



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

**Memoria del Trabajo de Fin de Grado**

## Humanización de cuidados en unidades de críticos

Rosa M<sup>a</sup> Vega Romera

**Grado de Enfermería**

Año académico 2018 – 2019

DNI del alumno: 43183238 W

Trabajo tutelado por Dra. Cristina Moreno Mulet

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Se autoriza a la Universidad a incluir este Trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas i de investigación	Tutor	Autor
	No X	No X

Palabras claves del Trabajo: Humanización, bienestar, confort, cuidados al final de la vida, UCI abierta.

## ***Resumen***

Objetivo: Conocer las medidas de humanización que hay actualmente en una unidad de cuidados intensivos en el cuidado de los pacientes y sus familiares, determinar cuales son las necesidades que presentan durante su estancia detectando así las estrategias adecuadas para mejorar la humanización, además de conocer las experiencias y formación de los enfermeros que forman el equipo de UCI.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Scielo y en las revistas medicina intensiva y enfermería intensiva.

Resultados: Se obtuvieron un total de 25 publicaciones. Se agruparon los resultados según el confort del paciente, familiares y personal sanitario; la importancia de realizar unos cuidados paliativos de calidad y la formación que tiene las enfermeras sobre ellos; un sistema de UCI abierta y los beneficios que supone para el paciente; y las necesidades de la familia y los pacientes como la comunicación y apoyo emocional.

Conclusiones: Todavía estamos lejos de la humanización completa en las unidades de cuidados intensivos. La ansiedad, el miedo, la falta de comunicación y de privacidad junto con la estructura arquitectónica de una UCI actualmente son los principales causantes de malestar en los pacientes, por lo que se deben facilitar las herramientas adecuadas para promover el bienestar y confort del paciente.

Palabras clave: Humanización, bienestar, confort, cuidados al final de la vida, UCI abierta.

## ***Abstract***

Objective: To know the humanization measures that currently exist in an intensive care unit in the care of patients and their families, to determine what the needs are during their stay, thus detecting adequate strategies to improve humanization, as well as knowing the nurse's experiences and the training they receive.

Method: A bibliographic search was carried out in Pubmed, CINAHL, Scielo databases and in intensive medicine and intensive nursing journals.

Results: A total of 25 publications were obtained. The results were grouped according to the comfort of the patient, family members and health personnel; the importance of quality palliative care and the training nurses have on them; an open ICU system and the benefits for the patient; and the needs of the family and patients such as communication and emotional support.

Conclusions: We are still far from complete humanization in intensive care units. Anxiety, fear, lack of communication and privacy together with the architectural structure of an ICU are currently the main causes of discomfort in patients, so the appropriate tools must be provided to promote the well-being and comfort of the patient.

Keywords: Humanization, well-being, comfort, care at the end of life, open ICU.

## *Índice*

1. Introducción	1-2 pág.
2. Pregunta	2 pág.
2.1 Objetivo general	2 pág.
2.2 Objetivos específicos	2 pág.
3. Metodología	3 pág.
3.1 Criterio de inclusión	3 pág.
3.2 Criterio de exclusión	3 pág.
3.3 Tabla búsqueda estrategia	4-7 pág.
4. Resultados	8-9 pág.
5. Discusión	9 pág.
5.1 Conocer necesidades más comunes de los pacientes y sus familiares	9 pág.
5.1.1 Necesidades de comunicación	9 pág.
5.1.2 Necesidades de descanso	9 pág.
5.1.3 Necesidades por parte de la familia	9-11 pág.
5.2 Implantación de estrategias para mejorar la humanización de cuidados	11 pág.
5.2.1 Estrategias de medidas de confort	12 pág.
5.2.2 Estrategias para la mejora del descanso	12 pág.
5.2.3 Estrategias para una comunicación correcta	12 pág.
5.2.4 Estrategias para lograr una infraestructura correcta	13 pág.
5.2.5 Musicoterapia	13 pág.
5.2.6 UCI abierta	13-14 pág.
5.3 Experiencias de los enfermeros ante un paciente paliativo	14-16 pág.
6. Conclusiones	16-18 pág.
7. Anexos	19-40 pág.
8. Bibliografía	41-44 pág.

## ***1. Introducción y justificación***

En una unidad de cuidados intensivos, el ambiente es hostil y aumenta la dificultad en todos los sentidos. A parte de los cuidados que requiere un paciente con ventilación mecánica o sedado se le suma a esta situación, las complicaciones que pueden existir a la hora de comunicarse o de poder tratar con el paciente, por ello se debe trabajar para poder garantizar el cumplimiento de las necesidades de los pacientes, y nunca olvidar que todos merecemos ser tratados con dignidad y respeto.

La humanización supone una necesidad hoy en día, no solo a nivel sanitario, sino también en las relaciones personales y en todos los ámbitos. A nosotros, como profesionales de la salud, nos corresponde asumir la responsabilidad de que tenemos y debemos ofrecer unos cuidados de calidad, no sólo centrados en la técnica sino también en la parte humana. El término humanizar, según la RAE significa hacer humano, familiar y afable a alguien o algo (RAE, 2018). Por lo tanto, la humanización en sanidad va más allá del propio paciente, también incluye a los familiares, quienes tienen un papel muy importante.

Cuando una persona acude a nosotros, es porque está en una situación de vulnerabilidad y lo que espera, es recibir un trato humano. Es indispensable que cuando se encuentran en esta situación reciban de nosotros comprensión, empatía, capacidad de escucha, calidez. Sin embargo, muchos confunden ser humano con comportarse humanamente. Humanizar es mucho más que ser educado o ser amable, es el compromiso que nosotros tenemos con nuestros pacientes en el momento en que decidimos dedicarnos a esta profesión, es tratar a la persona en su totalidad y de forma holística.

Por otra parte, no solo debemos tratar como tal a los pacientes, sino también a sus familiares. Independientemente de que no padezcan una patología se encuentran en una situación de vulnerabilidad y de sufrimiento, y les crea un impacto en su vida diaria. Si conseguimos tratar la angustia y la ansiedad que padecen, esto supondrá un bienestar para ellos y también para los pacientes.

Son muchas las barreras que nos encontramos a la hora de poder ofrecer una atención humanizada: el lenguaje que a veces utilizamos a la hora de expresarnos con nuestros pacientes, las tecnologías, el ratio enfermera-paciente que muchas veces tiene como consecuencia la falta de comunicación y tener un trato más despersonalizado. También puede

afectar el estrés del personal, los protocolos, la falta de coordinación entre el equipo, pacientes o familiares excesivamente demandantes, dificultad en la relación con el médico (de la Fuente-Martos et al. 2018).

Por ello, es de vital importancia la existencia de un plan de humanización que garantice una atención íntegra y personalizada a la persona, trato de calidad, en la que se fomente la máxima autonomía y se aporte seguridad y confianza.

Con este Trabajo de Final de Grado (TFG) me planteo qué podemos hacer por los pacientes que en un momento puntual se encuentran en una situación crítica identificando las necesidades que tienen tanto ellos como sus familiares, junto con las estrategias para poder buscar la mejor solución. Al mismo tiempo me gustaría conocer el impacto que tiene para las enfermeras trabajar con pacientes paliativos.

## ***2. Objetivo general:***

Conocer las medidas de humanización que hay actualmente en la UCI en el cuidado de pacientes y sus familiares, junto con las experiencias y opiniones de los enfermeros que trabajan en esta unidad.

## **Objetivos específicos:**

1. Conocer las necesidades de los pacientes y familiares en su estancia en la UCI
2. Detectar estrategias y promover iniciativas para poder mejorar la humanización de ambos.
3. Conocer las experiencias de los enfermeros en UCI y su formación sobre la humanización de cuidados.

**Palabras clave:** unidad de cuidados intensivos abierta, comunicación, humanización, cuidados, cuidados paliativos, confort, bienestar, paciente crítico.

## ***3. Metodología***

Se realizó una revisión sistemática a través de literatura científica sobre la humanización en cuidados de UCI recibidos por parte del personal sanitario junto con las experiencias,

necesidades y percepciones de los pacientes que se encuentran ingresados. En la búsqueda también se incluyeron estrategias para poder mejorar estos cuidados y así poder ofrecer una asistencia de calidad. Se han utilizado las bases de datos Pubmed, CINAHL y SCIELO junto con las revistas medicina intensiva y enfermería intensiva. A continuación menciono los criterios que he seguido a la hora de realizar la búsqueda.

#### Criterios de exclusión:

- ❖ CE 1: Todos aquellos artículos que tienen contenido sobre pediatría o neonatos.
- ❖ CE 2: Idiomas que no sean el inglés, castellano o portugués.
- ❖ CE 3: No se centran en los pacientes, familiares o profesionales.

