

Análisis del cambio actual hacia la humanización de los cuidados enfermeros en las unidades de pacientes críticos

Paloma Serrano García¹

¹ Enfermera del SAR Torrelodones

Cómo citar este artículo: Serrano García, P. Humanización de los cuidados enfermeros en las unidades de pacientes críticos. *Conocimiento Enfermero* 1 (2018): 85-93.

RESUMEN

Objetivos. Identificar, conocer y analizar la situación actual de la humanización de los cuidados enfermeros en las unidades de pacientes críticos de adultos y sus beneficios para el paciente y la familia.

Método. Se realizó una revisión de la literatura científica de los últimos cinco años (2012-2017) en las bases de datos de PUBMED, CUIDEN, LILACS, Google académico y SciELO y un análisis temático del contenido de los artículos seleccionados.

Resultados. Se identificaron un total de 16 publicaciones. Tras su análisis se identificó que actualmente existe una guía para la humanización de los cuidados intensivos que ya se está implantando en algunos hospitales, y los beneficios que proporciona al paciente y la familia la liberación de los horarios de visitas, el cuidado desde una perspectiva integral, la mejora del ambiente y los espacios de la UCI y la mejora de las habilidades de comunicación tanto con el paciente como con la familia. También se ha identificado que a pesar de que son evidentes los beneficios de estas medidas, aun hay profesionales de enfermería que no las llevan a cabo.

Conclusión. La humanización de los cuidados intensivos proporciona múltiples beneficios tanto al paciente como a su familia. En el año 2015, un comité elaboró una guía para instaurar este tipo de cuidados en las unidades de cuidados críticos pero aun no se instaurado en todos los hospitales y aunque cada vez los profesionales de enfermería están más concienciados en la necesidad de instaurar estos cuidados, aun queda mucho camino por recorrer.

Palabras clave: Cuidados críticos; humanización; enfermería y familia.

Analysis of current change to humanization of nursing care in critical patients units

ABSTRACT

Objectives. To identify, analyze and getting to know the current situation of the humanization of nursing care in critical adult patient units and the benefits for the patient and their family.

Method. A review of the scientific literature of the last five years (2012-2017) was carried out in the PUBMED, CUIDEN, LILACS, Google academic and SciELO databases and a thematic analysis of the content of the selected articles

Results. A total of 15 publications were identified that matched the search criterion. After analyzing it, we identified that there is currently a guide for the humanization of intensive care that is already being implemented in some hospitals, and the benefits provided to the patient and family by the release of visiting schedules, care from an integral perspective, improving the environment and spaces of the ICU and improving communication skills both with the patient and with the family. It has also been identified that although the benefits of these measures are evident, there are still nurses who do not carry them out.

Conclusion. The humanization of intensive care provides multiple benefits to both, patient and his family. In 2015, a committee developed a guide to establish this type of caring in critical care units but hasn't been yet established in all hospitals and although nurses are increasingly aware of the need to establish such care, still a long way to go.

Keywords: Critical care; Humanization; Nursing and family.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/18>

Introducción

El uso cada vez mayor de la tecnología en la UCI, ha dejado relegado a un segundo plano las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias y profesionales, según el *Plan de humanización de los cuidados intensivos de la Comunidad de Madrid* elaborado por un Comité Técnico constituido por profesionales sanitarios en Septiembre del 2015 (Técnico, Comité, 2015). Por este motivo, se creó un Comité que elaborara un plan para re-humanizar las Unidades de Cuidados Intensivos, entendiéndose por “humanizar” conseguir una mayor cercanía, comprensión y afectividad, así como proporcionar una atención integral al paciente y la familia teniendo en cuenta sus necesidades físicas y también emocionales.

