán las temáticas a tratar:

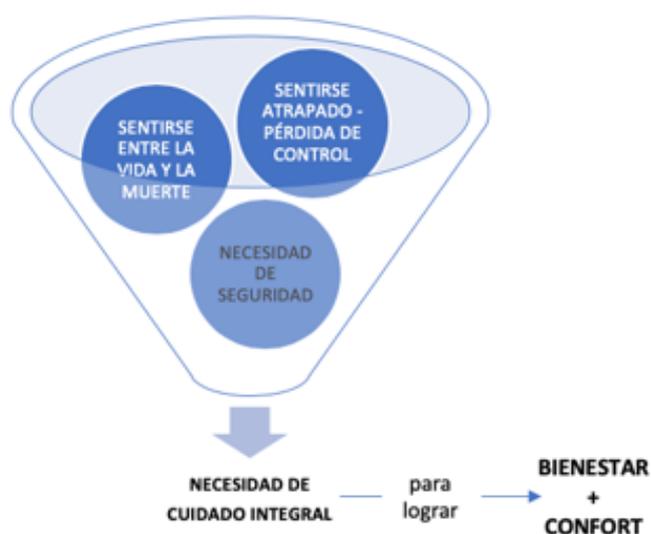
1. Factores que provocan disconfort durante el ingreso en UCI.
2. Intervenciones que se llevan a cabo para cubrir sus necesidades y proporcionar bienestar.

## 1. FACTORES QUE PROVOCAN DISCONFORT.

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos es una experiencia que provoca sufrimiento e incertidumbre en la que la vida de los pacientes se ve comprometida y amenazada. Los pacientes se encuentran en un estado de fragilidad y vulnerabilidad, están expuestos a elementos que provocan estrés y angustia que afectan a la totalidad de sus esferas biopsicosociales. Se trata de una situación límite y compleja vivida de manera única y singular por cada persona.

En este sentido, un estudio realizado por Da Cruz Silva *et al* (18), permitió crear una estructura esencial que reflejaba la naturaleza de las experiencias de los participantes. Esta estructura posee tres componentes esenciales, el sentirse atrapado junto con la pérdida de control sobre uno mismo, sentirse entre la vida y la muerte y la necesidad de seguridad. Manifiestan que despertarse en una UCI, rodeado de máquinas y cables, supone una enorme desesperación y desorientación, la percepción del tiempo se transforma y tratan de encontrar significado a sus vidas (Figura 4).

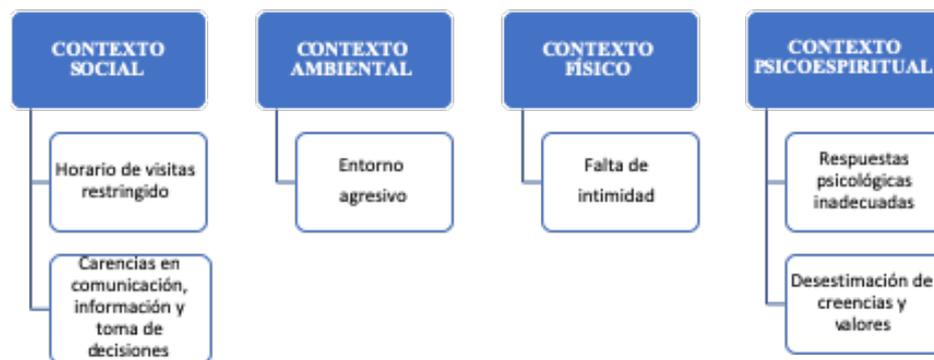
**Figura 4.** Naturaleza de las experiencias de los pacientes ingresados en UCI.



**Fuente:** Elaboración propia.

Los participantes coinciden en que la esperanza fue creciendo durante su ingreso, proporcionándoles esa fuerza que les impulsaba a continuar luchando hacia la recuperación. La experiencia de cada paciente es única, sin embargo, hay un aspecto clave que es universal y es que, para afrontar esta dolorosa experiencia, es necesario recibir un cuidado integral que genere bienestar y confort durante su ingreso. En relación con la sensación de confort percibida por los pacientes, Silva Faria *et al* (19) proponen englobar las necesidades que tienen estos pacientes durante la hospitalización en cuatro contextos, ambiental, físico, psicoespiritual y social (Figura 5).

**Figura 5.** Factores condicionantes del confort del paciente.



**Fuente:** Elaboración propia.

### 1.1 Contexto social.

Dentro del contexto social, se ha observado la importancia de una adecuada relación con el profesional que proporciona el cuidado durante la situación crítica, para que los pacientes se sientan seguros, apoyados, acompañados y cuidados. En este aspecto, las opiniones coinciden en que las horas de visita se convierten en periodos fundamentales del día, es un momento muy deseado y la presencia de los familiares es una fuente de seguridad para estos pacientes, un refugio seguro.

- Horario de visitas restringido:

Durante un ingreso, y más aún en una Unidad de Cuidados Intensivos, los pacientes y sus familiares pasan por una situación angustiada. Desde hace varios años se ha ido apreciando que, estas unidades se centran demasiado en el cuidado del paciente, dejando de lado, mediante el sistema tan restrictivo de visitas, las necesidades de los familiares. Como mencionan en su estudio Velasco y Heras (20), con estas conductas da la impresión de que se da prioridad a las necesidades de los sanitarios en vez de a las de los propios pacientes.

En este sentido, Bernal y Horta (21) expresan que la restricción de visitas es percibida, por la mayoría de pacientes y familiares, como un hecho innecesario que muestra falta de compasión, y perciben la flexibilización como un aspecto beneficioso para el enfermo. Así mismo, Escudero *et al* (10) coinciden con estas ideas, analizan que la flexibilización de las visitas hace que mejore el estado general de los pacientes y calma la ansiedad de los familiares, es por ello que estos últimos llevan varios años demandando la apertura de puertas de estas unidades, lo que les permitiría participar en los cuidados de sus familiares y permanecer cerca en los momentos más críticos y al final de la vida, donde el estrés se hace más intenso. Además, se reforzaría la comunicación con el equipo de profesionales.

Por otro lado, no podemos olvidar que los profesionales están tratando de desarrollar su trabajo y, aunque la familia sea un pilar muy importante, se debe velar por que los cuidados se brinden de la mejor manera posible y tener en cuenta sus opiniones al respecto. En relación con esto, De Ríos (22) se plantea si los profesionales están preparados para un cambio en este aspecto y para ello, sugiere que, aunque muchos profesionales estén a favor, estos cambios deberían realizarse de manera gradual, como recalca Sandoval (23), ya que antes de dar dicho paso se debería formar a los profesionales y prepararles para que se cree un ambiente humano en el que se involucren a los familiares en los procesos.

Por otra parte, reconoce que aún hay profesionales que están en contra de estas medidas, ya que consideran que los familiares podrían entorpecer la organización e incluso llegar a desestabilizar a los pacientes. Esta idea la refuerzan otros autores como Sánchez Vallejo *et al* (24) y Ayllón Garrido *et al* (25) que, aunque reconocen, como los estudios anteriores, que flexibilizar el horario de visitas mejoraría la satisfacción de las necesidades por parte de las familias y pacientes, han observado que en los profesionales predomina una dualidad de opinión sobre los efectos que podría tener la presencia de estos. Aunque consideran que ayuda a mejorar el estado de los pacientes, también genera en los profesionales una carga tanto física como psicológica, así como, una sensación de control continuo que podría interferir en los cuidados del paciente, haciendo que estos pierdan calidad y, además, comprometen la intimidad del resto de los pacientes ingresados en la unidad.

Esta dualidad de opinión también se observa por un lado en pacientes, como podemos observar en el artículo de González *et al* (26) en el que se muestra como mientras para

unos pacientes, la familia supone un apoyo que les mantiene en contacto con la realidad, para otros constituye un factor estresante.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, las enfermeras, como se recalca en el estudio realizado por Vázquez Calatayud *et al* (27), consideran que el horario es suficiente pero, basándose en su juicio clínico y percepciones, no desestiman la posibilidad de modificar los horarios establecidos en situaciones excepcionales, flexibilizándolos o incluso restringiéndolos más aún, teniendo en cuenta factores internos y externos. Por ello, se apoya que se forme correctamente a los profesionales para que, mediante una adecuada y consensuada toma de decisiones, se pueda modificar la política de visitas de manera individualizada, centrándose en la situación de cada paciente. Valorando lo previamente mencionado, es muy importante que se tome conciencia de la realidad de las unidades para ser más humanos en los momentos de estrés e incertidumbre, modificando la mentalidad y personalizando los horarios en función a las necesidades de los pacientes y su núcleo familiar.

- Carencias en comunicación, información y toma de decisiones:

Siguiendo con el contexto social, uno de los factores más influyentes junto con la presencia de familiares en estos ingresos es, la comunicación.

En el estudio realizado por Milena Joven *et al* (28) sobre la percepción de los pacientes ingresados en estas unidades, llegaron a la conclusión de que la mayoría percibieron una excelente o buena comunicación entre el paciente y el personal enfermero. Sin embargo, se ha detectado una clara necesidad por lo que respecta a la comunicación ya que, el principal aspecto que se ha visto comprometido en cuanto a la satisfacción de los pacientes, según Escudero *et al* (10), es la comunicación e información transmitida por los profesionales. La UCI es una unidad muy compleja que requiere habilidades de comunicación por parte de los profesionales sanitarios para que la estancia de los pacientes sea confortable y humana.

Otro de los estudios que refuerza esta idea es el desarrollado por Luiz *et al* (29), en el cual se manifiesta que la comunicación se trata del principal factor que proporciona un cuidado humanizado, resalta la idea de que no es posible ofrecer un cuidado integral a los pacientes sin la presencia de una comunicación clara y efectiva.

A la angustia, inquietud e intranquilidad que supone el ingreso en UCI, se le suma la incertidumbre que provoca la hospitalización. Por ello, es fundamental mantener

informados a los pacientes en todo momento sobre los cuidados que se les realizan, los procedimientos a los que van a ser sometidos y el estado de salud en el que se encuentran. Según González Guijarro *et al* (26), la mejora en la calidad de comunicación del personal enfermero ayuda a reducir la ansiedad del paciente, además de conseguir una mayor adherencia al tratamiento y una mejora en sus habilidades de autocuidado. Insisten en que una comunicación pobre puede favorecer su insatisfacción y, por consiguiente, un mayor discomfort.