#### Criterios de inclusión

- ❖ CI 1: Dan respuesta a mis objetivos específicos.
- ❖ CI 2: Valora el impacto sobre profesionales, paciente y familia.
- ❖ CI 3: Grupo de población: Humanos.
- ❖ CI 4: Artículos que hablen sobre la humanización sanitaria pero no solo de UCI.
- ❖ CI 5: Artículos comprendidos entre 2009 y 2019.

En primer lugar, se buscó en la base de datos Cinahl, donde introduciendo los siguientes descriptores: *Benefits or advantages AND open intensive care unit* aparecieron 14 resultados, y al introducir como limitador *NOT pediatric and neonatal*, se redujeron a 13. Los años de búsqueda son entre 2009 y 2019, y los idiomas utilizados son el inglés y español. De estos 13, se leyó el título de todos y el resumen de 6. Como artículos, finalmente se seleccionaron dos.

Siguiendo con la misma base de datos, se introdujeron los descriptores *communication methods AND intensive care unit NOT neonatal intensive care unit*, se encontraron 91 artículos, y al introducir como descriptores de segundo nivel *AND artificial respiration or mechanical ventilation* se redujo la búsqueda a 16. De éstos, se leyó el título de 16 y el resumen de 7. Finalmente se seleccionaron 5, siguiendo los mismos criterios de inclusión y exclusión.

La segunda base de datos fue Scielo, en la que introduciendo los descriptores *comunicación AND paciente crítico* obtuve 18 resultados. Se aplicó el filtro de años entre 2012 y 2018 y los

idiomas fueron inglés y español. De estos 18 leí el título de 16, y al no cumplir gran parte de ellos mis objetivos, al final me decanté por 3 artículos.

Siguiendo con la misma base de datos, se realizó otra búsqueda diferente con otros descriptores. Fue la siguiente: *paciente AND cuidados críticos AND comodidad*. Se aplicó el filtro de años entre 2013 y 2018, con idiomas como español y portugués. En esta ocasión, el número de artículos encontrados fue de 4, de los cuales el título y resumen de todos fueron leídos. De estos cuatro, se seleccionaron 3 que eran de interés.

Enfermería intensiva: En esta revista electrónica, se han realizado varias búsquedas. En la primera, como descriptores se usaron *final de la vida AND cuidados*. Los años de búsqueda son entre 2011 y 2018, y como idiomas el español. Aparecieron 7 resultados, de los cuales el título y resumen de 7 fueron leídos y finalmente 4 fueron seleccionados.

En la segunda búsqueda, al introducir los descriptores *confort AND bienestar*, se obtuvieron 15 resultados, e introduciendo *NOT pediatric* la búsqueda se redujo a 13. De estos 13, el título y el resumen de 7 de ellos fueron leídos. Al final, 3 fueron los seleccionados.

En la tercera búsqueda, se buscó algo más concreto, que es encontrar algún artículo sobre la infraestructura de una UCI. Introduciendo los descriptores: *Infraestructura AND bienestar* se obtuvieron 5 resultados, de los cuales 4 fueron leídos y 1 fue seleccionado.

En la cuarta búsqueda, introduciendo los descriptores *cuidados AND paciente crítico AND bienestar* se obtuvieron 53 resultados, introduciendo como fechas seleccionadas entre 2009 y 2019. El idioma seleccionado fue el español. Introduciendo como descriptor de segundo nivel: *NOT unidad de cuidados intensivos pediátricos* aparecieron 48 resultados. No se aplicaron más filtros y se leyó el título de los 48 artículos. Al final, solo hubo 4 que pudiesen responder a las preguntas y 2 fueron seleccionados.

Por último en la búsqueda que hice en Pubmed: Introduciendo los descriptores *communication AND humanization AND intensive care unit* se obtuvieron 3 resultados, de los cuales el título y resumen de ambos fueron leídos y seleccionados. Los años de búsqueda fueron entre 2009 y 2019 y el idioma el inglés.

<i>Bases de datos/ Revistas consultadas</i>	<i>Descriptor en inglés/castellano (Boleanos)</i>	<i>Años</i>	<i>Límites</i>	<i>Artículos encontrados</i>	<i>Lectura de título y resumen</i>	<i>Artículos seleccionados</i>
<b>CINAHL</b>	1er nivel:  Benefits or advantages AND open intensive care unit  2do nivel:  NOT pediatric and neonatal	2009 2019	Idioma: inglés, español  Últimos diez años	1er nivel: 14 2do nivel: 13	Título 6 Resumen 4	2
<b>CINAHL</b>	1er nivel:  Communication AND intensive care unit NOT neonatal intensive care unit  2do nivel:  AND artificial respiration or	2009 2019	Idioma: inglés  Últimos diez años	1er nivel: 91 2do nivel: 16	Título: 12 Resumen: 7	4

	mechanical ventilation					
<b>SCIELO</b>	1er nivel:  comunicación AND paciente crítico	2012  2018	Idiomas: español, inglés  Últimos 6 años	1er nivel:18	Título: 12  Resumen: 6	3
<b>SCIELO</b>	1er nivel:  paciente AND cuidados críticos AND comodidad	2013  2018	Idiomas: español e inglés  Últimos 6 años	16	Título: 12  Resumen: 7	3
<b>Enfermería intensiva</b>	1er nivel:  Final de la vida AND cuidados	2011  2018	Idiomas: Inglés y español  Últimos 7 años	7	Título: 7  Resumen: 5	3
<b>Enfermería intensiva</b>	1er nivel:  Confort AND bienestar   2do nivel:	2009  2019	Idiomas: inglés y español	1er nivel: 15  2do nivel: 13	Título: 12  Resumen: 6	3

	Confort AND bienestar NOT pediátrico					
<b>Enfermería intensiva</b>	Infraestructura AND bienestar	2009 -201 9	Idiomas: inglés y español	1er nivel: 5	Título: 5 Resumen: 2	1
<b>Enfermería intensiva</b>	1er nivel: Cuidados AND paciente crítico AND bienestar	2009 -201 9	Idiomas: español	1er nivel: 53 2ndo nivel: 48	Título: 48 Resumen: 4	3
<b>Pubmed</b>	1er nivel: Communication ND humanization AND intensive care	2009 -201 9	Idiomas: inglés	3 resultados	Título: 3 Resumen: 3	3

Se realizó una revisión de la narrativa en la que en la primera búsqueda (en el primer nivel) se utilizaron todos los descriptores mencionados anteriormente, obteniendo un total de 222 artículos. Debido al número de artículos encontrados de los mismos se realizó una segunda búsqueda. Después de añadir los criterios de inclusión y exclusión, se consiguieron un total de 126 artículos. Finalmente, después de leer el título y resumen de los artículos mencionados en la tabla anterior, 25 artículos fueron seleccionados de forma definitiva.

### ***Selección de estudios***

Para la selección de estudios, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios, en primer lugar, se introdujeron las palabras claves, y se añadieron los criterios de inclusión y exclusión. En segundo lugar, los títulos y resúmenes fueron leídos, descartando todos aquellos artículos que tras haber leído el resumen no aportan la información necesaria para el estudio.

### ***4. Resultados***

Se consiguieron 25 artículos que hablaban de la humanización en cuidados, sobre la perspectiva de los propios pacientes, familiares y personal sanitario de éstos cuidados y estrategias para llevar a cabo una humanización completa. La selección de artículos fue la siguiente: 2 estudios observacionales transversales, 1 estudio cualitativo fenomenológico descriptivo, 7 estudios cualitativos, 4 estudios cuantitativos, 3 revisiones bibliográficas, 4 estudios descriptivos, 1 estudio prospectivo experimental, 1 estudio explorativo descriptivo y 2 estudios mixtos de investigación

### ***Diseños de investigación más comunes.***

De los 25 artículos se realizó una división por temas, donde el resultado es:

- Confort del paciente, familiares y personal sanitario (Gómez-Tello and Ferrero, 2016; Manuel and Faria, 2018; Carrera-Hernández et al., 2018; de la Fuente-Martos et al., 2018; Sanjuán Naváis et al., 2013; Cano Arana, 2016; Tejada, 2017; Luiz, Caregnato, and Costa, 2017)
- La importancia de realizar unos cuidados paliativos de calidad y la formación que tienen la enfermera sobre ellos. (Estella et al., 2019; Velasco-Sanz et al., 2019; Velarde-García et al, 2017; Pérez et al., 2014; Piedrafita-Susín et al. , 2015)
- Sistema de UCI abierta: beneficios para el paciente (Lallemant et al., 2010; Athanasiou et al. , 2014; Suba et al., 2017)
- Necesidades de la familia y los pacientes como la comunicación y apoyo emocional (Llamas-Sánchez et al., 2009; Romero-García et al., 2013; Bustamante-troncoso, 2010; Marina et al., 2016; Llamas Sánchez, 2013; K. Dithole, Phil, and Sibanda,

2011; K. S. Dithole et al., 2017; Khalaila et al., 201; Luiz, Caregnato, and Costa , 2017).