La definición del concepto “cuidado humanizado” es compleja, según un estudio publicado en Chile en 2014 se define como “la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad”, el cual integra el punto de vista emocional con el punto de vista de la evidencia científica (Navarro, 2014). En otro artículo donde se analiza el concepto del cuidado desde un punto de vista filosófico, la autora concluye que el cuidar es un elemento del lenguaje de la enfermería; es una forma de ser y solo sucede en presencia de otros seres. Apoyada en otros autores, concluye que el cuidado constituye la esencia de la enfermería y se caracteriza por sus dimensiones existenciales, relacionales y contextuales (Waldow, 2014). También destaca la relación de este concepto con los principios de bioética de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, los cuales solo con un enfoque técnico no se respetarían, pero que al mismo tiempo, en ciertas situaciones de emergencia donde hay que tomar decisiones complejas se ven amenazados.

Aunque en esta revisión nos centraremos en el cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería, debemos ser conscientes de que no será posible dar un cuidado de calidad sin un buen trabajo en equipo, coordinado y multidisciplinar de todos los profesionales que integran una Unidad de Cuidados Intensivos. (Navarro, 2014).

Es frecuente que los pacientes se muestren reticentes a ingresar en la UCI (Romera, 2015) donde al estrés que produce el hecho de ingresar

en el hospital, se suma el que el paciente que se deriva a la UCI generalmente se encuentra en una situación de enfermedad grave que incrementa su angustia y preocupación. Una vez ingresados, se encuentran en un lugar hostil, con luz excesiva y ruido permanente en el que además sienten dolor, miedo, dificultad para dormir, desorientación y en el que apenas pueden ver a sus familias y/o seres queridos por la política de visitas restringidas (Dolores Escudero, 2014).

Para un grupo de pacientes ingresados en UCI, en el estudio realizado en el 2013 llamado “Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería”, el “no poder realizar ninguna actividad” se consideró el principal factor de estrés según este artículo, seguido de la “falta de privacidad”, “no saber qué día es” y el “escuchar los quejidos de otros pacientes”, muy por encima de “sentir dolor” (Fernandez da Cruz Silva, 2013).

Según el mismo estudio de Dolores Escudero (Dolores Escudero, 2014), la enfermería de cuidados intensivos poco a poco ha ampliado su ámbito de cuidados integrando a la familia la cual se encuentra, generalmente, en un estado de estrés post-traumático, ansiedad y depresión.

Con la flexibilidad en el horario de visitas, se consigue un mayor bienestar del paciente y una menor ansiedad de la familia, que además puede compatibilizar mejor las visitas con el resto de sus actividades, así como les permite participar en algunas tareas básicas del cuidado del paciente como el aseo y la alimentación. También ayuda en el proceso de duelo cuando el paciente se encuentra en fase terminal de la enfermedad. En el caso de las visitas infantiles, según este estudio (Dolores Escudero, 2014), supone un estímulo positivo para la recuperación del paciente y al niño le ayuda para una mejor comprensión de la situación, eso sí, estas visitas deben ser siempre preparadas con antelación para que ocurran en las mejores condiciones posibles.

En las Unidades de Cuidados Intensivos se pueden encontrar algunas dificultades para instaurar la flexibilidad de los horarios de visitas como son; la idoneidad de la estructura física de la unidad y el incremento de trabajo que supone para el personal de enfermería, ya que ahora tendrán que resolver las dudas y preguntas de los familiares además de la atención al paciente. Este

hecho puede hacer que algunos profesionales se muestren reticentes, según muestra un estudio del 2014 realizado en Canadá, en el cual se revela que muchos profesionales aun tienen reservas con la instauración de las jornadas de puertas abiertas, ya que según este estudio los profesionales declaraban que aún no hay literatura suficiente para conocer el riesgo-beneficio de esta medida, (Cecilia Santiago, 2014) así como que cada paciente y familia tendrá unas necesidades de visita diferentes y por lo tanto, estas tendrán que ser individualizadas (Sauras, 2012).