Sin duda, la línea prioritaria es mejorar la comunicación, pero, en muchas ocasiones, no es fácil conseguir una comunicación efectiva entre el paciente y el equipo sanitario ya que existen barreras que inciden negativamente en el bienestar y en la consecución del éxito terapéutico del paciente. Entre otras, se encuentran la gran carga emocional que supone trabajar en una unidad de este calibre, el temor, la falta de conocimiento, la escasa utilización de lenguaje asertivo por la poca formación continuada y, la más destacada, la falta de tiempo debido a la carga de trabajo (30, 31). Por ello, se observa la existencia de una necesidad de fomentar un proceso de cambio en cuanto a la relación del paciente con el profesional, ya que se han visto carencias con respecto a la práctica profesional.

Es importante destacar un estudio realizado por Ayuso-Murillo *et al* (32) en el cual, comentan los motivos por los cuales surgen problemas a la hora de comunicarse en una UCI y comparan rasgos de la personalidad de enfermeras que trabajan en UCI junto con aquellas que trabajan en unidades de hospitalización. En él, llegan a la conclusión de que las enfermeras que trabajan en UCI tienen más desarrollada la receptividad social, es decir, la manera en la que reciben la información ya que hay una comunicación más exacta y concreta, la información recibida debe ser entendida a la perfección, sin que existan dudas. Por el contrario, éstas poseen menores habilidades en las dimensiones que disponen de un componente emotivo y social, ya que suelen tratar con pacientes que difícilmente pueden comunicarse y eso interfiere en el proceso de comunicación. Por ello, las enfermeras de las unidades de hospitalización poseen habilidades sociales más desarrolladas.

En estas unidades de cuidados intensivos, es muy común tratar con pacientes intubados, aquellos que están sometidos a ventilación mecánica invasiva. Esta situación supone una pérdida de independencia, disminuye su habilidad de comunicación debido al tubo endotraqueal, y a esto se le suma la restricción de la movilidad por lo que, es indudable que genera sentimientos de angustia, incomodidad, tristeza, desesperanza...

No hay duda en que es imprescindible dedicar ciertos momentos a que los pacientes puedan expresar sus sentimientos, preguntarles cómo se sienten, si tienen dolor... para promover el bienestar y disminuir su angustia, pero siempre, en base a la situación en la que se encuentran. En el caso de los pacientes intubados, no se vuelve imposible llevar a cabo la comunicación, sino que se ejecuta de manera diferente. Canhizares Evangelista *et al* (33) relacionan la humanización con la comunicación efectiva con este tipo de pacientes, exponiendo que, a pesar de estar intubados, no sabemos lo que están sintiendo en ese momento por lo que, se debe conversar con ellos aunque no se obtenga respuesta alguna y, cuando muestren un mínimo nivel de conciencia, tratar de captar lo que están sintiendo, si están cómodos o no.

A su vez, se ha observado que, una vez superada la experiencia, estos pacientes manifiestan haberla vivido de manera angustiosa y estresante, destacando que la comunicación con ellos había sido insuficiente e ineficaz, lo que les provocó frustración (10). Por lo tanto, se debe tomar conciencia de lo importante que puede llegar a ser una comunicación efectiva, es fundamental dedicarle esfuerzo, tiempo e interés.

No cabe duda de que la comunicación entre el paciente y el profesional es indispensable y una necesidad hoy en día. Sin embargo, la comunicación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI es igual de importante. El principal aspecto de insatisfacción por parte de la familia es la comunicación con los profesionales y la falta de información recibida, se ha visto que el aspecto más relevante para éstos es que ésta sea comprensible y veraz (24). Además, la única herramienta que permite a las familias vivir la experiencia de forma más llevadera es una adecuada comunicación, como exponen Bautista Rodríguez *et al* (34) en su estudio sobre la percepción de los familiares en relación con la misma.

En esta misma línea, hay que tener en cuenta que la familia puede experimentar depresión y la información recibida puede ser malentendida, no son capaces de escuchar de forma efectiva en esos momentos, por ello, se debe mostrar empatía, lanzar mensajes claros para que, en su situación de “querer saber”, puedan tener una escucha activa (10, 33). Todo ello encaminado a favorecer la disminución de la incertidumbre que presentan, a través de un clima de confianza y respeto.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente, es indudable que existe una necesidad en las UCI en cuanto al desarrollo de habilidades de comunicación por parte

de los profesionales, ya que una comunicación deficiente puede conducir a errores que perjudiquen la salud de los pacientes (35).

Por ello, las enfermeras inciden en la importancia de recibir información sobre los avances del estado del paciente, diagnósticos, planes de cuidados y futuras metas. Así lo exponen De Azevedo *et al* (36) en su estudio sobre la visión de los profesionales enfermeros en UCI. Manifiestan que existe una organización vertical entre profesionales, falta de diálogo, contacto y reconocimiento profesional por parte de la jerarquía superior. En este contexto, dentro del nivel del ámbito enfermero, también hay que destacar la importancia de una buena transmisión de información entre enfermeras en los cambios de turno. El contenido de información dada en estos cambios resulta en ocasiones, diversa, con contenido insuficiente que lleva a una inadecuada transmisión de la misma y esto puede comprometer el estado de salud y la seguridad del paciente (37).

El punto de partida para conseguir una comunicación eficaz con el paciente y familia es mejorar, en primer lugar, la comunicación y la transmisión de información entre profesionales, que se entienda a la perfección para luego poder informar al propio paciente y su familia de la mejor manera posible, disminuyendo así su ansiedad e incertidumbre. Una vez logrado ese primer paso, será necesario seguir trabajando en mejorar la comunicación tanto con el paciente como con la familia, ya que se ha observado la importancia de ambos.

## 1.2 Contexto ambiental.

- Entorno agresivo:

Por otro lado, otro factor relevante que genera discomfort en los pacientes, es el entorno, el cual se recoge dentro del contexto ambiental. Se ha destacado en varios estudios, como en el de Arias Rivera (38), que las UCI son ámbitos hostiles en los que el espacio que rodea al paciente, entre otros aspectos, genera gran insatisfacción, lo que se atribuye, principalmente, a la falta de intimidad y el exceso de luz o ruido, entre otras. Esto lo refuerzan González Gómez *et al* (39) en su estudio realizado a los pacientes acerca de su comodidad, en el cual los pacientes reportaron el ruido como el aspecto que les provocó mayor incomodidad.

Velasco Bueno *et al* (26) coinciden con Tejada Pérez (20) en afirmar que esta insatisfacción se genera principalmente por el creciente uso de la tecnología en estas unidades, que ha conllevado la deshumanización de los cuidados centrados en el paciente,

dejando a este en un segundo plano, ya que todos los esfuerzos por parte del personal se han centrado en una actividad muy especializada y en tratar a las personas como patologías a combatir, cosificándolas y convirtiéndolas en un fin. Además, debido a la concentración que les exige la realización de técnicas tan especializadas, dejan en un segundo plano el trato humano.

Asimismo, esto ha supuesto, como recalcan Milena Joven *et al* (28) en su estudio descriptivo, que los pacientes perciban aún más estas unidades como frías e inhóspitas, un lugar donde los profesionales no saben entender sus emociones ni, en ocasiones, gestionar su malestar o inseguridad. Entre los aspectos que generan más incomodidad los pacientes destacan los relacionados con la pérdida de contacto con el entorno habitual, demandan poder ver la luz del sol o sentir la brisa. Por otro lado, diversos estudios cualitativos (36, 10, 38, 40) exponen que los pacientes solicitan armonía en los estímulos externos, entendiendo estos como ruido, iluminación y temperatura. Expresan repetidamente lo molesto que supone que su descanso se vea interrumpido por exceso de iluminación, el sonido de las alarmas o las conversaciones de las enfermeras. Exteriorizan que las habitaciones, a las que los sanitarios, en su tendencia a la cosificación denominan erróneamente “boxes”, deberían mejorar adecuándose a lo que requiere cada paciente, consiguiendo así un espacio más saludable para el trabajo de los profesionales.

Analizando a fondo estas demandas, podemos llegar a la conclusión de que lo que verdaderamente reclaman es que los sanitarios dejen de prestar tanta atención a las tecnologías y reconozcan al paciente no como un sujeto o enfermedad, sino como una persona en su conjunto.

### 1.3 Contexto físico.

- Falta de intimidad:

El bienestar físico y ambiental suponen dos aspectos claves para conseguir una infraestructura humanizada en la UCI. Como ya vimos en el contexto ambiental (20), las UCI son unidades cuya estructura dificulta la prestación de cuidado humanizado, mediante espacios sin separación entre pacientes donde, en ocasiones, lo único que les separa son biombos o cortinas. Todo este contexto dificulta la intimidad de los pacientes ingresados, aumenta su disconfort, se sienten expuestos y, a esto, se le suma el estado de gran vulnerabilidad y debilidad en el que se encuentran.

Varios autores (38, 26, 40) coinciden en que uno de los principales motivos de insatisfacción es la falta de intimidad. Se ha identificado como factor de discomfort a raíz de conocer las percepciones de los pacientes, por lo que se considera una necesidad fundamental que contribuye a la tranquilidad, convirtiéndose el preservar la dignidad e intimidad, en uno de los aspectos más valorados por los usuarios, según González-Guijarro *et al* (26). Es importante tener en cuenta que se encuentran ingresados, carentes de vestimenta, lo que supone una pérdida de intimidad y dignidad. Algunos pacientes coinciden en que el momento del baño puede ocasionar placer, ya que se encuentran en una situación en la que no pueden valerse por sí mismos y agradecen la labor de los profesionales en esos momentos tan vulnerables, pero, por otro lado, a otros les provoca angustia o temor.

Esta idea se ha visto reforzada por la revisión realizada por Carvajal Carrascal *et al* (41) sobre los cuidados básicos, en la que añade que ese sentimiento de angustia puede deberse a que, en ocasiones, se realiza una mala priorización o mala elección del momento para realizarlo. Los cuidados de higiene, de cualquier modo, deberían ser agentes de comodidad y proporcionar satisfacción y, por lo tanto, debemos asegurarnos de basar nuestras prácticas en la evidencia científica, promoviendo los principios de dignidad y respeto.

Por todo ello, se vuelve indiscutible que el cuidado enfermero produce un impacto significativo en la satisfacción de los pacientes y en la consecución de objetivos con respecto a los resultados clínicos. El rol que desempeñan estos profesionales es enormemente valorado por los pacientes ingresados en la UCI (41), por ello, la principal labor de éstos es asegurar un entorno físico que garantice un ambiente saludable y ayude a mejorar el estado físico y psicológico del paciente.