*La tabla de resultados con cada artículo está adjunta en Anexos I.*

## **5. Discusión**

Durante la investigación se establecieron tres objetivos, en los cuales me he basado a la hora de realizar la búsqueda.

### ***1. Conocer las necesidades de pacientes y familiares durante su estancia en UCI.***

En UCI nos podemos encontrar con dos situaciones: el paciente consciente y el paciente sedado. El paciente consciente es capaz de interactuar con los profesionales, tomar decisiones por sí mismo y mantener su autonomía en la medida de lo posible. En el lado opuesto, tenemos a los pacientes sedados, no siendo conscientes de sus necesidades, perdiendo así su autonomía. El encargado de los cuidados de los pacientes son las enfermeras en ambos casos, pero en el segundo, se agrava más debido a la demanda por parte de la situación del paciente. La sedación afecta a la comunicación verbal y por tanto, el paciente depende de la interpretación que hagamos sobre sus gestos (miradas, sonidos, contacto, expresiones) (Tejada-2017).

En el contexto de una unidad de UCI, las necesidades más mencionadas por parte de los pacientes son: el dolor, el miedo, la frustración, la pérdida de autonomía, la sedación o la ventilación mecánica junto con las restricciones a la hora de recibir visitas por parte de los familiares (Manuel and Faria 2018).

Son varias las barreras que se encuentran a la hora de hablar del confort del paciente:

- ❖ La comunicación: Según la evidencia, los pacientes refieren en algunos casos estar de acuerdo en los sistemas de comunicación, pero en otros casos no. Éste es uno de los principales problemas que nos encontramos en la UCI, ya que muchas veces, los sistemas que se utilizan no son los más adecuados. La necesidad de información por parte de las familias y los pacientes es de gran importancia ya que proporciona una

mayor sensación de control, de alivio y reduce la ansiedad de ambos. En muchas ocasiones no se comunican cambios importantes, o no se dedica tiempo para parar y hablar con el paciente ni con sus familiares (Romero-García et al. 2013).

Son dos las formas que tenemos de comunicarnos con los pacientes: *de forma verbal y no verbal*. De forma verbal los pacientes agradecen que: usemos un vocabulario sencillo y comprensible; seamos claros, que no mostremos prisas cuando estamos hablando con ellos y que no haya incongruencias entre lo que diga un profesional u otro. La comunicación verbal en muchos casos también debe ir acompañada de no verbal: caricias, miradas, acompañar, los silencios (Pérez et al. 2014). En pacientes con VM la comunicación verbal es imposible, y por lo tanto tiene un gran peso la forma en la que nosotros nos expresemos. Nos encontramos con diversos obstáculos como (Khalaila et al. 2011):

- Factores mecánicos: vía aérea artificial y contenciones.
- Condición clínica: En pacientes con nivel grado de sedación y desorientados es difícil aplicar métodos de comunicación.
- Nivel de sobrecarga laboral: Las demandas de cuidados que supone un paciente crítico y las muchas tareas que se deben realizar muchas veces imposibilita la comunicación con los pacientes.
- Falta de habilidades.
- Despersonalización al paciente.

Una buena comunicación tiene beneficios como: favorecer la independencia del paciente, mejoría de los resultados clínicos y aporta una mayor confianza con los profesionales sanitarios.

Otra de las necesidades principales que presentan los pacientes es un buen descanso. Los estudios indican que los pacientes ingresados en la UCI tienen una profundidad del sueño media, con fácil despertar pero también con facilidad para conciliarlo. The Environmental Protection Agency recomienda que el nivel de ruido no sobrepase los 45 dB de día y 35 dB de noche (Sanjuán Naváis et al. 2013). Esto es debido a que en muchas ocasiones los boxes no son individuales o que la separación es un simple

biombo. Los factores que más afectan al sueño son: el dolor, la preocupación por su salud y también económica, las voces del personal y el ruido que provocan los aparatos (Cano Arana 2016). Además de que el control en muchas ocasiones está situado justo en el centro de la UCI, por lo tanto, se escucha al personal, las alarmas, teléfonos, etc. El uso de dispositivos invasivos también afecta a la hora de conciliar el sueño, sobretodo si llevan vías periféricas y drenajes. Es importante tener en cuenta que los pacientes necesitan tener un descanso óptimo (Carrera-Hernández et al. 2018).

*En cuanto a los familiares*, la comunicación es la principal necesidad. Muchos familiares refieren que cuando el médico les explica la información la entienden, pero que sin embargo, no se les comunica cuando surgen imprevistos en la evolución de su familiar y que a la hora de necesitar acceder a los facultativos, tienen dificultades. Reflejan también que tienen problemas en la identificación de los profesionales, ya que muchas veces no llevamos identificación. A parte, otro factor negativo que comentan, es el horario de la unidad, que debería ser más flexible (Llamas Sánchez, 2013).

Los familiares necesitan sentir que hay esperanza, proximidad con el paciente, información honesta y en términos que pueden comprender, ser tranquilizados, sentir que reciben cuidados de alta calidad, que el equipo se preocupa y poder tranquilizar a su ser querido (Zaforteza et al. 2010). Un 70% de los familiares de pacientes ingresados en UCI presentan ansiedad y hasta un 35% depresión, además de las situaciones de estrés en el momento agudo y postraumático.

## ***2. Detectar estrategias y promover iniciativas para poder mejorar la humanización de ambos.***

Es responsabilidad y obligación por parte del enfermero que identifique las necesidades del paciente y planifique y ejecute medidas, reevalorando continuamente el estado del paciente.

Algunas de las estrategias que se plantean en los artículos son las siguientes:

### **2.1 Medidas de confort** (Gómez-Tello and Ferrero 2016):

- Promoción del alivio: Alivio del dolor mediante medidas farmacológicas y no farmacológicas, ejercicios de fisioterapia pasiva.
- Promoción de la tranquilidad: Medidas farmacológicas de sedación si fuesen necesarias, mantener la calma, proporcionar un ambiente agradable, utilizar un lenguaje claro y sencillo a la hora de comunicarnos; fomentar la distracción de nuestros pacientes proporcionando música, televisión y dejando que la familia participe.
- Promoción de la privacidad: Mejora su bienestar que el personal sanitario muestre respeto por sus hábitos personales.

**2.2 En cuanto al sueño/descanso**: Para evitar la ansiedad o nerviosismo del paciente deberíamos intentar aclararle todas las dudas que tenga, hacerle saber que en todo momento lo tenemos monitorizado y que está controlado, favoreciendo así al descanso. Lo más importante es un buen manejo del dolor con analgesia, y sobretodo prevenirlo antes de que ya esté establecido para garantizar el sueño del paciente. En cuanto al ruido, procurar bajar la voz, bajar la intensidad de las alarmas que no son necesarias, cerrar las puertas de los boxes y ofrecer tapones (Carrera-Hernández et al. 2018).

**2.3 Comunicación**: Mantener a los pacientes informados respecto a los cuidados que tiene pautados reduce su ansiedad e incomodidad, avisando con palabras simples (este sedado o no), mostrar disposición de escucha activa junto con empatía, usar un tono de voz suave, proximidad física, proporcionar pizarras o papel y lápiz para que puedan comunicarse (Bustamante-troncoso 2014).

En cuanto a los profesionales sanitarios y la falta de habilidades, deben adquirir conocimientos psicosociales del cuidado del paciente. Algunos artículos muestran los beneficios de talleres sobre estrategias de comunicación en la unidad y poniéndolos en

práctica reevaluando continuamente su eficacia y los beneficios para el paciente y los profesionales (K. S. Dithole et al. 2017).

**2.4 Una infraestructura adecuada para el paciente** (Gómez Tello and Ferrero, 2016; de la Fuente-Martos et al., 2018):

- Lo ideal es disponer de boxes individuales para que cada paciente tenga su espacio y privacidad. En muchos casos no se puede disponer de boxes individuales, y por lo tanto habría que disponer de biombos o cortinas.
- Intentando que haya luz natural, y en muchas ocasiones no es así, para mantener su ritmo circadiano. Colores cálidos y no oscuros, dan sensación de más espacio y evitan que el paciente tenga ansiedad.
- Disponibilidad de recursos tecnológicos: TV, ordenador, tablet..
- Boxes más grandes que permitan tener una cama o sillón para el familiar.
- Un espacio donde poner objetos personales (fotos, algo que les haga sentirse a gusto).