Un estudio del 2012 establece que al ingreso debería ser el paciente, si existe la oportunidad de preguntarle, el que determine que visitas quiere y decidir cuál será el portavoz de la familia al que se le transmitirá la información cuando el paciente no pueda. También hace hincapié, en el hecho de que si la familia va a ser partícipe del cuidado del paciente, se les debe dar a conocer las políticas de control de infección del hospital para que estas no aumenten, así como el resto de normas de la unidad (AACN Practice Alerts, 2012).

Algunos autores van más allá, apostando no solo por una flexibilidad de horarios, si no por un acceso total al paciente para que la familia pueda ser parte del equipo multidisciplinar que trata a la persona, ya que piensan que solo con un acceso libre al paciente se podrá conseguir que la familia sea parte activa de su cuidado. (Pate, 2015)

La base del trabajo de enfermería es la relación enfermera-paciente, sobretodo, la comunicación con el mismo, la cual será la herramienta de enfermería para conocer las necesidades del paciente y actuar en consecuencia, y la forma de transmitir a la persona los cuidados que le realizará. Ya que es su herramienta de trabajo principal, el personal de enfermería debería tener una buena formación en las diversas formas de comunicación, tanto en la verbal como en la no verbal, la cual supone el 70 por ciento del proceso de comunicación. Aunque nuestras palabras tengan un significado, si nuestra postura, mirada, expresión facial y gestos no las acompañan el mensaje se transmitirá de forma inadecuada. Diversos autores como *Hildegard, Popleu, Joyce Travelbee e Imogene King* escribieron teorías sobre las relaciones personales entre la enfermera y el paciente pero todos coinciden en que la comunicación es la que presenta una relación más estrecha con la capacidad de proporcionar

unos cuidados con humanidad y calidad a los pacientes. Algunos estudios indican incluso que una buena relación enfermera-paciente reduce la estancia hospitalaria, y por lo tanto los costos y aumenta la satisfacción del paciente (Müggenburg, 2015).

Otro aspecto que debemos analizar, es la forma de comunicación con los pacientes y familiares, y las dificultades que encontramos en este ámbito, tanto por parte del profesional, que en ocasiones carece de las habilidades necesarias, tanto del paciente en el que influyen la sedación, su estado emocional, si se encuentra intubado o no... como de la familia y su capacidad de comprensión de la información que se les proporcione. Según este mismo estudio (Dolores Escudero, 2014) la familia establece con las enfermeras mayor confianza y suelen expresar más sus dudas, por lo que serán estas las que deberán desarrollar las habilidades comunicativas necesarias para poder resolver dichas dudas y derivar aquellas cuestiones que no puedan resolver con el profesional que corresponda.

A pesar de esto, un estudio realizado en el 2013 en un hospital de Madrid, en el que se analizaba la comunicación con la familia desde el punto de la enfermera, percibió una baja comunicación con las familias sobre los cambios en el plan de cuidados, hablar de sus sentimientos, así como de las necesidades religiosas, declarando el 40 por ciento del personal que solo hablaban de esos temas si la familia lo demanda (M.A. Murillo Pérez, 2014).

Según un estudio cualitativo realizado en Méjico en el año 2012, el personal de enfermería, debido a la situación de los pacientes en UCI (la mayoría sedados), a la carga y la rutina del trabajo, pueden caer en la despersonalización hacia el paciente, haciendo cosas como tener conversaciones delante del paciente sobre temas que le conciernen sin dirigirse a él o no llamarle por su nombre, entre otras, hechos que aumentan la angustia y la incomodidad del paciente (Perla Maria Ramirez Perez, 2012).