Hay que tener como objetivo, no solo la curación del paciente sino también pretender su bienestar. Por ello, es importante tener en cuenta que el cuidado requiere su individualización, así como actitudes de respeto, empatía, escucha activa y compasión (20).

El paciente crítico es un paciente dependiente que, con frecuencia, no es capaz de expresar sus necesidades de forma verbal, sin embargo, existen alternativas de comunicación no verbal que permiten transmitir el grado de comodidad. En el estudio realizado por Tejada Pérez (40), se expone que el enfermero tiene la responsabilidad de identificar y satisfacer las necesidades del paciente en estado crítico y, para lograrlo, es conveniente que esté

dotado de dos estrategias, capacidad de interpretar signos de disconfort que manifiesta el paciente y ponerse en el lugar del otro para proporcionar bienestar en momentos en los que la lectura del paciente no es suficiente.

Dentro del contexto físico, se debe visualizar al paciente de manera holística, identificando sus necesidades, respetando su intimidad, no solo corporal, pero también a la hora de recibir visitas o durante el traslado a pruebas complementarias. Los pacientes experimentan sentimientos de miedo, inquietud, aislamiento, sensación de dependencia e incertidumbre y, por ello, la labor de la enfermería cobra gran importancia para hacer que su estancia sea agradable, una correcta actuación supone un impacto muy positivo durante su hospitalización.

#### 1.4 Contexto psicoespiritual.

- Respuestas psicológicas inadecuadas:

Este contexto (19) es uno de los más olvidados, aunque no por ello carece de importancia. En esta esfera se engloban diferentes sentimientos de los pacientes como frustración, ansiedad, agitación, temor... que pueden hacer la estancia del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos más difícil y traumática.

Como ya hemos mencionado, el contexto del ambiente de la UCI es completamente desconocido y diferente a lo natural. El ambiente altamente tecnológico y las afecciones iatrogénicas que pueden surgir de los cuidados que se apliquen puede hacer que estos sentimientos se intensifiquen y generen incomodidad (33). Además, podrían verse afectadas las relaciones interpersonales (39).

En cuanto a la percepción de los pacientes ingresados respecto a los cuidados prestados por las enfermeras, se ha observado en estudios, como en el de Milena *et al* (28) que, ciertas acciones, no transmiten confianza a los pacientes, la mayoría de ellas relacionadas con el contacto directo. Resaltan falta de amabilidad y una actitud inadecuada en las explicaciones de intervenciones, entre otras. Todo esto genera una sensación de trato deshumanizado, que cosifica al paciente, se ignora completamente lo relacionado con lo emocional y psicológico y hace que se dificulte la identificación de diferentes problemas y necesidades que no tienen por qué derivar de una patología física concreta.

Los hospitales en general se siguen mostrando muy reacios a los cambios. Se centran en la estructura y organización que se ha consolidado a lo largo de los años, que ha gestado un ambiente despersonalizado, en el que no hay determinación por crear lazos con los

pacientes, prestar una adecuada información o participar de forma activa en los diferentes procesos que implican los cuidados holísticos (33).

- Desestimación de creencias y valores:

Este contexto también engloba lo referente a la religión y espiritualidad. Teniendo en cuenta el estudio realizado por Feron Luiz *et al* (29) sobre el análisis de los discursos de pacientes, se ha visto que algunos de ellos, abordan la fe haciendo uso de oraciones u objetos bendecidos que llevan con ellos mismos. Consideran que es lo único que les impulsa hacia la recuperación o cura de la enfermedad, lo entienden como única esperanza. Por ello, es indudable reconocer esta categoría como fundamental para prestar un cuidado humanizado a este tipo de pacientes.

Dentro de este estudio, encontramos ciertos testimonios que indican la importancia y el valor que le dan muchas personas a la religión ya que, en algunas ocasiones, los familiares han rezado mucho durante su ingreso y atribuyen el alta del paciente a sus acciones espirituales. Otras declaraciones afirman que no hay evidencia científica sobre ello, sin embargo, bajo su propia experiencia, consideran que rezar oraciones les ha dado resultado ya que, posteriormente presenciaron su recuperación.

Es imprescindible tomar en consideración experiencias y pensamientos manifestados por distintos pacientes. Se vuelve indiscutible el hecho de que existe una gran variedad de opiniones respecto a este ámbito, no obstante, se deben conocer todas y cada una de las perspectivas para conseguir un cuidado humanizado.

Para combatir esta postura que reina desde hace tanto tiempo, lo único que piden los pacientes es que, se den comportamientos que reflejen el lado humano y que se les tenga en cuenta como una persona integral. Todo profesional debe ser capaz de entender las creencias religiosas junto con las diferencias culturales y, con ello, reforzar el concepto de individualizar los cuidados. Cada persona es única, posee creencias particulares y entendimientos variados sobre el mundo, con diferentes valores. Por ello, éstas requieren ser el sujeto prioritario en los cuidados, y que se dejen de lado las tecnologías o los procedimientos rutinarios que hacen que la relación terapéutica no sea efectiva (28).

## 2. INTERVENCIONES QUE PROMUEVEN BIENESTAR Y CONFORT.

El principal objetivo que se persigue es lograr el bienestar del paciente y mejorar su calidad de vida a través de un cuidado humanizado. Es importante recordar que, para lograr la humanización en la asistencia, hace falta brindar un cuidado integral u holístico,

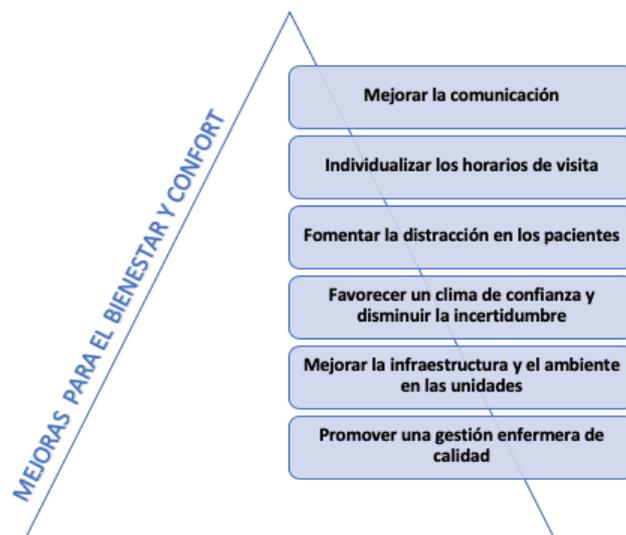
es decir, visualizar a la persona como un todo, sin embargo, se ha visto una clara necesidad en este aspecto. Por tanto, para cubrir esta necesidad, es imprescindible que el profesional de enfermería conceda un trato individualizado haciendo uso de la empatía, amabilidad, atención y apoyo al paciente (26).

En este sentido, existen tres aspectos clave que, al trabajar de manera conjunta, aseguran un cuidado humanizado, la capacidad técnica, el conocimiento científico y una relación terapéutica empática entre profesional y paciente. Esta empatía asegura un cuidado humanizado y de calidad, pero también es necesaria la existencia del respeto a la intimidad de los usuarios dentro de un ambiente agradable (42).

Las experiencias de pacientes, familiares y profesionales han permitido identificar factores que provocan discomfort durante el ingreso en UCI. A su vez, se han planteado una serie de necesidades, tanto para los pacientes y familiares como para los profesionales.

En esta misma línea, cobra sentido proponer diferentes medidas (Figura 6) que satisfagan estas necesidades dando respuesta al objetivo principal planteado. En la satisfacción de las mismas, se pide al personal enfermero que cuenten con estrategias que den respuesta a estas, garantizando así la dignidad del paciente y potenciando sus capacidades. Las medidas de confort propuestas tienen como finalidad aliviar la incomodidad, fomentar la trascendencia eliminando factores que provocan estrés y promover la tranquilidad en todos los ámbitos (19).

**Figura 6.** Medidas para mejorar el bienestar y confort de pacientes ingresados en UCI.



**Fuente:** Elaboración propia.

## 2.1 Mejorar la comunicación.

Se ha podido observar una clara necesidad de comunicación eficaz con el paciente y la familia y, para lograrlo, es muy importante que el personal sanitario esté entrenado en lo referente a habilidades de comunicación. En este aspecto, el principal objetivo que se busca es el desarrollo de sistemas de comunicación efectivos que mejoren la relación terapéutica paciente-enfermera, teniendo en cuenta también, el hecho de que en la UCI nos encontramos con pacientes intubados, con los que la comunicación es mucho más compleja y se requiere un mayor esfuerzo (10). En dichos casos, se podría hacer uso de papel y lápiz o láminas de abecedario que sirvan como herramientas para conseguir una adecuada interacción con este tipo de pacientes.

El estudio realizado por Achury Saldaña *et al* (31), expone que el camino para conseguir consolidar esta relación se basa en la implementación de sesiones educativas en las que se traten diferentes modelos y técnicas de comunicación. Los profesionales sanitarios deben adoptar una postura asertiva, siendo capaces de expresar sus opiniones, sentimientos y deseos de forma honesta, respetando las creencias y pensamientos de las personas.

En esta misma línea, se proponen diferentes técnicas de comunicación que deben adoptar los profesionales sanitarios. Dentro del contexto de la asertividad, varios autores (28, 33, 26) coinciden en que es primordial adquirir una escucha activa, la cual hace referencia a la habilidad de escuchar no sólo las palabras que transmite sino también los sentimientos e ideas que subyacen lo que está diciendo. Este tipo de escucha debe contar además con una mirada atenta y un diálogo fluido que conduzcan a la proactividad y a la obtención de una relación más próxima, de confianza.

Este vínculo paciente-enfermera se debe equiparar con la relación de la enfermera con los familiares en el sentido de que, en ambos procesos comunicativos, se requieren respuestas claras, concisas y precisas ante las preguntas que puedan surgir ya que el personal debe ser capaz de solucionar esas posibles dudas manifestadas tanto por el paciente como por la familia disminuyendo así su ansiedad y evitando errores (20).