**2.5 Musicoterapia:** Según la evidencia, la musicoterapia reduce los niveles de ansiedad en pacientes de UCI con VM. Esta disminución de ansiedad va acompañada de una disminución de la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial manteniéndose en el tiempo. También se ha demostrado que poner música a los pacientes a la hora de conciliar el sueño les ayuda. Por otra parte, no hay evidencia de que el dolor disminuya después de una sesión de musicoterapia. Aun así, solo por la reducción de ansiedad que supone, vale la pena su implantación ya que es una propuesta de bajo coste, segura y fácil de administrar (Sanjuán Naváis et al. 2013).

**2.6 Un sistema de UCI abierto:**

Los pacientes que están ingresados en la unidad sienten soledad y les gustaría poder contar con la presencia de sus familiares de forma más continua. Una UCI abierta es la restricción cero en la visita a la unidad, donde los amigos y familiares pueden ir en cualquier momento y no hay restricciones en la duración, en el número de visitantes ni edad (Suba et al. 2017).

En este estudio, se menciona a través de otro artículo como una unidad de coronarios hizo una comparación entre las UCI con régimen abierto respecto a un régimen cerrado, y los resultados que se obtuvieron fue que redujo las complicaciones cardíacas. (Zaforteza et al. 2010). Sin embargo, a pesar que se ha demostrado que un sistema de visitas abierto aporta beneficio para el paciente, en las UCI españolas no se está promoviendo tal cambio. En 2006, en Baleares, se empezó a desarrollar un proyecto (*Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico*) para fomentar que los familiares de los pacientes reciban unos cuidados adecuados. En el estudio, se muestra como existe una gran preocupación por parte de los profesionales ya que consideran que los espacios en una UCI no están adaptados para que las familias puedan estar más tiempo, y que por la carga de trabajo les genera estrés o problemas su presencia. Cuando les preguntan “¿Qué tipo de política de visitas crees que es la correcta?” muchas estaban a favor de la flexibilidad en el horario de UCI, pero ninguna votó a favor de la UCI abierta (Zaforteza et al. 2010). Es necesario que los profesionales se conciencien de la importancia que tiene atender las necesidades de los familiares y entender los grandes beneficios que tiene para el paciente.

Los familiares desean participar en el cuidado de su familiar si las condiciones lo permiten, las familias podrían colaborar en algunos cuidados (higiene personal, administrar comidas) siempre bajo la supervisión de los profesionales sanitarios. Esta situación presentaría efectos positivos sobre el paciente por tener a su familia cerca y por la confianza que tienen en ellos, sobre ellos mismos ya que los familiares se sentirían mejor y ayudaría a reducir su ansiedad y sobre el profesional que al mismo tiempo de reducirle la carga de trabajo notaría los beneficios sobre su paciente y la familia (Llamas Sánchez, 2013).

### **3. Conocer las experiencias de los enfermeros en UCI y su formación sobre la humanización de cuidados en pacientes al final de la vida.**

En cuanto a los cuidados al final de la vida, según estudios, éstos suponen una lucha personal y profesional para los enfermeros en nuestro día a día. Es muy importante abordar unos cuidados de calidad no solo para aquellos pacientes que fallecen a través de la limitación del

tratamiento de soporte vital (LTSV), sino que a pesar de salir de UCI su calidad de vida es limitada.

Existen barreras profesionales y personales. En primer lugar se encuentra la falta de acuerdo que hay en muchas ocasiones entre el equipo ya que las enfermeras se centran más en los cuidados a pie de cama y los médicos en el tratamiento. Por otra parte, la evidencia demuestra la falta de formación de enfermeros sobre cuidados paliativos junto con la falta de tiempo debido al amplio ratio enfermera- paciente a la hora de atender las necesidades de pacientes y familiares (Estella et al. 2019).

Otro factor a tener en cuenta a la hora de proporcionar unos cuidados paliativos de calidad es la experiencia profesional del enfermero, ya que el hecho de tener mayor experiencia hace que el equipo te respete más y se tengan en cuenta las opiniones sobre los temas relacionados con la muerte que a los enfermeros con poca experiencia, ya que no suelen manifestar su opinión o si lo hacen es con dificultad. La falta de formación sobre el paciente terminal supone un obstáculo tanto para el profesional como para la familia y el paciente, ya que se centra en la curación y la supervivencia (Velarde-García et al. 2017). Esta situación puede llevar a una comunicación ineficaz, a la inexistencia de conocimientos sobre temas legales y éticos o la intensificación de sentimientos.

Muchos enfermeros son conscientes del problema y les genera angustia, ya que trabajar en una unidad donde tienen un número de muertes tan elevado requiere de un personal altamente formado, tanto a nivel técnico como humano (Piedrafita- Susín et al. 2015). Consideran que hay falta de recursos, guías y protocolos, y que muchas veces tienen dudas de que tratamiento seguir como por ejemplo: ¿nutrición si? ¿seguimos con curas? ¿cambios posturales?, ya que sienten que la UCI supone el último intento del paciente y es difícil concebir cuando ya no se puede hacer nada por el paciente (Velarde- García et al. 2017).

Además, la evidencia muestra que los enfermeros también se encuentran con barreras arquitectónicas. Se encuentran con espacios pequeños, con poca privacidad, fríos y cuando el paciente va a fallecer no hay espacio suficiente para poder meter a la familia (Velarde-García et al. 2017).

Otra de las barreras con las que se encuentran son las psicoemocionales, ya que los cuidados al final de la vida a veces tienen como consecuencia el distanciamiento por parte de enfermería, y no por no querer prestar unos cuidados de calidad, sino por sufrir las consecuencias de implicarse con un paciente terminal. Los estudios demuestran que trabajar constantemente con pacientes paliativos o críticos supone un desgaste tanto físico como emocional para el enfermero. El distanciamiento emocional del enfermero tiene consecuencias sobre el paciente como tratarlo como un trámite más, despersonalizarlo, la evitación a conocer información sobre él o su familia (Velasco-Sanz et al. 2019).

Como estrategias más eficaces para afrontar las situaciones de pacientes al final de la vida tenemos el llanto, el humor, hablar con otras enfermeras, establecer una relación de confianza con la familia, ofrecer apoyo a través de tutorías y supervisión clínica. En el lado opuesto, se encuentra como medida menos eficaz el evitar por todos los medios crear una relación de confianza con el paciente evitando así implicarse emocionalmente. Sería importante la implantación de un sistema de apoyo psicológico, ya que pocos profesionales son los que lo necesitan por sí solos, pero a la larga reconocen necesitarlo para poder tratar correctamente al siguiente paciente (Piedrafita-Susín et al. 2015).

En cuanto a estrategias de formación, estudios proponen aumentar la formación continuada y de posgrado sobre cuidados paliativos junto con la elaboración de guías de ayuda o consulta para familiares y para el personal (Velarde-García et al. 2017).

## **6. Conclusiones**

Los resultados de este Trabajo de Final de Grado dejan patente que todavía queda mucho por hacer. La humanización de cuidados no está al alcance de todos y a pesar de que hay diversidad de opiniones, en la mayoría hay un acuerdo en que todavía son necesarios adaptar muchas medidas de mejora.

En primer lugar, para que los cuidados sean de calidad, el lugar donde impartirlos también debe serlo. Actualmente, las UCI han mejorado bastante, pero todavía queda mucho por hacer. Por poner un ejemplo, la UCI de HUSE cuenta con boxes individuales, pero con cristaleras que no aíslan el ruido, ni la luz y ven todo el rato el control. Es de vital importancia y supone una necesidad para los pacientes que el lugar en el que van a estar

durante un periodo de tiempo sea cómodo y se sientan bien. Esto muchas veces no está a nuestro alcance ya que no depende de nosotros como sea la infraestructura de una UCI, pero sí está en nuestro alcance favorecer la comodidad y el descanso del paciente con actos tan básicos como cerrando las puertas de los boxes, intentando hablar más flojo, no encendiendo todas las luces si no son necesarias, etc.

Por otro lado, los estudios señalan una gran incongruencia en cuanto a los problemas de comunicación de las enfermeras, ya que en algunos se ha obtenido la satisfacción del paciente y la familia, y en muchos otros no. En todos los casos, todos los artículos señalan la importancia que tienen una continua formación para las enfermeras en la sensibilización en el trato y de medidas de comunicación con el paciente. Por parte del paciente, lo que más desea es una comunicación clara y efectiva, donde haya una escucha activa y sientan que no molestan. Y por la otra parte, la familia tiene un gran peso en este proceso, y para disminuir su angustia y estrés necesita poder consultar sus dudas más a menudo con los profesionales sanitarios y estar más cerca de los pacientes.