Por las características del enfermo crítico, que frecuentemente esta sedado y sin capacidad de comunicarse, la familia toma un papel fundamental en la comunicación ya que es la que recibe la información de la evolución diaria y en algunas ocasiones tendrá que participar en la toma de decisiones. A la hora de comunicarse con la familia, hay

que ponerse en su lugar y comprender la situación que están viviendo. Se encuentran en una situación de espera constante de información, la cual viven con gran angustia ya que es lo único que tienen para conocer la evolución del familiar, puesto que el paciente no es capaz de comunicarles como se encuentra. Para el familiar es importante que la información sea veraz y completa, aunque sea doloroso, prefieren que no se les mienta, pero dicho con respeto, sensibilidad y compasión. Precisarán que se les dedique el tiempo necesario para su asimilación en un ambiente tranquilo e íntimo. Las características de la información irán variando durante la evolución del paciente hasta el momento de la retirada de la sedación al paciente, donde la familia podrá recibir también información de este, y en este momento ser más participe en el intercambio de información con el médico (A. Alonso-Ovies, 2014).

Muy importante también, es el bienestar ambiental ya que, por ejemplo, la luz natural y la ausencia de reloj provocan una falta de referencias temporales que alteran el ritmo del sueño del paciente, y provoca una falta de descanso que se relaciona directamente con el delirio. Otro aspecto importante con respecto al bienestar ambiental, es tener en cuenta la intimidad del paciente a la hora del aseo y de las exploraciones físicas así como facilitarle tiempo de ocio teniendo acceso a móviles, libros... según las preferencias de cada paciente. (Dolores Escudero, 2014)

Según un estudio sobre la satisfacción de pacientes y familiares, realizado en 2013 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla con una muestra de 162 pacientes y 192 familiares, ambos grupos valoraron con los menores grados de satisfacción el ambiente de la sala de espera y un 24 por ciento expresó su deseo de un mayor apoyo psicológico (M.S Holanda Peña, 2015).

El apoyo emocional es un aspecto a fortalecer por el personal de enfermería. Según un estudio descriptivo publicado en el 2016 realizado en Colombia, a pesar de que más del 80 por ciento de las personas entrevistadas valoró la atención enfermera como positiva, solo el 35,25 por ciento tuvo una percepción favorable sobre el apoyo emocional recibido (Luz Maria Buatista Rodriguez, 2016).

Por todas estas razones, en muchos de las Unidades de Cuidados Críticos ya se ha puesto en

marcha el Plan de *Humanización de los Cuidados Intensivos*.

Objetivos

- Conocer la situación actual de la humanización de los cuidados enfermeros en unidades de pacientes críticos.
- Identificar los beneficios de la humanización de los cuidados enfermeros para el paciente y sus familiares.
- Analizar la puesta en marcha en las unidades de críticos del plan de humanización de los cuidados intensivos desde el punto de vista del profesional de enfermería.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como son PUBMED (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/), CUIDEN (www.index-f.com/new/cuiden), LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org/es/>), GOOGLE ACADEMICO (scholar.google.es) y ScieELO (www.scielo.org/php/index.php?lang=es), imponiendo como límites que los idiomas fueran castellano o inglés. Para la búsqueda se han utilizado los términos “critical care”, “nursing”, “family”, “humanization”, “open visitation” con el operador booleano “AND”. En las bases de datos en castellano se utilizó los términos “cuidados críticos”, “enfermería”, “humanización” y “familia”.

De todos los resultados se seleccionó aquellos artículos que hubieran sido publicados en los últimos 5 años (2012-2017) y que se centraran en la UCI de adultos, excluyendo aquellos estudios que se habían basado en la UCI pediátrica. Tras la selección, se ha procedido a la lectura profunda de los artículos, y se ha extraído de cada uno la información más relevante para el estudio y se ha clasificado según la línea temática que trata.

Resultados

En la tabla 1 se presenta una relación de los artículos estudiados y los resultados obtenidos de cada uno de ellos.

Tabla 1. Resultados.