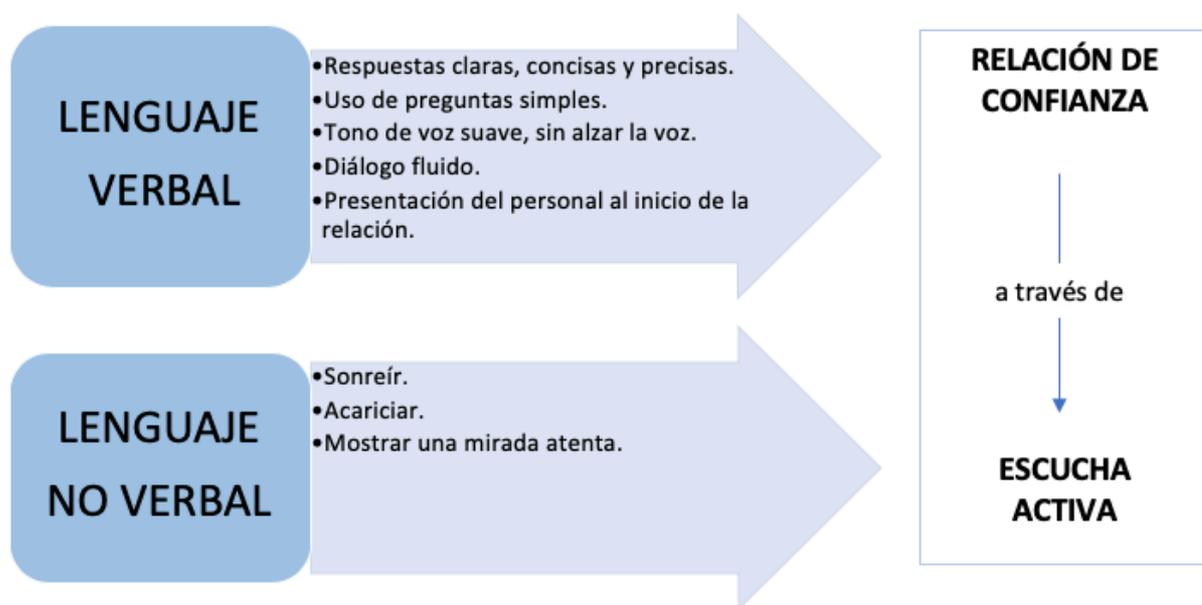
Se enfatiza, además, en la importancia de que el profesional se presente en un primer contacto con el paciente y familia, sin olvidar llamar a los usuarios por su nombre. Deben emplear tono de voz suave sin alzar la voz para evitar que se alteren, transmitiéndoles calma y seguridad. Así como, usar preguntas simples para conseguir identificar señales

que indiquen la presencia de dolor, frío y calor, entre otras. Asimismo, sería fundamental que todo ello fuese acompañado de lenguaje no verbal como una sonrisa, una caricia, mirar a los ojos, etc (26).

La comunicación efectiva, a través de la escucha activa y la empatía, según manifiestan Canhizares Evangelista *et al* (33), es reconocida por pacientes y familiares como el principal factor que promueve un cuidado humanizado, ya que se sienten informados y en un clima de confianza con el equipo sanitario. En este sentido, es importante destacar que la comunicación con la familia es esencial, ya que son una parte fundamental en el proceso de atención y cuidado holístico del paciente (Figura 7).

Por todo ello, se proponen futuras líneas de investigación que deben estar encaminadas al desarrollo de estrategias que mejoren la comunicación en un primer lugar, entre profesionales y, seguidamente, con los pacientes y sus familiares (43). De esa manera, se conseguirá una mejora en la calidad de vida del paciente y se disminuirá la incertidumbre que genera el ingreso en una UCI.

**Figura 7.** Técnicas para lograr una comunicación efectiva.



**Fuente:** Elaboración propia.

## 2.2 Individualizar los horarios de visitas.

El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos es percibido por pacientes y familiares, como ya hemos podido comprobar anteriormente, como un evento traumático y estresante. Se trata de un acontecimiento inesperado, muy asociado a mortalidad (44). Para disminuir estas sensaciones se proponen diferentes medidas que mejorarían la calidad de la estancia del paciente en la unidad y mermarían considerablemente su estrés y preocupaciones.

La percepción más extendida actualmente entre los profesionales es que no se puede demorar más la apertura de puertas de estas unidades. La propuesta más aceptada es la de flexibilizar el horario de visitas (10, 38, 26), de manera individualizada, especialmente para pacientes con altos niveles de estrés o con algún desorden mental, donde se plantea incluso que estén acompañados continuamente.

En diversos estudios, como los realizados por Arias-Rivera *et al* (38) y González-Guijarro *et al* (26), se recomienda que el horario de visitas sea consensuado entre el paciente y sus familiares, así se tendría en cuenta la interpretación de los sentimientos que le generaría al paciente esa visita, evitando que ésta le suponga una fuente de estrés extra. Se trata, por lo tanto, de que esta medida significase un refuerzo positivo, así como un vínculo con la realidad y un punto de referencia temporo-espacial que disminuya la ansiedad.

Por otro lado, además de la voluntad e ideales del paciente, se plantean otros factores a tener en cuenta. En el artículo de Vázquez Calatayud *et al* (27), se expone que a la hora de flexibilizar estos horarios se deben tener muy presentes las percepciones de los sanitarios y la cultura de la unidad. En cuanto a la decisión de cuánto tiempo debería pasar el familiar en la unidad acompañando al enfermo entrarían en juego otros elementos como el juicio clínico, las creencias y la actitud de la enfermera que atiende a ese paciente, así como la perspectiva de otros profesionales que también participarían en el cuidado del mismo.

En esta misma línea, desde las unidades se plantean cuál sería la función de estos familiares. Respecto a esto, Escudero *et al* (10) coinciden con De la Fuente-Martos *et al* (45) en la idea de que los acompañantes desarrollen un papel activo en los cuidados de su familiar, siempre bajo supervisión enfermera. Las acciones que se delegan están relacionadas principalmente con la higiene, la alimentación o los ejercicios de

rehabilitación. En los estudios mencionados, se percibe como un acto con repercusión positiva sobre los enfermos que refuerza vínculos y acerca a familiares y sanitarios.

El régimen de visitas previamente expuesto se llevó a cabo en la UCI del Hospital Infanta Margarita (45), estableciendo tres visitas al día, en las que se podían intercambiar los familiares. La enfermera del turno de mañana era la encargada de, basándose en su juicio clínico sobre el estado del paciente, determinar el tipo y horario del acompañamiento. Esta medida resultó ser muy positiva tanto para pacientes, como familiares y sanitarios reforzando la confianza en el equipo multidisciplinar.

Estas propuestas planteadas, como hemos podido observar, se han ido implementando poco a poco en ciertas Unidades de Cuidados Intensivos dando resultados muy positivos. Por lo que, con esta evidencia a las espaldas no cabe duda de que, en el futuro, debemos trabajar todos en la misma línea, velando por los intereses del paciente, su más temprana recuperación y la mejor sintonía entre pacientes, familiares y profesionales.

### **2.3 Fomentar la distracción de los pacientes.**

Un aspecto que produce un impacto positivo en los pacientes es que el entorno les produzca bienestar y confort. Varios autores (10, 46, 45) coinciden en que el uso de la tecnología puede favorecer la estancia del paciente en la UCI, ya que se trata de una forma de distracción que hace que el tiempo de ingreso transcurra más rápido.

En lo referente a la tecnología, hay que destacar el uso de dispositivos electrónicos como móviles, tablets o portátiles, que les permitan mantenerse en contacto con sus seres queridos, proporcionándoles una red inalámbrica desde el propio hospital en el que se encuentran. Además, el uso de equipos de música o audio pueden servirles como una escapatoria de la realidad. En esta misma línea, la lectura también les permitirá evadirse de la situación tan angustiada que están experimentando.

Junto con los aparatos electrónicos mencionados, se podrían sumar la televisión y la radio que actuarían como fuentes de información alternativas que les mantendría informados acerca de la situación actual. En esta misma línea, se englobaría el uso de periódicos o revistas que, aunque no se consideran aparatos electrónicos, contienen noticias a papel de carácter diario, publicidad, opiniones y críticas.

Gómez-Tello *et al* (46) destacan como aspecto importante, el uso de juegos y videojuegos ya que proporcionan distracción a aquellos pacientes que disfruten de ellos. Y, además, este estudio expone la importancia de fomentar la orientación del paciente haciendo uso

de relojes o calendarios que les permitan ser conscientes del tiempo. En este sentido, el hecho de que reciban luz natural hace que se encuentren orientados en tiempo y espacio y mantengan su ritmo circadiano.

Se han llevado a cabo varias intervenciones para fomentar la distracción, disminuyendo así factores estresantes. Un buen ejemplo sería el desarrollo de un protocolo en el cual, pacientes cuyo estado de salud se lo permitiese, podrían salir del box con medidas de seguridad como la monitorización para que pudiesen visualizar el mundo exterior a través de ventanas e incluso que sus familiares les acompañasen al servicio. Los resultados fueron muy positivos y los pacientes lo experimentaron como una forma efectiva de distracción (45).

La familia, por lo tanto, ayuda a distraer a los pacientes, suponiendo un punto de referencia para ellos, que mejora su orientación temporo-espacial y alivian sentimientos de frustración (47). Junto con la presencia de sus más allegados, el uso de aparatos electrónicos, material a papel, juegos, relojes, calendarios, acompañado de poder sentir la brisa y ver la luz del día contribuyen a mejorar la distracción de los pacientes y ha provocado que su tiempo en UCI no les suponga una eternidad, aumentando así su bienestar y confort.

#### **2.4 Favorecer un clima de confianza y disminuir la incertidumbre.**

Uno de los errores más frecuentes que afectan al bienestar y confianza de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos, son los relacionados con el intercambio de información.

Por parte de los familiares, recibir información diaria del estado de su familiar es una de las necesidades más importantes, en especial, la que comparten las enfermeras ya que les ayuda a comprender las actualizaciones médicas. Por ello, es imprescindible que ésta se adapte lo máximo posible, dejando de lado el lenguaje científico que los profesionales están acostumbrados a utilizar, dando paso a uno más sencillo (35).

Escudero *et al* (10) aconsejan que, para generar un adecuado clima de confianza entre familia y profesionales, los sanitarios deberían seguir una misma línea metodológica para la transmisión de noticias. Como hemos mencionado en muchas ocasiones, la información, además de ser muy compleja, puede ir acompañada en muchas ocasiones de un alto componente emocional, por lo que es preciso modularla y transmitirla de manera comprensible.

Para conseguir mejorar en este aspecto, los sanitarios deben colocar, en un primer plano, el favorecer un clima de confianza en el que la comunicación entre los propios profesionales sea efectiva y todos trabajen de forma consensuada en los cuidados. Además, mediante herramientas facilitadoras, como sistemas alternativos de comunicación o un adecuado método de intercambio de noticias, se conseguirá disminuir considerablemente la incertidumbre en pacientes, así como, mejorar la relación entre familiares y el equipo de sanitarios (20).