En cuanto a la UCI abierta, la evidencia muestra que es beneficioso para el paciente la implantación de este sistema, ya que permitiría que los familiares pudieran pasar mucho más tiempo con ellos sin tener restricciones por los horarios que están pautados actualmente, y evitaría el estrés que supone tener que adaptarse a esta situación y a poder ver a su familiar durante 6 horas al día aproximadamente. Por otra parte, de esta manera, podrían intervenir en los cuidados a sus familiares y lo que se ve a día de hoy como una carga más, en mi opinión solo presenta beneficios ya que los pacientes se sentirían más a gusto, la familia más integrada y tranquila y así el equipo de enfermeras podría invertir ese tiempo en proporcionar otro tipo de cuidados, aunque siempre deben estar supervisados por ellos. El hecho de que un sistema de UCI abierta permita que el familiar se implique más en el cuidado no quiere decir que las enfermeras deban despreocuparse de sus obligaciones y responsabilidades.

Cabe hacer una profunda revisión de los cuidados paliativos que se ofrecen en el hospital. Cuidados que hoy suponen una atención más centrada en la patología que en la propia persona y de ahí la gran cantidad de artículos centrados en la falta de experiencia por parte de enfermería a la hora de realizar este tipo de cuidados, en la gran mayoría de ocasiones no por falta de interés sino por falta de conocimientos. El personal de enfermería necesita formación

sobre cuidados al final de la vida mediante guías o nuevos protocolos, junto con un cambio por parte de la organización. Para poder centrarnos plenamente en los familiares y sus pacientes sin descuidar los cuidados vitales que les debemos dar necesitamos que el ratio enfermera-paciente sea más alto, ya que no se tiene en cuenta que dar unos cuidados de calidad beneficia a la salud del paciente y no solo realizarle las curas o administrar la medicación pautada.

Para finalizar, en nuestro país sería importante ampliar los conocimientos sobre lo que significan unos cuidados de calidad y sobretodo, llevarlos a término. Es fundamental que cuando los pacientes se encuentran en una situación crítica vean en nosotros un consuelo y una forma de apoyo, alguien que les cuida con respeto y de la forma que todos merecemos ser cuidados.

## 7. Anexos

**Anexos I. Tabla 1**

1. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos	
Año, autor, país	Llamas Sánchez F, et al., 2009, España.
Metodología	Estudio observacional transversal
Objetivo	Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes de la UCI y la satisfacción con la atención recibida
Muestra	288 familiares seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistemático. Debían cumplir los siguientes requisitos: Ser mayor de edad, querer participar voluntariamente, no padecer déficits cognitivos, ser el interlocutor habitual, no ser personal sanitario y que su familiar llevase más de 48h ingresado.
Método de recogida de datos	Se entregó una encuesta a 585 familiares, de los cuales respondieron 268. Dicha encuesta constaba de 34 ítems en referencia a la atención recibida
Resultados	La recogida de datos se hizo durante 2005 a 2007. Los resultados del estudio fueron: En primer lugar, los familiares pasan mucho tiempo en la sala de espera y solo un 23,9% de los familiares encontró que era cómoda. Solo un 11% considero necesaria participación de un sacerdote, asistente social o psicólogo. Uno de los grandes problemas destacados en la encuesta fue la disconformidad con el horario de visitas, ya que el 66,5% consideraba que el tiempo era muy corto y el 56,9% de los familiares consideraban que el horario de visita no era el más adecuado, sobretodo el turno de la mañana. En cuanto a la información, están de acuerdo con la que se les proporciona a la hora del ingreso, pero cuando hay imprevistos sobre la

	<p>evolución no. Se encuentran altamente satisfechos con la atención recibida, sobre todo por parte de enfermería y los profesionales consideran que se debería considerar la participación de los familiares en los cuidados del paciente</p>
--	--

<p>2. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería.</p>	
Año, autor, país	Velarde García JF, et al., 2017, España.
Metodología	Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo
Objetivo	Identificar las dificultades por parte de enfermería para prestar cuidados al final de vida en un paciente de UCI
Muestra	22 participantes en 4 UCI diferentes
Método de recogida de datos	La recogida de datos se hizo mediante grabaciones de audio de las entrevistas y con notas. La entrevista se iniciaba con una pregunta abierta para dar libertad a la hora de contestar y las notas se toman teniendo en cuenta lenguaje verbal y no verbal e incidencias durante la entrevista
Resultados	<p>Las dificultades que mostraron los enfermeros de UCI fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Académico- culturales: Ya que consideran que no hay protocolos ni formación suficiente para hacer frente a una situación terminal y que muchas veces no saben cómo actuar. Refieren que en una UCI no se concibe en hecho de aceptar que ya no se puede hacer nada por el paciente y se centran exclusivamente en su recuperación.</li> <li>2. Estructurales-arquitectónicas: Consideran que el espacio en las UCI no es el adecuado, que no se respeta la intimidad, son sitios fríos y deshumanizados. Refieren que los familiares y pacientes son</li> </ol>

	<p>conscientes de esta situación.</p> <p>Dificultades psicoemocionales: Una de las principales estrategias de afrontamiento es el distanciamiento hacia el paciente, para evitar el sufrimiento. Esto causa una despersonalización del paciente y que afecte en los cuidados que se deben realizar. El evitar querer conocer más sobre el paciente o tener más información sobre su estado, son algunas de las situaciones que se viven en la UCI para evitar que les afecte</p>
--	--

3. Importancia del abordaje paliativo interprofesional en el paciente crítico	
Año, autor, país	Velasco Sanz T, et al., 2018, España
Metodología	Estudio cualitativo
Objetivo	Resaltar la importancia que tiene abordar la necesidad de unos cuidados paliativos de calidad, aún sabiendo que van a fallecer, cuando hay limitación de tratamiento de soporte vital
Muestra	Pacientes de UCI
Método de recogida de datos	Entrevista a pacientes y familiares de UCI
Resultados	<p>Se señalan como puntos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener habilidades de comunicación con los pacientes y familiares</li> <li>- Realizar una valoración adecuada a tiempo</li> <li>- Respetar las voluntades del paciente</li> <li>- Escucha activa sobre lo que quieren y tenerlo en cuenta a la hora de tomar decisiones</li> <li>- Ofrecer apoyo psicológico a la familia y paciente para reducir ansiedad y miedo.</li> </ul>

4. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿que opinan los profesionales?	
Año, autor, país	Zaforteza Llallemand. C, et al., 2010, España.
Metodología	Metodología cuantitativa
Objetivo	En una UCI se propusieron 4 ideas de cambio de los cuidados a los familiares de los pacientes, entre ellas el cambio del horario de visitas (añadiendo más horas y dejando que los familiares vayan cambiando). El objetivo fue conocer las percepciones de los profesionales ante esta propuesta, aportaciones y barreras para su implantación.
Muestra	205 profesionales (auxiliares de enfermería, celadores, enfermeros, médicos, técnicos de laboratorio). La muestra final fue de 93 profesionales
Método de recogida de datos	Los datos se recogieron en la UCI, mediante una encuesta anónima, autoadministrada, voluntaria y abierta.
Resultados	De las 93 personas, 51 expresaron no estar de acuerdo con la propuesta mientras que los otros 42 restantes si. Observamos 5 categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales creen excesivo ampliar el horario de visitas 4h (era propuesta inicial), creyendo suficiente ampliarlo 2h y teniendo en cuenta el estado del paciente.</li> <li>- Algunos están de acuerdo ya que consideran que es favorable para la familia y pacientes.</li> <li>- Otros expresan dudas, acerca del beneficio que pueda tener tanto para paciente como familiar, y sobre el control de número de familiares y acceso a la unidad. -</li> <li>- Barreras, ya que los boxes son pequeños, consideran que se</li> </ul>

	<p>vulnera la intimidad del paciente y que a los familiares ser partícipes de algunas situaciones les puede crear ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas para el profesional, ya que supone una carga de trabajo añadida</li> </ul>
--	---

5. Cuidados paliativos multidisciplinares al final de la vida del paciente crítico	
Año, autor, país	Estrella A, et al., 2018, Madrid
Metodología	Estudio cualitativo
Objetivo	SEMIYUC, SECPAL, SEEIUC Y HUCI han firmado un convenio para mejorar la atención de los cuidados de los pacientes al final da vida.
Muestra	Observacional
Método de recogida de datos	A través de la observación en una unidad de críticos
Resultados	Los cuidados en una UCI tienen que abarcar no solo los tratamientos de soporte que enfermería le proporciona al paciente sino también cómo actuar cuando las cosas no van bien o como se espera. Se debe tener en cuenta siempre la autonomía del paciente crítico y deben ser conscientes de la existencia de la declaración de voluntades anticipadas.

6. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción	
Año, autor, país	Romero Garcia M, et al., 2012, España

Metodología	Estudio cualitativo
Objetivo	Conocer la satisfacción de los usuarios de la UCI con los cuidados que les proporciona enfermería
Muestra	La recogida de datos se dio mediante una entrevista en profundidad y diario de campo.
Método de recogida de datos	19 participantes
Resultados	<p>Los pacientes consideraron que los cuidados son satisfactorios si se mezcla la parte humana con la científica, junto con la atención de forma continuada, dar seguridad al paciente, bienestar y sobretodo confianza..</p> <p>Comentaron la importancia del control del dolor, ya que es un factor que se debe tener muy en cuenta y lo consideran satisfactorio para ellos.</p> <p>También consideraron satisfactorios los cuidados psicoemocionales y espirituales ofrecidos por las enfermeras: La forma en comunicarse, tanto verbal como no verbal, supone un aspecto de gran importancia para los pacientes, sobretodo abrazos, las caricias, las miradas.</p> <p>En definitiva, consideran esenciales la combinación de aspectos humanísticos junto con científicos y técnicos</p>

7. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos	
Año,autor, país	De la Fuente Martos C, et al., 2017, España
Metodología	Revisión bibliográfica
Objetivo	Implantación de un proyecto de humanización
Muestra	Durante 12 meses se trabajó con la familia, pacientes y profesionales para la implantación del plan de humanización

Método de recogida de datos	12 camas de UCI
Resultados	<p>Musicoterapia en la UCI: Forman parte de los cuidados de la UCI como medidas no farmacológicas y se ha demostrado un alto beneficio en los pacientes: tanto en el estrés y la ansiedad, como en pacientes sedados y con VM observándose como disminuye la Fr y la TA. También en el dolor se muestran beneficios.</p> <p>Puertas abiertas: Se normaliza el ver más a los familiares de los pacientes y que colaboren en sus cuidados. Se ha observado que los pacientes no son más demandantes, y que cada vez se valora más el trabajo por parte de los familiares</p> <p>Boxes con luz: Disminuye la ansiedad del paciente</p> <p>Tecnología: Les facilita la comunicación con el personal, saber que ocurre en la actualidad.</p> <p>Respetar su intimidad: Pedir permiso a la hora de la higiene corporal mejora la confianza igual que respetar su espacio físico.</p>

8. La comodidad del paciente en cuidados intensivos-una revisión integradora	
Año, autor, país	Silva Faria JM, et al., 2016. Portugal
Metodología	Revisión bibliográfica
Objetivo	Identificar las necesidades y las medidas de confort del paciente de UCI
Muestra	Búsqueda en EBSCO, PubMed, RCAAP, BCS, Cochrane, SciELO.
Método de recogida de datos	10 artículos

Resultados	<p>Los resultados demuestran que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En las categorías de comodidad: 28% son de carácter físico, 14% ambiental, 56% psico-espiritual y 14% espiritual.</li> <li>- En las categorías de medidas de comodidad: 18% son de alivio, 56% de tranquilidad, 26% de trascendencia.</li> </ul>
------------	---

9. Percepción del sueño de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos	
Año, autor, país	Carrera L, et al., 2018, España
Metodología	Estudio descriptivo, prospectivo y observacional
Objetivo	Conocer las percepciones de los pacientes ingresados en relación al sueño nocturno.
Muestra	125 pacientes
Método de recogida de datos	<p>La recogida de datos fue mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Datos de la HC del paciente y del plan de cuidados</li> <li>2. Escala de sueño de Richards Campbell</li> <li>3. Cuestionario de 9 preguntas sobre los factores que más influyen en el sueño</li> </ol>
Resultados	<p>No influye la edad, el sexo, los días de estancia ni el motivo de ingreso.</p> <p>Si interfirió el uso de vías periféricas, el uso de benzodiazepinas, el ruido y las voces del personal.</p> <p>El dolor es la causa que más interfiere en el dolor de los pacientes.</p>

10. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva
--

Año,autor, país	Murillo Pérez MA, et al., 2014, España
Metodología	Estudio transversal
Objetivo	Conocer las percepciones que tienen las enfermeras respecto a la comunicación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI
Muestra	Enfermeras de UCI de un hospital universitario (166)
Método de recogida de datos	Se utilizó un cuestionario Nurse Activities for Communicating with Families de 16 preguntas cerradas.
Resultados	<p>EL 80% de las enfermeras contestó el cuestionario. Se dividieron por unidades de críticos: Trauma, Uci de general, coronarios y REA.</p> <p>No se obtuvieron diferencias por edad, ni por años de experiencia.</p> <p>Sí que se encontraron diferencias significativas en la pregunta: “¿ Hablas con los familiares sobre que le han informado los médicos acerca de la situación?” siendo las enfermeras de REA quien nunca hablan con la familia sobre la información que les proporcionan los médicos.</p> <p>Las enfermeras que llevan menos tiempo en UCI son las que de manera más frecuente comunican si hay algún cambio en el tratamiento del paciente y con aspectos relacionados con el confort del paciente.</p>

11. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance	
Año,autor, país	Gómez Tello V, et al., 2016, Madrid
Metodología	Estudio cualitativo
Objetivo	<p>Mostrar la importancia de:</p> <p>Asegurar el bienestar ambiental del paciente; fomentar su orientación, comunicación, la distracción; habilitar espacios para el paciente, y asegurar el bienestar tanto de la familia como de los profesionales.</p>

Muestra	Bases de datos no especificadas
Resultados	<p>Los resultados de este artículo muestran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La importancia de boxes individuales</li> <li>- Asegurar luz natural</li> <li>- Mobiliario ergonómico y funcional.</li> <li>- Fomentar el sueño del paciente (respetando sus horarios)</li> <li>- Fomentar la comunicación mediante pizarras, Tablet, ordenadores.</li> <li>- Fomentar la distracción con música, tv, libros.</li> <li>- Niveles correctos de humedad</li> <li>- Visualización total de los pacientes sin ángulo muerto.</li> <li>- Diálogo con las familias.</li> <li>- Tener espacio para poder hablar con los familiares</li> </ul>

12. Communication skills intervention:promoting effective communicationbetween nurses and mechanically ventilated patients	
Año,autor, país	Dithole KS, 2017, Nigeria
Metodología	Estudio cuantitativo
Objetivo	Describir las capacidades que tienen las enfermeras a la hora de comunicarse con pacientes con VM
Muestra	20 enfermeras
Método de recogida de datos	Mediante una entrevista a las enfermeras de la unidad.
Resultados	La aplicación de estrategias suponen un alto beneficio para los pacientes con VM. Las enfermeras comentaron que los talleres realizados para la formación de la comunicación con el paciente portador de VM les

	proporciona mayor seguridad, conocimientos y beneficios al paciente
--	---

13. Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con VM	
Año,autor, país	Sanjuán Navais, M. , et al., 2012, España.
Metodología	Estudio prospectivo experimental
Objetivo	Conocer los efectos de la música cuando los pacientes con VM tienen ansiedad y dolor
Muestra	Consiste: Una sesión musical de 30' con auriculares en una habitación individual. La música es escogida por el paciente. Se mide la Fc, Fr, dolor y TA antes y después de la sesión de música
Método de recogida de datos	44 participantes
Resultados	La musicoterapia se demostró que disminuye la ansiedad (medida con la escala STAI) pero sin embargo no hubo cambios en cuanto al dolor. Por lo tanto, en pacientes con ansiedad se podría usar la musicoterapia como medida no farmacológica.