Estudio	Diseño	Año	Objetivo	Resultados principales
Proyecto HUCI	Guía	2015	Plan para instauración de la humanización de los cuidados intensivos en la Comunidad de Madrid	El uso intensivo de las tecnologías ha dejado relegado a un segundo plano las necesidades humanas y emocionales por lo que se crea este plan para conseguir un cuidado más humanizado en las unidades de cuidados intensivos.
Cuidado Humanizado desde la perspectiva del enfermero	Estudio cualitativo descriptivo	2014	Conocer la percepción de cuidado humanizado que posee el profesional enfermero	El cuidado debe realizarse desde la perspectiva integral del ser humano teniendo en cuenta su esfera biopsicosocial y los principios de la bioética enfermera.
Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico	Artículo de reflexión	2014	Reflexión sobre el concepto del cuidado desde un punto de vista filosófico	El análisis filosófico propicia una mirada bajo la cual la autora entiende el cuidar como un elemento del lenguaje de la enfermería; es una forma de ser y solo sucede en presencia de otros seres
Dolor y miedo en la UCI	Punto de vista	2015	Dar una visión de cómo mejorar la imagen de la UCI y reducir el dolor	Es necesario llevar a cabo cambios profundos para cambiar la visión que se tiene en la sociedad de la UCI y mejorar las estrategias de analgesia y sedación.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio	Punto de vista	2014	Ofrecer un punto de vista sobre cómo conseguir una UCI más humanizada	Es necesario adaptar tanto el diseño como la organización de la UCI para mejorar la privacidad, el bienestar y la confortabilidad de pacientes y familiares, liberalizando los horarios de visitas y mejorando los cuidados a la familia.
Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería	Estudio descriptivo	2013	Identificar los factores estresantes en pacientes ingresados en UCI y los mecanismos utilizados por enfermería para minimizar esos factores	Se identifican como factores más estresantes para el paciente la falta de ocio y privacidad junto con la desorientación temporal y el ambiente. El equipo de enfermería si realiza cuidados humanizados, aunque no siempre son eficaces para minimizar los factores de estrés.
A survey of the attitudes and perceptions of multidisciplinary team members towards family presence at bedside rounds in the intensive care unit	Estudio cuantitativo	2014	Describir las actitudes y percepciones del personal sanitario de la UCI ante la presencia de las familias durante la visita médica.	La mayoría de los enfermeros encuestados no estaban de acuerdo con la presencia de las familias en las visitas medicas alegando que alarga las visitas, reduce la educación a los médicos residentes y disminuye la información que se le da al paciente cuando esta es negativa
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico	Revisión bibliográfica	2012	Identificar, analizar y sintetizar los principales efectos que pueden relacionarse con las visitas flexibles para los familiares del paciente crítico adulto	Las políticas de visitas flexibles proporcionan beneficios a los familiares y al paciente. Se considera necesario favorecer la paulatina participación de la familia en el cuidado y la adquisición de un rol más participativo en el tratamiento del paciente