Esto debe hacerse más patente aún en la transmisión de malas noticias, donde los profesionales, sumado a todo lo anteriormente mencionado, deben hacer acopio de la máxima empatía posible y ser muy claros. Asimismo, deben mantener una actitud abierta para poder detectar posibles bloqueos emocionales o procesos de negación en familiares (10).

Otro aspecto que genera ansiedad e incertidumbre en estas unidades está relacionado con que los pacientes desconozcan las rutinas de la unidad. Cano Arana afirma, junto con González-Guijarro *et al* (48, 26), que una acción con repercusión muy positiva en los pacientes es informarles de qué es lo que va a ir ocurriendo en el día a día del ingreso. Ratifican que, de esta manera, los pacientes disminuyen sus niveles de ansiedad, por lo tanto, están más relajados y aumentan su confianza en el trabajo del equipo profesional, además de aumentar su propia seguridad.

Por lo tanto, como ya expusieron Bernal-Ruiz *et al* (21), podemos llegar a la conclusión de que una correcta interacción entre familia y enfermería es esencial para que se preste una atención integral, que genere un ambiente humanizado, donde se atiendan todas las necesidades, tanto cognitivas, como sociales y emocionales a través de una adecuada comunicación, comprensible, que transmita información honesta, veraz y no ofrezca falsas esperanzas. De esta forma, conseguiremos un espacio de tranquilidad, con reglas y límites nítidos que permitan que se brinde cuidado de calidad.

## **2.5 Mejorar la infraestructura y el ambiente de las unidades.**

El ambiente en UCI provoca una sobrecarga sensorial en el paciente, ya que está continuamente expuesto a estímulos externos como, por ejemplo, multitud de ruidos inevitables al encontrarse rodeado de numerosas máquinas y profesionales en situaciones de estrés. Para su mejora, varios estudios (10, 46, 26) coinciden en que es necesario disminuir los niveles sonoros mediante el buen manejo de alarmas, no más de 40 dB

durante el día y 20 dB durante la noche, favoreciendo así su descanso, haciendo uso incluso de tapones que les aíse y favorezcan el sueño. Además, estudios como el de González Gómez *et al* (39), recomiendan el desarrollo de protocolos de enfermería para mejorar este aspecto, mediante el fomento de la cultura del silencio, entre otros.

Estos autores destacan otra sobrecarga sensorial, la luz a la que están expuestos. Han observado que el uso de luz natural supone un beneficio en el bienestar ambiental del paciente. Junto con el bienestar acústico y lumínico, es imprescindible tener en cuenta el térmico. La temperatura ideal oscila entre 21 y 24°C y, si es posible, lo ideal sería disponer de un termostato por cada box para poder controlarlo más explícitamente, sin olvidar la importancia de mantener niveles de humedad óptimos.

Por otro lado, otro aspecto clave es mantener la intimidad y privacidad del paciente a través de una mejora en la infraestructura de la UCI. A la hora de asear a un paciente, el hecho de que la unidad esté completamente abierta no contribuye a preservar la intimidad. Por ello, el uso de biombos, cortinas o separadores físicos se vuelve imprescindible para que el aseo no suponga un momento de vulnerabilidad para los pacientes y preservemos su dignidad (46, 26).

Además, en este contexto de intimidad, Arias-Rivera *et al* (38) han visto la necesidad de fomentar un entorno que evite el estrés y promueva el bienestar tanto para el paciente, como para los profesionales y familias. Esto sería posible si la UCI contase con algunos “boxes” individuales. Asimismo, destacan la idea de que se debería hacer uso de un lenguaje más humano, es decir, utilizar la palabra habitación en vez de “box” o que la Real Academia Española reconozca la definición de la palabra “box” como un espacio reservado para pacientes que precisen aislamiento, proporcionando además privacidad.

Por otra parte, se debe tener en cuenta la cantidad de tiempo que pasan los familiares en la sala de espera y, por ello, se vuelve indudable que estas deben convertirse en un lugar donde puedan relajarse y sentirse confortables. Es muy común que pasen horas y horas por lo que, también es fundamental fomentar el apoyo entre ellos en dicha sala proporcionando un ambiente placentero (10, 26).

Por lo tanto, para la obtención de una infraestructura humanizada, es necesaria la creación de espacios que aseguren la calidad en la atención, la comodidad y la eficacia técnica.

## 2.6 Promover una gestión enfermera de calidad.

Las enfermeras, dentro de las UCI, son los profesionales con mayor capacidad para satisfacer las necesidades tanto de los pacientes, como de sus familiares. Esto se debe a que se encuentran en interacción constante con ellos, factor que debe aprovecharse para conocer la historia personal del paciente y así, obtener una visión holística del mismo que les ayudará a satisfacer sus demandas (49).

Para llegar a este cuidado humanizado, Aliberch *et al* (49) apoyan la misma visión de Milena *et al* (28) centrada en buscar una atención de calidad y sensibilidad que haga que la persona ingresada se sienta respetada y completamente cuidada. Para que todo esto sea posible, lo ideal sería contar con el apoyo de instituciones que promuevan una buena organización, permitiendo así, que las enfermeras desarrollen correctamente su rol.

Varios estudios (36, 26) determinan que, la implementación de este tipo de políticas aspira a un cuidado humanizado para los pacientes mediante una gestión democrática que mejoraría también el ambiente de trabajo. Se priorizarían acciones que promuevan el trabajo coordinado entre profesionales, como la escucha activa, una adecuada formación en habilidades comunicativas y sociales o el control del estrés, entre otros.

Por otro lado, se proponen diferentes modelos para mejorar los planes de cuidado como, por ejemplo, seguir diferentes teorías que sirvan como guías para fundamentar las acciones que se lleven a cabo, ayudando a realizar una correcta planificación y, seguidamente, una evaluación que de calidad y visibilidad a los cuidados. Por lo tanto, mediante esquemas mentales, se orientaría una práctica que ayudase a alcanzar un pensamiento lógico para realizar una correcta toma de decisiones en consecuencia (21).

Otro aspecto a tener en cuenta, son los ya mencionados avances tecnológicos. Como nos indican Hernández-Tejedor *et al* (50), estos progresos son muy útiles para suplir funciones vitales de los pacientes, pero no justifican una prolongación de la vida sin una calidad aceptable. Los enfermeros deben ser los profesionales que velen por la seguridad del paciente y la disminución del riesgo de repetición de eventos adversos.

La unión de todas las medidas previamente citadas, procurarían una atención impecable por parte del equipo de enfermería, pero a la vez, no debemos olvidar que las enfermeras también son personas con necesidades y limitaciones. Por lo tanto, debemos procurar en todo momento que sientan la vocación del primer día, es decir, evitar el síndrome de *burn-out*. Para ello, De la Fuente-Martos *et al* (45), proponen la realización de sesiones para

mejorar aspectos de comunicación, toma de decisiones y motivación del personal, así como actividades de *coaching* o relajación. De ese modo, conseguiremos que las enfermeras sean capaces de dar lo mejor de sí mismas, obteniendo así el mayor beneficio para sus pacientes.

## CONCLUSIONES

La Unidad de Cuidados Intensivos es un espacio en el que ingresan pacientes cuya patología compromete significativamente su salud, requiriendo así unos cuidados continuos y especializados que, debido a su complejidad, puede hacer que los profesionales se centren en las tareas mecánicas, dejando de lado la parte humana de la persona ingresada, generando malestar. Tras una revisión exhaustiva de la literatura, se ha podido comprobar que los factores que causan más disconfort en estos pacientes y, a su vez, provocan falta de humanidad, abarcan todos los contextos de la persona.

La máxima de los profesionales de estas unidades debe ser, por lo tanto, que los cuidados que se brinden sean de calidad y, para ello, han de humanizarse.

En los estudios revisados, se ha podido observar que, en muchas ocasiones, las enfermeras carecen de unas habilidades de comunicación competentes que les permitan mantener una relación terapéutica tanto con el paciente, como con sus familiares, lo que hace que estos puedan sentirse solos o desamparados. Para abordar este aspecto, se han puesto en marcha diversas intervenciones con el fin de mejorar las habilidades de comunicación, encaminadas a humanizar la misma, haciendo que se sientan acompañados en todo momento. Además, otra intervención encaminada a mejorar este vínculo tiene como finalidad reducir la incertidumbre generada por el ingreso en estas unidades, a través del desarrollo de un clima de confianza mediante el uso de herramientas facilitadoras, asegurando así un espacio de tranquilidad, en el que la información que se transmita sea honesta y veraz.

Siguiendo esta línea, otro factor del que, tanto pacientes como familiares han demostrado su disconformidad, es el horario de visitas de corte restrictivo que prevalece en estas unidades. Ante esta situación, ni los propios profesionales llegan a un acuerdo sobre qué medidas adoptar para solucionar esta situación. Por un lado, apoyan la iniciativa de abrir las puertas de estas unidades, pero por otro, sienten que esto podría entorpecer su organización, no pudiendo realizar su trabajo correctamente. Debido a ello, se ha consensuado que la mejor opción sería crear unos horarios de visitas individualizados en función de las necesidades, patología y situación de cada paciente, basándose en el juicio clínico del profesional que lo acompañe, consiguiendo así un beneficio mutuo.

El entorno es otro aspecto clave que afecta a la experiencia de los pacientes en estas unidades. Un ámbito hostil en el que se conviva con exceso de luz, ruido o una

temperatura inadecuada generará una gran insatisfacción, afectando a factores imprescindibles para la recuperación del paciente como, por ejemplo, el descanso.

Los profesionales de estas unidades deben velar porque las condiciones sean óptimas para que el paciente se sienta acogido, promoviendo que éste pierda el menor contacto posible con su ambiente habitual. Por ello, las intervenciones más indicadas para la humanización están encaminadas a generar un bienestar ambiental, en el que se adecue la temperatura y la luz a las sensaciones del paciente y se reduzca el ruido gestionando las alarmas, fomentando así la cultura del silencio.

Además, al tratarse de unidades abiertas donde no existe separación entre pacientes, hay que prestar especial atención a la pérdida de intimidad y privacidad, ya que los pacientes se sienten expuestos, sobre todo en actividades como el aseo diario en el cual se encuentran en un estado de gran vulnerabilidad y debilidad. Por lo tanto, una mejora en la infraestructura, haciendo uso de biombos, separadores físicos o cortinas, conduce a preservar la dignidad del paciente.