14. “ No es fácil estar 24horas en una cama”: confort del paciente con sedación en una unidad de cuidados intensivos	
Año,autor, país	Tejada Pérez II, 2017, Colombia
Metodología	Enfoque cualitativo
Objetivo	Entender el significado que tiene para el enfermero el significado de

	confort en un paciente de UCI
Muestra	Enfermeros de la UCI que cuidaran a pacientes en estado crítico bajo efectos de sedación
Método de recogida de datos	Entrevista grabada, diario de campo y grupo.
Resultados	<p>Los resultados de este artículo son los siguientes:</p> <p>En primer lugar, entienden el confort como un estado de tranquilidad.</p> <p>Para que el paciente pueda llegar a este estado tiene que haber:</p> <p>Primero, armonía entre el ambiente y la compañía (estímulos externos)</p> <p>Segundo, armonía entre la comodidad y la protección</p> <p>Finalmente, la armonía entre la analgesia y la sedación, que hace referencia a lo que hace enfermería para que el paciente no tenga dolor</p>

15. Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos	
Año, autor, país	Piedrafita-Susin, AB, et.al., 2015, Pamplona
Metodología	Revisión bibliográfica
Objetivo	Conocer las percepciones, experiencias y conocimientos que tienen las enfermeras de UCI frente a un paciente terminal.
Muestra	Se realizó una búsqueda en: Pubmed, cinahl y psicINFO.
Método de recogida de datos	Se seleccionaron 27 artículos.
Resultados	Principales resultados:

	<p>Las enfermeras intentan respetar al máximo la intimidad del paciente y su dignidad a la hora de los cuidados finales de su vida, pero esto hace que también les crea un gran coste emocional, ya que les genera sentimientos contradictorios (satisfacción por hacer lo correcto y frustración por la situación)</p> <p>También refiere una falta de formación por parte de enfermería a la hora de proporcionar cuidados al final de la vida: habilidades de comunicación, comprensión de temas legales, comunicación con la familia.</p>
--	---

16. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con VM invasiva en una unidad de críticos	
Año, autor, país	Pilas Rojas N, et al., 2014, Colombia
Metodología	Investigación de diseño cualitativo
Objetivo	Conocer las características de la comunicación con pacientes con VMI
Muestra	Se crearon cuatro grupos: dos con enfermeras y otros dos con auxiliares de enfermería
Método de recogida de datos	Los participantes completaron el proceso de consentimiento informado y una encuesta de recogida de datos.
Resultados	<p>Los resultados fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beneficios de la comunicación: Favorece su autonomía, mejora los resultados clínicos, da mayor confianza con el enfermero.</li> <li>- Mantener a los pacientes informados en todo momento disminuye su incomodidad y ansiedad, favoreciendo que se</li> </ul>

	<p>sientan más seguros y cómodos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hablarles por su nombre les hace ver que no son un número más</li> <li>- Informarles en todo momento de las técnicas que se le van a realizar les hace estar más tranquilos.</li> <li>- El lápiz y el papel se ha demostrado que son las herramientas más útiles para la comunicación</li> </ul>
--	---

17. Patient and family engagement in the ICU: Report from the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine	
Año, autor, país	Kleinpell R, et al., 2015, EEUU
Metodología	Estudio transversal
Objetivo	Conocer la importancia en la participación de la familia en los cuidados de los pacientes
Muestra	Los datos se recogieron a través de encuestas a los familiares de los pacientes
Método de recogida de datos	345 encuestas
Resultados	<p>Los resultados obtenidos fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algunos consideraron suficiente el tiempo que podían pasar en la UCI, pero la gran mayoría consideraron que el horario estaba muy limitado.</li> <li>- Notaron la falta de información</li> <li>- Pocos familiares participan en procedimientos invasivos</li> <li>- Consideraron que hay barreras con las enfermeras por: falta de tiempo, habilidades, por las normas, falta de recursos de</li> </ul>

	<p>inclusión familiar.</p> <p>Se consideraron necesarias estrategias para abordar la resistencia a la participación familiar como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar al personal para comprender los beneficios de su participación</li> <li>- Cambiar la mentalidad de las instituciones</li> <li>- Valorar al personal, ya que se siente en segundo plano</li> <li>- La necesidad de información y material de apoyo escrito.</li> </ul>
--	--

18. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico	
Año,autor, país	Soares Pott F, et al., 2013, Brasil
Metodología	Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo
Objetivo	Evaluar las medidas de confort y de la comunicación en los cuidados
Muestra	Mediante observación sistemática sin participación.
Método de recogida de datos	El observador entra en contacto con las familias, pero no se integra en él, valorando de una forma imparcial.
Resultados	Se observó que la comodidad solo está presente en el 45% y la comodidad en el 40% de los cuidados proporcionados a los pacientes. El 18% de los cuidados fueron destinados a higiene y confort, y en procedimientos invasivos el 25%. Se pudieron extraer seis categorías

	<p>según si había mayor o menor comunicación y confort:</p> <p>Higiene oral, cambio de decúbito, curativo, baño en el lecho, aspiración orotraqueal y administración de medicamentos</p> <p>Se observa que, en cuanto al confort:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En los cambios de decúbito, las medidas de confort estuvieron presentes en el 90% de ellas.</li> <li>- Con respecto a la administración de medicamentos, las medidas de confort estuvieron ausentes en el 80%, seguido de aspirar la TOT y de la higiene oral, con ausencia de las medidas de confort en un 60%</li> </ul> <p>En cuanto la comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el cambio de decúbito estuvo ausente en el 90% de las veces</li> <li>- Ausente en el 80% de la administración de medicamentos</li> <li>- En cuanto a higiene y TOT, estuvo ausente el 55% de las veces.</li> </ul>
--	--

19. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals	
Año, autor, país	Feron Luiz F, et al., 2017, Brasil
Metodología	Estudio explorativo-descriptivo cualitativo
Objetivo	Conocer las percepciones de los familiares de los pacientes de UCI y de los profesionales de la salud acerca de la humanización de la unidad.
Muestra	Se emplearon revistas semiestructuradas y grupo focal.
Método de recogida de datos	14 personas: ocho familiares y 6 profesionales de la salud
Resultados	Se creó una Política Nacional de Humanización en Brasil (NHP)

	<p>pensando en la importancia de una calidad asistencial y para sensibilizar a los profesionales sobre la importancia que tiene. Surgieron categorías que los pacientes y familiares consideran importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La bienvenida en la UCI. Resaltaron la importancia que tiene que el personal que te atiende se haya molestado en conocer tu nombre y circunstancias, que haya comunicación no verbal (sonrisas, gestos). También el hecho de intentar que sepamos cómo se sienten, ya que refieren que no siempre somos amables.</li> <li>2. La comunicación es el factor más importante para los pacientes y familiares. El dar información, que les escuchemos e intentemos comprender lo que nos dicen. Refieren que los cuidados no pueden ser buenos si la comunicación no es efectiva ni clara. También remarcan la importancia de la comunicación entre profesionales.</li> <li>3. Aspectos desfavorables: La falta de identificación, despersonalización al paciente.</li> <li>4. La percepción sobre qué es la humanización era un concepto 1. inicialmente no lo tenían claro.</li> <li>5. Espiritualidad: La importancia de entender que a veces la fe es lo único que les queda y que, aunque no pensemos igual es importante respetarlo</li> </ol>
--	--

20. Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review	
Año, autor, país	Kefalotse Dithole, D, et al., 2016, Universidad de Sur África
Metodología	Revisión bibliográfica

Objetivo	Busca conocer las dificultades de comunicación en un paciente con VM entre él y la enfermera.
Muestra	Se hizo una búsqueda en Medline, Cinahl y PsycINFO.
Método de recogida de datos	6 artículos
Resultados	La dificultad en la comunicación crea frustración, ira y miedos a los pacientes con VM. Refieren que hay que instaurar medidas para facilitar la comunicación, que el hecho de falta de comunicación puede dar sensación de desatención. El hecho de no poder expresarse aumenta la angustia y ansiedad, y algunos pacientes refieren que para no frustrarse directamente no intentan la comunicación. Para enfermería, se demostró que el nivel de conciencia afecta a la hora de la comunicación y que hay enfermeras ausentes que hacen que aumente el nerviosismo.