Estudio	Diseño	Año	Objetivo	Resultados principales
Family presence: Visitation in the adult UCI	Guía práctica	2012	Guía de prácticas a seguir para facilitar el acceso de un cuidador las 24 horas del día	Necesidad de facilitar el acceso a un cuidador las 24 horas del día, a elección del paciente y que participe activamente en su cuidado siempre que no perjudique de ningún modo al paciente
Person and family centered care: a time for reflection	Artículo opinion	2015	Reflexionar sobre el cuidado que se les proporciona al paciente y la familia	A pesar de la evidencia científica existente de que la colaboración entre los profesionales sanitarios y la familia es beneficiosa para el paciente, aun hoy en la mayoría de las UCIs se siguen restringiendo las visitas. Es necesarios flexibilizar las visitas para que los familiares se conviertan en verdaderos miembros del equipo multidisciplinar
Relaciones personales entre la enfermera y el paciente	Revisión bibliográfica	2015	Reflexión sobre las relaciones interpersonales y la transcendencia que tiene la comunicación en la práctica del cuidado	Destaca la importancia de la comunicación no verbal. Se observa que el desarrollo de la tecnología ha significado un progreso para el mantenimiento de la salud de los pacientes pero se ha convertido en un barrera para las relaciones interpersonales así como las cargas de trabajo excesivas
Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva	Estudio transversal	2014	Analizar la percepción de las enfermeras sobre el proceso de comunicación con los familiares de los pacientes adultos ingresados en un servicio de medicina intensiva	Las enfermeras comunican más aspectos técnicos que los relacionados con los sentimientos de la familia, siendo la confortabilidad del paciente el ítem que mas comunica la enfermera
Trato del personal de enfermería al paciente en estado crítico desde un enfoque humanista	Comunicación	2012	Analizar desde la teoría de Watson, el trato que proporciona el personal de enfermería a los pacientes de tres Unidades de Cuidado Intensivos de adultos	Se concluye que enfermería necesita reforzar sus habilidades y destrezas para la comunicación ya que existe una barrera paciente-enfermera, impidiendo entablar una calidad de interrelación óptima.
Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica.	Estudio cualitativo	2014	Conocer y comprender las expectativas, necesidades y vivencias de los familiares de pacientes críticos en relación con la información médica y el grado de comprensión de la misma.	Existe divergencia entre las expectativas de los familiares y la información que reciben. Conocer lo que esperan los familiares con respecto a la información nos hará dar una atención de mayor calidad y más humana.
Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos y sus familiares	Estudio transversal descriptivo	2015	Conocer el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes dados de alta de la UCI y del propio paciente	A pesar de que el grado de satisfacción de los pacientes y familiares ingresados en la UCI es elevado, aun hay algunos aspectos a mejorar como el ambiente de la UCI y la sala de espera y el proceso de toma de decisiones

Estudio	Diseño	Año	Objetivo	Resultados principales
Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional	Estudio cuantitativo	2016	Evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería	La mayoría de los familiares valoraron como positivo el cuidado humanizado proporcionado por los profesionales de enfermería, destacando comportamientos como la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto.

Discusión

Los resultados de esta revisión revelan que en estos últimos años, donde el avance tecnológico ha sido muy notable, **se ha dejado relegado a un segundo plano las necesidades humanas y emocionales tanto de los pacientes como de los familiares.** Este hecho llevó a la formación de un Comité en el año 2015 que elaboró el “Plan de humanización de los cuidados intensivos en la Comunidad de Madrid” (Técnico, Comité, 2015) el cual pretende dar pautas para que las unidades de cuidados críticos sean lugares más humanizados, dando importancia a las necesidades emocionales tanto del paciente como de los familiares.

Para conseguir este cuidado más humanizado, los resultados de esta revisión concluyen que **se debe considerar al paciente desde una perspectiva integral, holística,** teniendo en cuenta su esfera biopsicosocial y no olvidándonos de los principios de la bioética enfermera que son justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía (Navarro, 2014).

Diversos estudios (Dolores Escudero, 2014) (Fernandez da Cruz Silva, 2013) (Romera, 2015) revelan que **una gran parte de la población considera que las unidades de cuidados críticos son lugares hostiles,** por su organización, falta de privacidad y horarios de visitas restringidos. Ante este hecho debemos hacernos una pregunta, ¿Cómo podemos hacer las UCIs lugares más confortables y humanos? Para ello se hace necesario realizar cambios profundos en la organización de las mismas llevando a cabo estrategias para mejorar la privacidad del paciente y flexibilizando los horarios de visita para que se puedan adaptar a las circunstancias de cada familia.

Otros de los **factores identificados como más estresantes** según un estudio (Fernandez da Cruz Silva, 2013) son la **falta de ocio, junto con la des-**

orientación temporal y el ambiente. Aunque en este mismo estudio se demostró, que el equipo de enfermería si llevaba a cabo unos cuidados humanizados, también se vio que no eran eficaces para minimizar estos factores de estrés. Esto nos lleva a pensar, que aunque es cierto que estamos avanzando en este campo, aún nos quedan aspectos por mejorar.

