

Gabriel Heras La Calle<sup>1,2</sup>, Mari Cruz Martin<sup>1,2</sup>,  
Nicolas Nin<sup>2,3</sup>

## Buscando humanizar los cuidados intensivos

*Seeking to humanize intensive care*

1. Hospital Universitario de Torrejón - Torrejón de Ardoz, Madrid, Spain.
2. Proyecto HU-CI Humanizando los Cuidados Intensivos - Spain.
3. Hospital Español - Montevideo, Uruguay.

### Introducción

La evolución científico y técnica de la atención al paciente crítico ha mejorado de forma espectacular la práctica clínica y la supervivencia, pero este progreso no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos más humanos. En muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) hacen que se conviertan en ambientes hostiles para los pacientes y sus familias e incluso para los propios profesionales.<sup>(1)</sup>

En una organización humanizada existe un compromiso personal y colectivo por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas, el entorno y uno mismo, especialmente cuando tomamos conciencia de la vulnerabilidad ajena y de la necesidad de ayuda de los pacientes.

Son muchas las líneas estratégicas que pueden considerarse a la hora de humanizar las UCI y todas ellas permiten un amplio margen de mejora. Buscar la excelencia requiere un cambio de actitud y compromiso, posicionando a la persona como eje central de la atención sanitaria.

Dentro del Proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos, se ha diseñado un marco conceptual con el objetivo de desarrollar acciones específicas que contemplen la humanización como una dimensión transversal de la calidad. Estas áreas de trabajo abarcan aspectos relacionados con los horarios de visita, la comunicación, el bienestar del paciente, la participación de las familias en los cuidados, el síndrome de desgaste profesional, el síndrome post-UCI, la arquitectura e infraestructura humanizada y los cuidados al final de la vida. (Figura 1) Todo ello tiene como objetivo común ofrecer unos cuidados intensivos, ya no solo excelentes desde el punto de vista técnico, sino más humanos, contemplando al profesional como motor del cambio.

### Flexibilización de los horarios de visita

Históricamente, la política de visitas de familiares a los pacientes ingresados en la UCI ha seguido un modelo restrictivo al considerar que este enfoque favorece el cuidado y facilita el trabajo de los profesionales. Pero su fundamento real, ha sido más la costumbre y la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes.<sup>(2)</sup> Las familias reclaman más tiempo y la posibilidad de compaginar las visitas con sus obligaciones personales y laborales.<sup>(3)</sup> La experiencia de algunas unidades, como por ejemplo las UCI pediátricas y neonatales, donde la familia se considera fundamental en el cuidado integral del paciente, ha llevado a la necesidad de considerar otros modelos.<sup>(4)</sup> En la actualidad la

**Conflictos de intereses:** Ninguno.

Presentado el 14 de agosto de 2016  
Aceptado el 18 de octubre de 2016

**Autor correspondiente:**

Nicolas Nin  
Hospital Español  
Av. Gral. Garibaldi, 1.729, 11800 Montevideo,  
Uruguay  
E-mail: niconin@hotmail.com

**Editor responsable:** Gilberto Friedman

DOI: 10.5935/0103-507X.20170003



**Figura 1** - Marco conceptual de la humanización de los cuidados intensivos. UCI - unidad de cuidado intensivo.

flexibilización de horarios o la instauración de “puertas abiertas” en la UCI es posible y beneficioso para pacientes, familiares y profesionales.<sup>(5)</sup> Conseguir extender el modelo, requiere aprender de las experiencias positivas de algunas unidades, participación de los profesionales, formación y cambios en las actitudes y hábitos que permitan una modificación aperturista de la política de visitas, adaptada a la idiosincrasia de cada Unidad. La figura de “cuidador principal” puede favorecer la presencia de los familiares adaptado a las necesidades individuales de cada paciente y de su entorno.

### Comunicación

El trabajo en equipo en la UCI, imprescindible en cualquier ámbito sanitario, requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva.<sup>(6)</sup> El traspaso de información (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no solo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y exigen procedimientos estructurados que los hagan más efectivos y seguros. Dar relevancia a este proceso, un liderazgo adecuado y el uso de herramientas que faciliten la participación multidisciplinar son elementos clave en la mejora de la comunicación.<sup>(7)</sup>

Los conflictos entre los profesionales que integran los equipos de UCI son frecuentes, causados en muchas ocasiones por fallos en la comunicación. Estos conflictos amenazan el concepto de equipo e influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia, generan desgaste profesional e impactan de forma negativa en los resultados.<sup>(8)</sup> El entrenamiento en habilidades no técnicas y las estrategias de soporte pueden favorecer la cohesión de los equipos.