Frecuentemente, los pacientes presentan sentimientos de ansiedad y frustración que hacen que su estancia en UCI sea poco agradable. Al no tener en cuenta los sentimientos y emociones del paciente, así como sus creencias y valores, se ha observado un trato deshumanizado. Por lo tanto, se ha vuelto imprescindible promover su confort a través del uso de aparatos electrónicos como forma de distracción, permitiéndoles que se mantengan en contacto con sus seres queridos. Asimismo, el hecho de que reciban luz natural de ventanas o tengan acceso a relojes y calendarios, favorecería su orientación, haciendo que se mantenga un vínculo espacio-temporal con la realidad.

En definitiva, en estas unidades se deben implementar políticas que promuevan, mediante una adecuada gestión, un trato humanizado. Comprometiéndose así, a una práctica orientada al progreso en la que se sigan esquemas claros, con una planificación oportuna que evalúe los resultados y esté en constante evolución.

A partir de estas medidas, se conseguiría una atención de calidad, con un personal motivado capaz de ofrecer su mejor versión, beneficiando así a los pacientes.

### **Limitaciones del estudio.**

En la realización de este análisis nos hemos encontrado con diversas limitaciones, entre las que podríamos destacar, por un lado, la semejanza de los artículos encontrados. Tras la lectura de una gran cantidad de ellos, se pudo observar que, la mayoría proporcionaban

información muy similar, lo que ha dificultado encontrar diferentes opiniones respecto a los temas tratados.

Por otro lado, debido a que la mayoría de los artículos que hemos referenciado estaban basados en opiniones, experiencias y testimonios, los resultados obtenidos tienen un alto grado de subjetividad.

Finalmente, otra limitación ha sido la lectura de artículos únicamente en dos idiomas, español e inglés, lo que ha suscitado que se prescindiera de cierta información, sobre todo la redactada en portugués.

### **Futuras líneas de investigación.**

Lo que este trabajo nos sugiere es que se debe seguir luchando por visualizar al paciente en el centro de los cuidados, no como objeto, sino como persona, teniendo una visión holística de todas sus esferas.

Las futuras líneas de investigación deberían ir encaminadas a la unificación de las actividades y acciones de todo el equipo multidisciplinar de estas unidades mediante la implantación de protocolos humanizadores que constantemente sean evaluados y progresen, según las necesidades de los servicios, para proporcionar bienestar.

Por otro lado, también se podría indagar en la realización de estudios que ofrezcan datos más objetivos en relación a la efectividad de las intervenciones que mejoran el confort de pacientes y familiares. Así como, el desarrollo y validación de escalas de bienestar para estas personas y sus familias.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecer particularmente a nuestra tutora, M<sup>a</sup> del Coro Canalejas, por su acompañamiento y atención a lo largo de este proceso, a pesar de las circunstancias en las que nos ha tocado trabajar. Por transmitir su apoyo y ayuda, tendiendo la mano en cada paso, ya que sin ella la realización de este trabajo no habría sido posible. Asimismo, por transmitirnos la pasión por esta gran profesión, la enfermería, haciéndonos ver que el esfuerzo, la constancia y el trabajo en equipo desembocan en resultados muy satisfactorios.

Además, deseamos agradecer el apoyo incondicional de nuestras familias y amistades, quienes confiaron, en todo momento, en nuestras capacidades y apostaron por nuestra vocación.

Por último y no por ello menos importante, agradecer a la pequeña gran familia que nos han regalado estos cuatro años de esfuerzos, de formación y aprendizaje que han hecho posible que podamos crecer tanto personal como profesionalmente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos, Estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid; 2010 [citado 26 dic 2019]. Disponible en:

<https://bit.ly/3baLleZ>

2. Ochoa Parra M. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo [Internet]. 2017 [citado 4 enero 2020]; 17(4): 258-268. Disponible en:

<https://bit.ly/3e9frRL>

3. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Historia [Internet]. España; [citado 4 enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/39S3WLe>

4. Mas N *et al.* Análisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y quirúrgica. Medicina Intensiva [Internet]. 2015 [citado 5 enero 2020]; 39(5): 279-289. Disponible en: <https://bit.ly/2XpQStL>

5. Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Intensivos (EfCCNa). Competencias enfermeras según la EfCCNa para las enfermeras de cuidados intensivos en Europa [Internet]. Países Bajos; 2013 [citado 26 dic 2019]. Disponible en:

<https://bit.ly/3aYoenL>

6. Neuraz A, Guérin C, Payet C, Polazzi S, Aubrun F, Dailler F *et al.* Asociación entre la ratio de enfermería y los desenlaces de los pacientes de UCI. Estudio multicéntrico. Enfermería Intensiva [Internet]. 2016 [citado 10 enero 2020]; 27(2): 81-83. Disponible en: <https://bit.ly/2xjsAHo>

7. Bravo Criado C. Cómo calcular el ratio enfermera-paciente. Roles Avanzados de Enfermería [Internet]. 2016 [citado 10 enero 2020]; 72(1): 83-87. Disponible en:

<https://bit.ly/34sWvsB>

8. Escobar-Castellanos B, Cid-Henriquez P. Nursing care and ethical issues surgen from the technological health advance. Acta bioeth [Internet]. 2018 [citado 9 enero 2020]; 24(1): 39-46. Disponible en: <https://bit.ly/2XpePI9>

9. Lombardo V, Vinatier I, Billot M-L, Franja V, Bourgeon-Ghittori I, Dray S, *et al.* How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey. *Annals of Intensive Care* [Internet]. 2013 [citado 14 enero 2020]; 3(19): 1-8. Disponible en: <https://bit.ly/2xiXu2B>
10. Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2014 [citado 13 enero 2020]; 38(6): 371-375. Disponible en: <https://bit.ly/3a2eV4K>
11. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de 2016-2019. España; 2016 [citado 28 diciembre 2020].
12. Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. HUCI se escribe con H de Humano. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2014 [citado 28 diciembre 2020]; 25(4): 123-124. Disponible en: <https://bit.ly/34r19r5>
13. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [citado 28 diciembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/34BP9U5>
14. Gálvez Herrer M, Gómez García J M, Martín Delgado M C, Ferrero Rodríguez M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo* [Internet]. 2017 [citado 23 enero 2020]; 63(247): 103-119. Disponible en: <https://bit.ly/2Vgkml8>
15. Gretter L. Comisión Especial del Colegio Farrand del Hospital Harper de Detroit. Juramento para Enfermeras de Florence Nightingale. *American Journal of Nursing* [Internet]. Madrid [citado 23 enero 2020]; 11(10): 77. Disponible en: <https://bit.ly/2Xqsubq>
16. Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de Enfermería Española. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Madrid [citado 23 enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3baLEGF>
17. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología* [Internet]. 2015 [citado 10 marzo 2020]; 28(2): 228-233. Disponible en: <https://bit.ly/2x9SMUX>

18. Da Cruz Silva Patacas de Castro C M, Rebelo Botelho M A. The experience of the persons with critical condition hospitalized in an intensive care unit. *Journal of Nursing* [Internet]. 2017 [citado 11 marzo 2020]; 11(9): 3386-3394. Disponible en: <https://bit.ly/2XnUf4q>
19. Silva Faria J M, Pontífice-Sousa P y Pinto Gomes M J. La comodidad de pacientes en cuidados intensivos- una revisión integradora. *Enfermería Global* [Internet]. 2018 [citado 10 marzo 2020]; 50: 477-489. Disponible en: <https://bit.ly/2wyhJJK>
20. Velasco Bueno J M, Heras La Calle G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2017 [citado 16 marzo 2020]; 10(20). Disponible en: <https://bit.ly/3eb203Q>
21. Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2014 [citado 19 marzo 2020]; 11(4): 154-163. Disponible en: <https://bit.ly/2y9D103>
22. De Ríos-Briz N. Cuidados intensivos de puertas abiertas: ¿estamos preparados los profesionales?. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2017 [citado 12 marzo 2020]; 28(4): 187. Disponible en: <https://bit.ly/2VgSROC>
23. Sandoval Gutiérrez J L. Abrir las puertas de la UCI: pero paso a paso. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2015 [citado 12 marzo 2020]; 26(3): 120. Disponible en: <https://bit.ly/2JVAb1G>
24. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A y Fernández-Fernández M. Analysis of needs of the critically ill relatives and critical care professional's opinion. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2016 [citado 13 marzo 2020]; 40(9): 527-540. Disponible en: <https://bit.ly/3c8VtEZ>
25. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández M I, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: una perspectiva de los profesionales. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2014 [citado 13 marzo 2020]; 25(2): 72-77. Disponible en: <https://bit.ly/2UVMh0R>
26. González-Guijarro P, Amezcua M. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2018 [citado 16 marzo 2020]; 11: 1-7. Disponible en: <https://bit.ly/2y6dGnI>

27. Vázquez Calatayud M, Martín Pérez S, Rubio Marco E, Labiano Pérez-Seoane C. Aspectos clave que inducen a las enfermeras a la flexibilización de la política de visitas de las familias en una unidad de cuidados especiales. *Enfermería en Cardiología* [Internet]. 2017 [citado 12 marzo 2020]; 24(71): 72-78. Disponible en: <https://bit.ly/3eeiwQr>
28. Milena Joven Z, Guáqueta Parada S R. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2019 [citado 16 marzo 2020]; 37(1): 65-74. Disponible en: <https://bit.ly/2VngNQa>
29. Feron Luiz F, Aquino Caregnato R C, Rosa da Costa R. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 16 marzo 2020]; 70(5): 1040-1047. Disponible en: <https://bit.ly/3edyKJx>
30. Lopes de Souza P T, de Araújo Ferreira J, Silva de Oliveira E C, Alves de Lima N B, da Rocha Cabral J, Célia de Oliveira R. Basic human needs in intensive care. *Cuidado é fundamental* [Internet]. 2019 [citado 16 marzo 2020]; 11(4): 1011-1016. Disponible en: <https://bit.ly/2xlMfGx>
31. Achury Saldaña D M, Pinilla Alarcon M, Alvarado Romero H. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2015 [citado 16 marzo 2020]; 33(1): 102-111. Disponible en: <https://bit.ly/2XsjPW2>
32. Ayuso-Murillo D, Colomer-Sánchez A, Herrera-Peco I. Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2017 [citado 16 marzo 2020]; 28(3): 105-113. Disponible en: <https://bit.ly/2VlhQ31>
33. Canhizares Evangelista V, da Silva Domingos T, Cerântola Siqueira F, Mara Braga E. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 16 marzo 2020]; 69(6): 1099-1107. Disponible en: <https://bit.ly/2RqwGV5>
34. Bautista Rodríguez L M, Arias Velandia M F, Carreño Leiva Z O. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Cuidarte* [Internet]. 2016 [citado 16 marzo 2020]; 7(2): 1297-1309. Disponible en: <https://bit.ly/2wv1htl>