Diversos estudios de los analizados en esta revisión hablan de la flexibilización de los horarios de visitas (AACN Practice Alerts, 2012) (Dolores Escudero, 2014) (Pate, 2015) (Sauras, 2012) (Técnico, Comité, 2015). Se ha demostrado que proporcionan beneficios tanto para el paciente como para los familiares, ya que el paciente se siente más acompañado y la familia se siente más implicada en el cuidado de su familiar, lo que en ambos proporciona una disminución de la sensación de estrés y angustia. Algunos estudios, han analizado incluso la presencia de un cuidador las 24 horas del día, a elección del paciente, siempre y cuando no sea perjudicial para su salud (AACN Practice Alerts, 2012). A pesar de que la evidencia nos dice que la visita flexible genera beneficios tanto para el paciente como para la familia, a día de hoy se siguen restringiendo las visitas en la mayoría de las UCIs. Es necesario que esta tendencia vaya cambiando, ya que la flexibilización en los horarios de visitas es la única forma de que la familia se convierta en parte activa en el cuidado del paciente.

Con respecto a que la familia se convierta en parte del equipo multidisciplinar, un estudio analizó la eficacia de la presencia de las familias durante las visitas médicas (Cecilia Santiago, 2014). La mayoría de los enfermeros que encuestaron no estaban de acuerdo, puesto que según ellos, se alargaba la visita, se reducía la formación al médico residente y se sesgaba la información cuando esta era negativa si la familia estaba presente. Esto nos lleva a pensar, que aunque diversos estudios de-

muestran que la participación activa de la familia es beneficiosa, aún está pendiente analizar más, cuales son los límites de esta participación para que se pueda integrar de la mejor manera en el día a día de una unidad de cuidados intensivos.

Otro aspecto analizado en diversos estudios de esta revisión es la **importancia de la comunicación entre el profesional de enfermería, el paciente y la familia** (Luz María Buatista Rodríguez, 2016) (Perla María Ramírez Pérez, 2012) (Müggenburg, 2015). Se concluye que el desarrollo de la tecnología ha supuesto una barrera para las relaciones interpersonales, así como las excesivas cargas de trabajo. Para mejorar la comunicación con el paciente y familia, es muy importante no solo cuidar el mensaje, si no como se transmite, en definitiva cuidar la comunicación no verbal, especialmente importante en los pacientes críticos que en la mayoría de los casos ven sus capacidades de comunicación mermadas y en los que la mirada, los gestos y la expresión a veces es la única manera de comunicarse con ellos. Debemos centrarnos no solo en comunicar aquellos aspectos técnicos del cuidado, sino también en conocer los aspectos emocionales que deberemos tener en cuenta a la hora de elaborar el plan de cuidados del paciente.

En aquellos pacientes con dificultad o imposibilidad para comunicarse, se hace necesario prestar mucha atención a su confort y por lo tanto a su nivel del dolor. Según uno de los estudios analizados, todavía se hace necesario mejorar las estrategias de analgesia y sedación (Romera, 2015).

Otro estudio señaló que existe divergencia entre lo que esperan los familiares con respecto a la información del profesional y la información que realmente reciben (A. Alonso-Ovies, 2014). Se hace necesario mayor comunicación para conocer qué es lo que esperan los familiares para poder ofrecer una atención de calidad y más humana.

A pesar de que en varios estudios (M.S Holanda Peña, 2015) (Luz María Buatista Rodríguez, 2016), donde se analizó la percepción de los familiares sobre el cuidado en las unidades de cuidados intensivos, esta fue positiva, sobretodo destacando comportamientos como la empatía y el afecto, aún quedan muchos aspectos a mejorar como el ambiente de la UCI, y los espacios en sí, como la sala de espera, para hacer de estos lugares, sitios más confortables y humanos, donde las personas que por allí pasan, dentro de que están viviendo

una situación difícil, estén de la mejor manera posible.

Conclusiones

La humanización de los cuidados intensivos, aunque no es un tema nuevo, si es cierto que se está instaurando en las unidades de cuidados críticos desde hace relativamente poco tiempo. En este estudio se pretende analizar cuál es la situación actual y ver cómo podemos mejorarla.