La información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI.<sup>(9)</sup> En el paciente crítico, muchas veces incompetente, el derecho a la información se transfiere con frecuencia a sus familiares. Informar de forma adecuada en situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas, para las que muchos profesionales no han recibido formación específica. Una correcta comunicación con pacientes y familiares favorece un clima de confianza y respeto, y facilita la toma conjunta de decisiones. En general, no existen unas políticas específicas de cómo debe llevarse a cabo el proceso informativo en la UCI, siendo todavía frecuente la información limitada a una vez al día, sin adaptarse a las necesidades específicas de pacientes y familiares, y todavía en muy pocas ocasiones se contempla la información conjunta médico-enfermera.

La incapacidad de comunicarse o hablar de muchos pacientes críticos genera sentimientos negativos, son una fuente importante de estrés y frustración para paciente, familiares y profesionales.<sup>(10)</sup> El uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación debe incorporarse sistemáticamente como herramienta para mejorar la comunicación en estos pacientes.<sup>(11)</sup>

### **Bienestar del paciente**

Son muchos los factores que causan sufrimiento y disconfort a los pacientes críticos. Los pacientes sufren dolor, sed, frío y calor, dificultad para descansar por exceso de ruido o iluminación y se ven limitados en la movilización, muchas veces por el uso de contenciones innecesarias, o en la comunicación.<sup>(12)</sup> La valoración y control del dolor, la sedación dinámica adecuada a la condición del paciente y la prevención y el manejo del delirium agudo son piezas imprescindibles para mejorar el confort de los pacientes.<sup>(13)</sup> Además de las causas físicas el sufrimiento psicológico y emocional puede ser muy elevado. Los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión, entre otras.<sup>(14)</sup> La evaluación y soporte a estas necesidades debe contemplarse como un elemento clave de la calidad asistencial.<sup>(15)</sup> Asegurar una adecuada formación de los profesionales y promover medidas encaminadas a tratar o mitigar estos síntomas asegurando el bienestar de los pacientes constituye un objetivo principal en la atención del enfermo crítico.

### **Presencia y participación familiar en los cuidados**

Los miembros del entorno familiar presentan una alta prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Aunque en general los familiares desean participar en el cuidado, y muchos considerarían permanecer junto a sus seres queridos, especialmente en momentos de alta vulnerabilidad, la presencia y participación de los familiares en la UCI es muy limitada. Las barreras se han centrado en el posible trauma psicológico y ansiedad que puede generar a la familia, la interferencia en los procedimientos, la distracción y el posible impacto sobre el equipo sanitario.

Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que lo desean, podrían colaborar en algunos cuidados básicos (el aseo personal, la administración de comidas o la rehabilitación), bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener

efectos positivos sobre el paciente, ellos mismos y sobre el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas.

Aunque los estudios no son concluyentes la presencia de los familiares durante determinados procedimientos no se ha relacionado con consecuencias negativas, y se acompaña de cambios de actitud de los profesionales, como una mayor preocupación de los éstos en relación a la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación favoreciendo el proceso del duelo.<sup>(16)</sup>

### **Cuidados al profesional**

El “síndrome de burnout” o “síndrome del desgaste profesional”, es una enfermedad profesional que se caracteriza por 3 síntomas clásicos: agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional.<sup>(17,18)</sup> Este síndrome impacta a nivel personal y profesional, pudiendo derivar a un síndrome de estrés postraumático y a otros trastornos psicológicos graves, e incluso al suicidio. Además influye en la calidad de los cuidados, los resultados sobre el paciente, y la satisfacción del paciente, y se relaciona con el recambio de profesionales en las organizaciones.

Entre los factores contribuyentes destacan las características personales individuales, los factores ambientales y organizacionales. Estos, de forma directa o a través de síndromes intermedios, como el “distrés moral”, la percepción de ofrecer cuidados inapropiados o la “fatiga por compasión” pueden derivar en un síndrome de desgaste profesional.<sup>(19)</sup>

Recientemente diferentes sociedades científicas han buscado la difusión y visibilidad de este síndrome ofreciendo recomendaciones para reducir su aparición y mitigar sus consecuencias, estableciendo estrategias específicas que permitan dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales de intensivos derivadas de su dedicación y esfuerzo en el desempeño de su trabajo.<sup>(20)</sup>

### **Detección, prevención y manejo del síndrome post-unidades de cuidados intensivos**

El síndrome post-cuidados intensivos, descrito recientemente, afecta a un número importante de pacientes (30 al 50%) después de la enfermedad crítica. Se caracteriza por síntomas físicos (como el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, las úlceras por

presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o emocionales (ansiedad, depresión o estrés post-traumático) y pueden afectar también a sus familias, pudiendo ocasionar problemas sociales.<sup>(21)</sup> Sus consecuencias a medio y largo plazo impactan en la calidad de vida de los pacientes y las familias. Los equipos multidisciplinares, con especialistas en rehabilitación, fisioterapia, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, facilitan la atención continuada necesaria para dar soporte a estas necesidades.