35. Murillo Pérez M A, López López C, Torrente Vela S, Morales Sánchez C, Orejana Martín M, García Iglesias M, *et al.* Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2014 [citado 16 marzo 2020]; 25(4): 137-145. Disponible en: <https://bit.ly/2y4uOdE>
36. Spiri W C, de Azevedo Michelan V C. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 16 marzo 2020]; 71(2): 372-378. Disponible en: <https://bit.ly/3eb2mYe>
37. Spooner A J, Aitken L M, Corley A, Fraser J F, Chaboyer W. Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2016 [citado 16 marzo 2020]; 61: 165-172. Disponible en: <https://bit.ly/2Xqt0Go>
38. Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez M M. ¿Es necesario <<humanizar>> las unidades de Cuidados Intensivos en España? *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2017 [citado 16 marzo 2020]; 28(1): 1-3. Disponible en: <https://bit.ly/2JX1oAZ>
39. González Gómez A, Montalvo Prieto A, Herrera Lian A. Comodidad de los pacientes ingresados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 [citado 12 marzo 2020]; 16(45): 266-294. Disponible en: <https://bit.ly/3a0GpaQ>
40. Islem Tejada-Pérez I. "No es fácil estar 24 horas en una cama": confort del paciente con sedación en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan* [Internet]. 2017 [citado 16 marzo 2020]; 17(4): 380-389. Disponible en: <https://bit.ly/2VjLtSA>
41. Carvajal Carrascal G, Montenegro Ramírez J D. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería Global* [Internet]. 2015 [citado 11 marzo 2020]; 14 (40). Disponible en: <https://bit.ly/2Rsx45v>
42. Rubio González B, Gálvez Puerma L C, Ramírez González Ángel S, Amezcua M. 12 gestos para un cuidado humanizado en el entorno hospitalario. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2018 [citado 16 marzo 2020]; 11: 1-5. Disponible en: <https://bit.ly/2XwKcKJ>
43. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Amathauer-Rojas M, Molina-Muñoz Y. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2018 [citado 25 marzo 2020]; 29(1): 32-40. Disponible en: <https://bit.ly/3c62CWA>

44. Alsharari A F. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2019 [citado 25 marzo 2020]; 13: 465-473. Disponible en: <https://bit.ly/34x8Jk7>
45. De la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcuca M, Gómez-Espejo M R, Lara-Aguayo P, Morán-Fernández E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2018 [citado 26 marzo 2020]; 42(2): 99-109. Disponible en: <https://bit.ly/39S8ykw>
46. Gómez-Tello V, Ferrero M. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2016 [citado 26 marzo 2020]; 27(4): 135-137. Disponible en: <https://bit.ly/2Xs53i6>
47. Aliberch Raurell A M, Miquel Aymar I M. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2015 [citado 27 marzo 2020]; 26(3): 101-111. Disponible en: <https://bit.ly/2XpVIap>
48. Cano Arana A. Percepción de pacientes y profesionales de Cuidados Intensivos sobre los factores estresantes durante el ingreso en la unidad. Método mixto. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2016 [citado 27 marzo 2020]; 27(3): 129-131. Disponible en: <https://bit.ly/39TGv48>
49. Padilla Fortunatti C F. Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2014 [citado 27 marzo 2020]; 32(2): 306-316. Disponible en: <https://bit.ly/2y2p5Fe>
50. Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llompарт-Pou J A, Palencia Herrejón E, Estella A, *et al.* Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMIYUC). *Medicina Intensiva* [Internet]. 2017 [citado 27 marzo 2020]; 41(5): 285-305. Disponible en: <https://bit.ly/2RvoliW>

## ANEXO 1

**Tabla 2.** Relación de artículos revisados.

| Autores   | Tipo de estudio/<br>Lugar de estudio/<br>Año de publicación    | Muestra del estudio   | Objetivo del estudio   | Resultado /Conclusión del estudio   |
|---|--|---|--|---|
| <b>Da Cruz Silva Patacas de Castro C M <i>et al.</i> (18)</b> | Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo. Portugal. 2017 | 12 participantes de 27 a 77 años que habían sido ingresados en UCI. | Analizar la experiencia de personas que habían estado ingresadas en la UCI en estado crítico.                                | Se estableció una estructura en base a las experiencias de los participantes clasificándose en tres componentes, sentirse atrapado que engloba la pérdida de control sobre el cuerpo, sentirse entre la vida y la muerte y la necesidad de seguridad. |
| <b>Silva Faria JM <i>et al.</i> (19)</b>                      | Revisión narrativa. Portugal. 2018                             | 10 artículos  | Identificar necesidades y medidas de confort del paciente ingresado en UCI.  | Analiza las esferas que provocan disconfort y las necesidades que genera, así como las medidas que se adoptan para satisfacerlas.   |
| <b>Velasco Bueno J M <i>et al.</i> (20)</b>                   | Editorial. España. 2017  | _____   | Discusión sobre los contenidos que hacen que sea conveniente hablar de humanizar en la actualidad.                           | Apoyan una H-revolución (humanizada) que haga que se sienta vocación y nos sitúe como “personas que ayudan a personas”.   |
| <b>Bernal-Ruiz D <i>et al.</i> (21)</b>                       | Artículo de innovación para la práctica. Colombia. 2014.       | _____   | Elaborar propuesta de gestión que permita desde la teoría brindar cuidados de calidad a los familiares del paciente crítico. | La aplicación de un plan de cuidados basado en la teoría de comprensión facilitada favorecería una mejor experiencia durante el ingreso de los pacientes en UCI mediante unos cuidados de calidad, eficaces y excelentes.                             |

| Autores                                     | Tipo de estudio/<br>Lugar de estudio/<br>Año de publicación | Muestra del estudio   | Objetivo del estudio  | Resultado /Conclusión del estudio  |
|---|---|---|---|--|
| <b>De Ríos-Briz N. (22)</b>                 | Carta al director.<br>España.<br>2017.                      | _____   | Dar a conocer la existente necesidad de brindar la oportunidad a los pacientes de UCI de estar acompañados por sus seres queridos.  | Reflexión sobre la apertura de las unidades teniendo en cuenta los beneficios que acarrear. Destaca la idea de que los profesionales estamos preparados y se debe hacer partícipes a los familiares de los cuidados. |
| <b>Sandoval Gutiérrez J L. (23)</b>         | Carta al director.<br>España.<br>2015.                      | _____   | Se publica un manuscrito sobre la enorme necesidad de reestructurar las salas de espera de la UCI y las horas de visita con el objetivo de dar un trato más humano y ético. | Reflexión sobre la necesidad de modificar las formas de socialización en la relación médico-familiar y enfermera-familiar, además de llevar un control de las visitas.   |
| <b>Sánchez-Vallejo A <i>et al.</i> (24)</b> | Estudio descriptivo prospectivo.<br>España.<br>2015         | 61 profesionales sanitarios con antigüedad >3 meses en UCI<br>+<br>35 familiares de pacientes ingresados en UCI | Describir las necesidades de los familiares del paciente ingresado en UCI y la opinión de los profesionales sobre la presencia de los familiares en la unidad.              | Familiares satisfechos con la información recibida, aunque reclaman más cuidados de enfermería. Profesionales insatisfechos con sus habilidades comunicativas, solicitan más formación.                              |

| Autores                                       | Tipo de estudio/<br>Lugar de estudio/<br>Año de publicación     | Muestra del estudio   | Objetivo del estudio   | Resultado /Conclusión del estudio  |
|---|---|---|--|--|
| <b>Ayllón Garrido N <i>et al.</i> (25)</b>    | Revisión narrativa<br>Colombia.<br>2015                         | 75 artículos  | Analizar la importancia de la higiene como cuidado básico de enfermería en pacientes críticos y su relación con el confort.  | Los resultados demuestran que pacientes ingresados en UCI poseen muchas necesidades, de las cuales, la higiene es fundamental para proporcionarles bienestar, se ha observado que este cuidado brindado por profesionales promueve comodidad y es de las necesidades más importantes que requiere el paciente crítico. |
| <b>González-Guijarro P <i>et al.</i> (26)</b> | Revisión narrativa.<br>España.<br>2018                          | 36 documentos   | Indagar en las acciones humanizadoras que se llevan a cabo en las UCI y las diferentes estrategias que se pueden seguir para mejorar la relación terapéutica.        | La mayoría de las necesidades de los pacientes se ven satisfechas por las acciones de los enfermeros, lo que implica que la humanización está presente en los cuidados diarios.  |
| <b>Vázquez Calatayud M <i>et al.</i> (27)</b> | Estudio cualitativo descriptivo prospectivo.<br>España.<br>2017 | 16 enfermeras de una Unidad de Cuidados Especiales polivalente. | Identificar los motivos principales que impulsan al personal de enfermería a flexibilizar la política de visitas de familiares en una Unidad de Cuidados Especiales. | La política de visitas de las UCI debería flexibilizarse. Para ello se deberían diseñar estrategias para individualizarlo, es decir, adaptarlo a las necesidades de cada paciente.   |
| <b>Milena Joven Z <i>et al.</i> (28)</b>      | Estudio descriptivo, cuantitativo.<br>Colombia.<br>2016         | 55 pacientes ingresados en UCI                                  | Analizar detalladamente la percepción de los pacientes sobre los cuidados humanizados de enfermería en la UCI.   | Los cuidados humanizados se valoraron positivamente, especialmente el priorizar el sujeto de cuidado.  |