Tras el análisis profundo de los artículos estudiados, quedan en evidencia los beneficios tanto para el paciente como para la familia de la humanización de los cuidados, ya que se consideran no solo los aspectos físicos de las personas, sino que también se consideran los aspectos emocionales y sociales de las mismas. De esta manera se ofrece una atención de calidad y se disminuyen los factores de estrés, lo cual va a mejorar la evolución del paciente.

Actualmente, en la Comunidad de Madrid existe un “Plan de humanización de cuidados intensivos” que está generando un movimiento de concienciación de la importancia de este tipo de cuidados por lo que en muchos hospitales ya se están instaurando medidas para flexibilizar los horarios de visita, para preservar la intimidad y privacidad del paciente, para mejorar la relación con las familias, mejorar los espacios y ofrecer formación a los profesionales para que mejoren sus habilidades en estos aspectos.

Poco a poco debemos ir cambiando la percepción que se tiene de las UCIs como lugares hostiles e incómodos para convertirlos en lugares confortables donde, tanto el paciente como la familia se sientan seguros.

Para ello debemos mejorar nuestras habilidades de comunicación para establecer una relación de confianza entre el enfermero y el paciente, donde este último exprese sus dudas e inquietudes y podamos resolverlas de la mejor forma posible, y donde el enfermero pueda transmitir, también de forma más amable toda la información necesaria

En situaciones, el paciente no podrá comunicarse y tendremos que desarrollar las habilidades necesarias para identificar en qué situación se encuentra sin necesidad de decirlo. Para ello, nos ayudaremos de la familia que conoce bien a la persona.

Esta es una de las razones de que la mayor implicación y presencia de la familia sea tan importante, ya que si la convertimos en parte activa del cuidado conseguiremos ofrecer una atención más completa y de mayor calidad.

Puesto que la instauración del plan es reciente,

aun no tenemos resultados objetivos de cómo están funcionando en las unidades de cuidados intensivos. Aun así, esta revisión demuestra que esta es la tendencia correcta que debemos tomar para conseguir unas UCIs más humanas y de mayor calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sauras, B. E.-I. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* 23(4), 179-188.
2. AACN Practice Alerts. (2012). Family Presence: Visitation in the adult ICU. *Critical Care Nurse Vol 32, No 4*, 76-79.
3. Perla Maria Ramirez Perez, g. C. (2012). Trato del personal de enfermería al paciente en estado crítico desde un enfoque humanista. *Parainfo digital*, 16.
4. Fernandez da Cruz Silva, L. M. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Enfermería Global*, 32, 88-103.
5. Navarro, C. L. (2014). Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero. *Enfermería (Montev.)*, 12-21.
6. Waldow, V. R. (2014). Enfermagem: a prática do cuidado. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17(1):13-25.
7. Dolores Escudero, L. V. (2014). Por una UCI de puertas abiertas más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375.
8. Cecilia Santiago, L. L. (2014). A survey of the attitudes and perceptions of multidisciplinary team members towards family presence at bedside rounds in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 13-21.
9. M.A Murillo Pérez, C. L. (2014). Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enfermería Intensiva*, 25 (4), 137-145.
10. A. Alonso-Ovies, J. Á. (2014). Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Revista de calidad asistencial*, 326-333.
11. Técnico, Comité;. (2015). *Proyecto HUCI*. Obtenido de <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/>
12. Romera, C. C. (2015). Dolor y miedo en la UCI. *Medicina intensiva*, 39(7), 442-444.
13. Pate, M. F. (2015). Person-and family-Centered care: A Time for Reflection. *Nursing Commons*, 10-12.
14. Müggenburg, P. R. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 135-143.
15. M.S Holanda Peña, E. O. (2015). Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Medicina Intensiva*, 39(1), 4-12.
16. Luz Maria Buatista Rodriguez, M. F. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Cuidarte, Vol 7 Núm. 2*, 1297-1309.