### Arquitectura e infraestructura humanizada

El entorno físico de las UCI debe permitir que el proceso asistencial se realice en un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares. Existen guías publicadas (*Evidence Based Design*) que buscan reducir el estrés y promover el confort centrados en las mejoras arquitectónicas y estructurales de las UCI adecuadas a los usuarios y a los flujos de trabajo por proceso. Contemplan condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario, y decoración. Estas modificaciones pueden influir positivamente en los sentimientos y en las emociones favoreciendo espacios humanos adaptados a la funcionalidad de las unidades. Otros espacios como las salas de espera deben rediseñarse de manera que se conviertan en “salas de estar” y ofrezcan un mayor confort y funcionalidad a las familias.

### Cuidados al final de la vida

Los cuidados paliativos e intensivos no son opciones mutuamente excluyentes sino que debieran coexistir durante todo el proceso de atención del enfermo crítico.<sup>(22)</sup>

Aunque el objetivo fundamental de los cuidados intensivos es restituir la situación previa al ingreso del paciente, en ocasiones esto no es posible y debe modificarse de forma dinámica y orientarse a reducir el sufrimiento y ofrecer los mejores cuidados, especialmente al final de la vida. La atención paliativa busca proporcionar un cuidado integral del paciente y su entorno con intención de permitir una muerte libre de malestar y sufrimiento para el paciente y familiares de acuerdo con sus deseos y estándares clínicos, culturales y éticos. La limitación de soporte vital, frecuente en el enfermo crítico debe realizarse siguiendo las guías y recomendaciones establecidas por las sociedades científicas.<sup>(23,24)</sup> Debe aplicarse integrada en un plan de cuidados paliativos global, de forma multidisciplinar con el objetivo de cubrir las necesidades de los pacientes y familiares tanto físicas, como psicosociales y espirituales.<sup>(25)</sup> La existencia de protocolos específicos y la evaluación periódica de la atención ofrecida constituyen requisitos básicos. Las complejas decisiones que se toman en torno a los enfermos críticos al final de la vida pueden producir discrepancias entre los profesionales sanitarios y entre estos y los familiares. Los profesionales deben disponer de las competencias y herramientas necesarias para la resolución de estos conflictos incorporando la discusión abierta y constructiva en estas situaciones como estrategias de afrontamiento para reducir la carga emocional derivada de las mismas.

### Conclusiones

Humanizar es buscar la excelencia, desde un punto de vista multidimensional abordando todas las facetas de una persona y no solamente la clínica, aportando mayor cercanía y ternura, con autocrítica y capacidad de mejora. Las unidades de cuidados intensivos y los profesionales del enfermo crítico tienen el compromiso moral de liderar el cambio.

### REFERENCIAS

- Escudero D, Viña L, Calleja C. [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. *Med Intensiva*. 2014;38(6):371-5. Spanish.
- Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care*. 2014;23(4):316-24
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. [Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units]. *Rev Calid Asist*. 2015;30(5):243-50. Spanish.
- Meert KL, Clark J, Eggly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(3):761-72
- Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):181-93.
- Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, et al. Intensive care unit quality improvement: a “how-to” guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*. 2006;34(1):211-8.
- Abraham J, Kannampallil TG, Almoosa KF, Patel B, Patel VL. Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. *J Crit Care*. 2014;29(2):311.e1-7.

8. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, Abizanda R, Svantesson M, Rubulotta F, Ricou B, Benoit D, Heyland D, Joynt G, Français A, Azevedo-Maia P, Owczuk R, Benbenishty J, de Vita M, Valentin A, Ksomos A, Cohen S, Kompan L, Ho K, Abroug F, Kaarlola A, Gerlach H, Kyprianou T, Michalsen A, Chevret S, Schlemmer B; Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180(9):853-60.
9. Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calidad Asistencial*. 2014;29(6):325-33
10. Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2004;13(3):210-8; quiz 219-20.
11. Garry J, Casey K, Cole TK, Regensburg A, McElroy C, Schneider E, et al. A pilot study of eye-tracking devices in intensive care. *Surgery*. 2016;159(3):938-44.
12. Alonso-Ovies A, Heras La Calle G. ICU: a branch of hell? *Intensive Care Med*. 2016;42(4):591-2.
13. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Joffe AM, Coursin DB, Herr DL, Tung A, Robinson BR, Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R; American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *Am J Health Syst Pharm*. 2013;70(1):53-8.
14. Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(3):147-57.
15. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Sprong P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 2016;42(6):962-71.
16. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2013;368(11):1008-18.
17. Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach burnout inventory; manual research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
18. Silva JL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(2):125-33.
19. van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015;10(8):e0136955.
20. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*. 2016;150(1):17-26.
21. Stollings JL, Caylor MM. Postintensive care syndrome and the role of a follow-up clinic. *Am J Health Syst Pharm*. 2015;72(15):1315-23.
22. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(11):2418-28.
23. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda I Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasari S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32(3):121-33.
24. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008;36(3):953-63.
25. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014;370(26):2506-14.