| Autores                                      | Tipo de estudio/<br>Lugar de estudio/<br>Año de publicación | Muestra del estudio  | Objetivo del estudio  | Resultado /Conclusión del estudio   |
|--|---|--|---|---|
| <b>Feron Luiz F <i>et al.</i> (29)</b>       | Estudio exploratorio-descriptivo cualitativo. Brasil. 2017  | 8 familiares + 6 profesionales   | Analizar las percepciones de familiares y sanitarios acerca de la humanización en UCI y establecer acciones formativas. | Se expresaron diferentes percepciones. A partir de los resultados se elaboró un Manual Reflexivo de prácticas asistenciales humanizadoras y un tablero que facilitase la comunicación junto con una guía dirigida a familiares. |
| <b>Lopes de Souza P T <i>et al.</i> (30)</b> | Descriptivo-exploratorio cuantitativo. Brasil. 2019.        | 100 profesionales de enfermería en Terapia Intensiva de adultos.                 | Analizar las necesidades de los pacientes a partir de la teoría de Wanda de Aguilar Horta.                              | Las enfermeras han demostrado conocer las necesidades básicas. Se centran en los aspectos psicobiológicos, dejando de lado aspectos sociales y espirituales.  |
| <b>Achury Saldaña D M <i>et al.</i> (31)</b> | Estudio cualitativo, descriptivo. Colombia. 2015.           | 112 enfermeras de UCI.   | Especificar aspectos que ayudan o dificultan la comunicación entre enfermeras y pacientes de la UCI.                    | La comunicación con el paciente crítico está muy limitada por la tendencia restrictiva de las unidades y la insuficiente formación de las enfermeras en este aspecto.   |
| <b>Ayuso-Murillo D <i>et al.</i> (32)</b>    | Estudio descriptivo transversal. España. 2017.              | 69 enfermeras del SERMAS.<br>29 asistenciales de UCI<br>+<br>40 hospitalización. | Analizar las diferencias en la personalidad entre enfermeras de UCI y de unidades de Hospitalización.                   | Enfermeras de la UCI con menos habilidades comunicativas que las de Hospitalización. Se debería brindar formación en este aspecto a las enfermeras de UCI.  |

| Autores                                     | Tipo de estudio/<br>Lugar de estudio/<br>Año de publicación             | Muestra del estudio  | Objetivo del estudio   | Resultado /Conclusión del estudio   |
|---|---|--|--|---|
| <b>Canhizares Evangelista V et al. (33)</b> | Estudio descriptivo cualitativo. Brasil. 2016                           | 24 profesionales del equipo de salud de la UCI   | Entender la humanización de los cuidados en la UCI a partir de un equipo multidisciplinar.   | Las actividades de las UCI se guían por la humanización. Aunque, en ocasiones, resulta un reto compaginarlo con los avances tecnológicos.   |
| <b>Bautista Rodríguez L M et al. (34)</b>   | Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Colombia. 2016. | 200 familiares.  | Evaluación de la comunicación, tanto verbal como no verbal del paciente crítico con sus familiares y el papel que desempeña la enfermería en esta interacción. | Mediante la humanización hay mayor colaboración entre los profesionales y las familias permitiendo que participen en los diferentes procesos, disminuyendo así la desesperanza y la ansiedad. |
| <b>Murillo Pérez M A et al.(35)</b>         | Estudio descriptivo transversal. España. 2014.                          | 166 enfermeras de Medicina Intensiva (UCI Trauma y emergencias, UCI Coronarias-Unidad Cardíaca Posquirúrgica y UCI Polivalente). | Analizar desde el punto de vista de las enfermeras la comunicación entre la persona ingresada y sus familiares.  | Se comunicaron más aspectos técnicos que relacionados con sentimientos. La confortabilidad es el aspecto al que daban mayor importancia.  |
| <b>Spiri W C et al. (36)</b>                | Estudio cualitativo, fenomenológico. Brasil. 2018                       | 25 profesionales de enfermería en una Unidad de Terapia Intensiva de adultos   | Analizar la percepción de los sanitarios de las Unidades de Terapia Intensiva en relación a la humanización del trabajo.                                       | La humanización es necesaria, mediante un cambio, adoptando un modelo de gestión participativa que transforme la teoría en práctica y de valor a los trabajadores.                            |

| Autores                                    | Tipo de estudio/<br>Lugar de estudio/<br>Año de publicación     | Muestra del estudio  | Objetivo del estudio   | Resultado /Conclusión del estudio  |
|--|---|--|--|--|
| <b>Spooner A J <i>et al.</i> (37)</b>      | Estudio observacional prospectivo. Australia. 2016.             | 40 enfermeras de UCI.                                      | Determinar el contenido de la información que se ofrece durante el cambio de turno en una UCI.   | La información que se da en los cambios de turno contiene diversa e inconsistente información, lo que podría comprometer la seguridad del paciente. Se debería en un futuro desarrollar un proceso estructurado. |
| <b>Arias-Rivera S <i>et al.</i> (38)</b>   | Editorial. España. 2017.  | _____  | Obtener mayor cercanía, afectividad, reforzar el compromiso de entrega hacia el usuario abriendo las puertas de UCI para humanizar el cuidado. | La UCI y el personal sanitario en España ya eran humanos, sin embargo, son necesarias mejoras en el confort de la unidad y coordinación con sus familiares para ofrecer una estancia óptima a los pacientes.     |
| <b>González Gómez A <i>et al.</i> (39)</b> | Estudio analítico, transversal de asociación. Colombia. 2017    | 160 pacientes de UCI. Mayores de 20 años.                  | Encontrar conexión entre factores sociodemográficos y dimensiones de confort en pacientes ingresados en UCI.                                   | Pacientes con mayor poder económico presentan menos probabilidad de estar confortables durante el ingreso. Pacientes con mayor educación presentan mayor probabilidad de estar confortables.                     |
| <b>Islem Tejada-Pérez I. (40)</b>          | Estudio cualitativo, etnográfico particularista. Colombia. 2017 | 12 enfermeras con una experiencia de más de 5 años en UCI. | Analizar el significado de confort del paciente bajo efectos de la sedación para enfermeros de UCI.  | Este tipo de pacientes no es consciente de las necesidades, por lo que depende completamente del personal sanitario. Estos interpretan los signos y aplican cuidado compasivo para así dar confort.              |

| Autores                                 | Tipo de estudio/<br>Lugar de estudio/<br>Año de publicación | Muestra del estudio                                       | Objetivo del estudio   | Resultado /Conclusión del estudio  |
|---|---|---|--|--|
| <b>Carvajal Carrascal G et al. (41)</b> | Revisión narrativa<br>Colombia.<br>2015                     | 75 artículos  | Analizar la importancia de la higiene como cuidado básico de enfermería en pacientes críticos y su relación con el confort.  | Los resultados demuestran que pacientes ingresados en UCI poseen muchas necesidades, de las cuales, la higiene es fundamental para proporcionarles bienestar, se ha observado que este cuidado brindado por profesionales promueve comodidad y es de las necesidades más importantes que requiere el paciente crítico. |
| <b>Rubio González B et al. (42)</b>     | Descriptivo,<br>observacional.<br>España.<br>2018.          | 55 profesionales (enfermeros y auxiliares de enfermería). | Establecer 12 gestos cotidianos que actúen de manera positiva sobre el paciente, haciendo que este perciba un trato humanizado.  | Los pacientes valoran 12 aspectos que de llevarse a cabo fortalecerían el vínculo enfermera-paciente y harían la asistencia más humana.  |
| <b>Padilla Fortunatti C F. (43)</b>     | Revisión narrativa.<br>Chile.<br>2014                       | 15 artículos  | Identificar las necesidades más importantes de los familiares de los pacientes de la UCI según la literatura de Molter y Leske (Critical Care Family Needs Inventory). | Necesidades destacadas: Esperanza, comunicación sincera. Menos destacadas: Comodidad y apoyo. Habitual interacción entre la familia y la visión holística de la persona coloca a la enfermera como el profesional ideal para detectar y satisfacer las necesidades.  |

| Autores                                  | Tipo de estudio/<br>Lugar de estudio/<br>Año de publicación | Muestra del estudio                | Objetivo del estudio   | Resultado /Conclusión del estudio  |
|--|---|------------------------------------|--|--|
| <b>Alsharari A F. (44)</b>               | Estudio transversal.<br>Arabia Saudí.<br>2017               | 223 familiares de pacientes en UCI | Identificar las necesidades a las que los familiares de los pacientes dan más importancia y determinar su relación con características sociodemográficas.  | Las necesidades más importantes fueron, seguridad, información, proximidad, confort y apoyo. Un nivel educativo alto se asoció con mayor necesidad de seguridad, información y proximidad.                 |
| <b>De la Fuente-Martos C et al. (45)</b> | Artículo especial.<br>España.<br>2018                       | _____                              | Analizar la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos a través de un estudio en la UCI del Hospital Infanta Margarita de Córdoba.                | Intentar seguir consolidando los resultados obtenidos en el tiempo, ya que mayoritariamente fueron positivos.  |
| <b>Gómez-Tello V et al. (46)</b>         | Editorial.<br>España.<br>2016.                              | _____                              | Conseguir una infraestructura humanizada con una UCI que proporcione bienestar físico y ambiental disponiendo de espacios confortables y eficientes.       | Se manifiesta la necesidad de asegurar la privacidad y bienestar ambiental del paciente, fomentar la orientación, comunicación y distracción de este y asegurar el bienestar en el área de los familiares. |
| <b>Aliberch Raurell A M et al. (47)</b>  | Revisión narrativa.<br>España.<br>2015.                     | _____                              | Indagar en la evolución del rol de la familia del paciente ingresado en UCI, así como el papel que juega la enfermería y puntos de mejora en la actuación. | Sí se solventa la necesidad de rol mediante una mayor implicación de los profesionales se disminuye la ansiedad del paciente y la familia.   |

| Autores                                 | Tipo de estudio/<br>Lugar de estudio/<br>Año de publicación   | Muestra del estudio                       | Objetivo del estudio  | Resultado /Conclusión del estudio  |
|---|---|---|---|--|
| <b>Cano Arana A. (48)</b>               | Estudio mixto.<br>Cuantitativo (Estudio Cornock)<br>Cualitativo (Estudio fenomenológico).<br>España.<br>2016. | 70 pacientes<br>+<br>70 sanitarios        | Exponer factores estresantes expresados por los pacientes para eliminarlos, garantizando así bienestar.     | Los aspectos más señalados fueron: sentir dolor, incapacidad de comunicación y sentir falta de control sobre uno mismo. Sensación de estrés más elevada en profesionales que en pacientes. |
| <b>Padilla-Fortunatti C et al. (49)</b> | Estudio descriptivo, comparativo y transversal.<br>Chile.<br>2017.  | 251 sujetos de muestreo por conveniencia. | Reconocer el interés de las necesidades de los familiares en relación a los pacientes ingresados en la UCI. | La identificación de la relevancia de las necesidades mejorará la relación de los profesionales con familiares.  |
| <b>Hernández-Tejedor A et al. (50)</b>  | Revisión narrativa.<br>España.<br>2017.   | _____                                     | Trasladar recomendaciones para la estandarización de los cuidados de pacientes críticos.                    | Se obtuvieron 65 recomendaciones basadas en la evidencia científica y la opinión de expertos que servirán como guía para intensivistas.  |