21. Percepción de pacientes y profesionales de Cuidados intensivos sobre los factores estresantes durante el ingreso en la unidad.	
Año,autor, país	Cano Arana, A. , 2014, Las Palmas
Metodología	Estudio mixto de investigación
Objetivo	Conocer los factores estresantes para los pacientes de la UCI junto con saber si los profesionales de la salud conocen estos factores y cómo intentan evitarlos.
Muestra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La parte cuantitativa se basa en un estudio de Cornock's</li> <li>- La parte cualitativa es un estudio fenomenológico y trata de cómo el personal de UCI maneja los factores de estrés</li> </ul>
Método de	70 pacientes y 70 profesionales de la salud

recogida de datos	
Resultados	<p>Los pacientes refirieron como factores estresantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En primer lugar, el dolor</li> <li>- Problemas de comunicación</li> <li>- Falta de autonomía</li> </ul> <p>El personal refiere que es mucho más estresante el propio ambiente que hay en la UCI que los pacientes.</p>

22.Family visitation in greek intensive care units: nurse's perspective	
Año,autor, país	Athanasiou A, et al., 2014, EEUU
Metodología	Estudio descriptivo
Objetivo	Conocer las opiniones en las unidades de cuidados sobre los efectos de las visitas a los pacientes y las actitudes del personal de la unidad y las enfermeras hacia las políticas de visita.
Muestra	143 enfermeras de cuidados críticos.
Método de recogida de datos	Los datos fueron recolectados vía anónima mediante un cuestionario que consta de 3 escalas validadas
Resultados	La mayoría (94.4%) no quería una política abierta en su unidad. Las enfermeras piensan que las políticas de visitas abiertas son de apoyo para pacientes y familias de pacientes, pero los efectos que generan para

	ellos en su trabajo no son buenos.informaron que las visitas abiertas crearon un aumento físico de trabajo y cargas psicológicas para ellos (87.5%) Se vieron diferencias entre: Años de experiencia laboral, nivel de personal, y el número de turnos de noche trabajados por las enfermeras por 15 días fueron factores predictivos de las actitudes y creencias de las enfermeras acerca de las visitas familiares
--	---

23. Association Between Clinical Nurse Specialist’s Presence and Open Visitation in US Intensive Care Units	
Año,autor, país	Sukardi S, et al., 2014, EEUU
Metodología	Análisis secundario
Objetivo	Observar las diferencias que puede proporcionar tener una UCI abierta a no tenerla.
Muestra	606 hospitales
Método de recogida de datos	A través de la comparación de hospitales con UCI abiertas a los que no la tenían.
Resultados	De 347 hospitales utilizados en el análisis: 47 hospitales (13.5%) con políticas de visitas abiertas. De estos, fueron 108 hospitales (31%) que tenían un SNC presente en la UCI; 14 de los hospitales (13%) tenían políticas de visitas abiertas.

24. Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation	
Año, autor, país	Khalaila R, et al., 2014, EEUU
Metodología	Estudio transversal
Objetivo	Identificar la asociación entre comunicación, características y trastornos psicoemocionales en los pacientes con ventilación mecánica en una Unidad de cuidados intensivos e identificar factores que puedan ser predictivos.
Muestra	65 pacientes críticamente enfermos, extubados dentro de las 72 horas posteriores a la extubación.
Método de recogida de datos	Mediante entrevista
Resultados	Se tuvo en cuenta: miedo, ira y angustia La dificultad en la comunicación fue un predictor positivo de del malestar psicológico de los pacientes, junto con miedo e ira La duración de la anestesia fue un predictor negativo. Las experiencias estresantes. asociados con el tubo endotraqueal se relacionaron con sentimientos de ira.

25. Comfort of the patient's family in Intensive Care unit related to welcoming	
Año, autor, país	Moraes Gibaut M, 2013, Brasil
Metodología	Estudio cuantitativo

Objetivo	El objetivo del estudio fue identificar el nivel de confort de familiares de pacientes de UCI.
Muestra	250 familiares
Método de recogida de datos	A través de entrevistas
Resultados	La mayoría de los familiares señaló su nivel de confort entre mucho y totalmente confortable. Más de la mitad de la muestra señaló su nivel de nada a más o menos confortable, para las afirmaciones sobre la falta de demostraciones de interés por parte del equipo al familiar y flexibilidad de la visita al paciente. Se observó la necesidad por un mayor interés por parte del equipo en relación a la condición y necesidad del familiar.

## 8. Bibliografía

1. Athanasiou, A., Papathanassoglou D.E., E. D. E., Patiraki, E., McCarthy, M. S., & Giannakopoulou, M. (2014). Family visitation in greek intensive care units: Nurses' perspective. *American Journal of Critical Care*, 23(4), 326–333.
2. Cano Arana, A. (2016). Percepción de pacientes y profesionales de Cuidados Intensivos sobre los factores estresantes durante el ingreso en la unidad. Método mixto. *Enfermería Intensiva*, 27(3), 129–131.
3. Carrera-Hernández, L., Aizpitarte-Pejenaute, E., Zugazagoitia-Ciarrusta, N., & Goñi-Viguria, R. (2018). Patients' perceptions of sleep in a Critical Care Unit. *Enfermería Intensiva*, 29(2), 53–63.
4. Dithole, K., Phil, D., & Sibanda, R. M. S. (2011). *Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit : A Structured Review Data Sources and Search Strategy*. 197–206.
5. De la Fuente-Martos, C., Rojas- Amezcu, M., Gómez- Espejo, M. R, Lara-Aguayo, P., Morán Fernández (2018). Hymanization in healthcare arises from the need for holistic approach to illness. *Enfermería intensiva*, 42(“), 99-109.
6. Dithole, K. S., Thupayagale-tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). *Communication skills intervention : promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients*. 1–6.
7. Estella, Velasco, T., Saralegui, I., Velasco Bueno, J. M., Rubio Sanchiz, O., del Barrio, M., & Martín Delgado, M. C. (2019). Multidisciplinary palliative care at the end of life of critically ill patient. *Medicina Intensiva*, 43(2), 61–62.

8. Gómez-Tello, V., & Ferrero, M. (2016). Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enfermería Intensiva*, 27(4), 135–137.
9. González-Rincón, M., Díaz de Herrera-Marchal, P., & Martínez-Martín, M. L. (2019). The role of the nurse at the end of the life of a critically ill patient. *Enfermería Intensiva*, 30(2), 78–91.
10. Khalaila, B. R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M., & Sviri, S. (2011). *Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation* 20(6), 470–479.
11. Zaforteza, C. L., Garcí, A., Carbonero, R. Q., Sa, C., Abad, E., Miro, J. A., ... Balears, I. (2010). *Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares : ¿ que opinan los profesionales ?* 21(2), 52–57.
12. Llamas-Sánchez, F., Flores-Cordón, J., Acosta-Mosquera, M. E., González-Vázquez, J., Albar-Marín, M. J., & Macías-Rodríguez, C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva*, 20(2), 50–57.
13. Luiz, F. F., Caregnato, R. C. A., & Costa, M. R. da. (2017). Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1040–1047.
14. Manuel, J., & Faria, S. (2018). *La comodidad del paciente en cuidados intensivos – una revisión integradora O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa Comfort care of the patient in intensive care – an integrative review ABSTRACT* : 477–489.
15. Marina, L., Rodríguez, B., Fernanda, M., Velandia, A., Ornella, Z., & Leiva, C. (2016). Perception of relatives of hospitalized critical patients. 7(2), 1297–1309.

16. Pérez, M. A. M., López, C. L., Vela, S. T., Sánchez, C. M., Martín, M. O., Iglesias, M. G. López, E. A. (2014). *Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva*. 25(4).
17. Piedrafita-Susín, A. B., Yoldi-Arzo, E., Sánchez-Fernández, M., Zuazua-Ros, E., & Vázquez-Calatayud, M. (2015). Nurses' perception, experience and knowledge of palliative care in intensive care units. *Enfermería Intensiva*, 26(4), 153–165.
18. Pott, F. S., Stahlhoefer, T., & Meier, M. J. (2013). *Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico*. 66(2).
19. Rojas, N. P., Bustamante-Troncoso, C. R., & Dois-Castellón, A. (2014). Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan*, 14(2), 184–195.
20. Romero-García, M., De la Cueva-Ariza, L., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M., Sola-Sole, N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 51–62.
21. Sanjuán Naváís, M., Via Clavero, G., Vázquez Guillamet, B., Moreno Durán, A. M., & Martínez Estalella, G. (2013). Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 63–71.
22. Suba, S., Donesky, D., Scruth, E. A., & Carrieri-Kohlman, V. (2017). Association between Clinical Nurse Specialist's Presence and Open Visitation in US Intensive Care Units. *Clinical Nurse Specialist*, 31(1), 30–35.
23. Tejada-p, I. I. (n.d.). "No es fácil estar 24 horas en una cama": confort del paciente con sedación en una unidad de cuidados intensivos 2. 17, 380–389.
24. Velarde-García, J. F., Luengo-González, R., González-Hervías, R., González-Cervantes, S., Álvarez-Embarba, B., & Palacios-Ceña, D. (2017).

Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 299–304.

25. Velasco-Sanz, T. R., Estella-García, Á., del Barrio-Linares, M., Velasco-Bueno, J. M., Saralegui-Reta, I., Rubio-Sanchiz, O., & Raurell-Torredà, M. (2019). the Importance of an Interprofessional Palliative Approach for the Critical Patient. *Enfermería Intensiva*, 30(1), 1–3.

26. ASALE, R. A. E. (s.f.). humanizar. Recuperado 14 mayo, 2019, de <https://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>

