



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19

**Humanización en Unidades de
Cuidados Críticos**

Bienestar y Cuidados Invisibles

Alumna: Raquel García Rey

Tutora: M^a Ángeles Álvarez

Cotutora: Pilar Aragón

“El Cuidado, es para la Enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción; cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional y el paciente”

RESUMEN

La evolución científica y técnica de la atención al paciente crítico ha mejorado de forma espectacular la práctica clínica y la supervivencia, pero este progreso no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos más humanos. Con este trabajo se ha tratado de conocer la mejor evidencia existente sobre la humanización de los cuidados y los factores invisibles que influyen en el bienestar de los pacientes ingresados en estas unidades, siendo fundamental este conocimiento para la actuación activa del equipo de enfermería. Para ello, se ha realizado una revisión de la bibliografía de los últimos cinco años, que resaltan actitudes centradas en el interés de lo humano para mejorar el confort de los pacientes, como el control del dolor, el manejo del delirio agudo, la promoción del sueño y el uso prudente de contenciones mecánicas. Los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se les presta, de tal forma que la búsqueda hacia la excelencia en el cuidado, requiere un cambio de actitud y compromiso, posicionando a la persona como eje central de la atención sanitaria.

Palabras clave: Enfermería, Humanización, Cuidados Críticos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS	6
4. MATERIAL Y MÉTODO.....	7
5. DESARROLLO DEL TEMA	13
Dolor	16
Delirio	18
Sueño.....	19
Contención Mecánica.....	22
6. RESULTADOS	24
7. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	26
8. CONCLUSIONES.....	27
9. BIBLIOGRAFÍA	29
10. ANEXOS	31
Anexo 1: Escala del dolor paciente no comunicativo (ESCID).....	31
Anexo 2: Escala CAM-ICU y escala RASS.....	32
Anexo 3: Proyecto Sueño: Cuidamos del sueño. Profesionales.....	33

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad los profesionales de salud estamos asistiendo a un cambio de paradigma mundial, en el que las personas resurgen como centro del sistema. Algo tan simple, obvio e intrínseco a la especie humana, como es la vida y la relación entre las personas, y que durante años ha pasado a un segundo plano⁽¹⁾.

Los avances científicos y tecnológicos de los últimos años han favorecido esta deshumanización, donde la persona ha dejado de ser el centro de atención, poniendo el proceso patológico como el único objetivo de actuación sanitaria.

El uso intensivo de la tecnología ha relegado las necesidades humanas de pacientes, familias y profesionales, produciéndose un fenómeno de "cosificación", de aplicación de los criterios mercantilistas a la gestión sanitaria, convirtiendo a la persona en una patología, un procedimiento o un número de habitación⁽²⁾. Por lo que, pretender el **bienestar del paciente**, debería ser un objetivo tan primordial en medicina como pretender su curación, y más importante si este extremo no es posible⁽¹⁾.

En las últimas décadas se habla mucho de un modelo de atención centrado en el paciente (***Patient-Centered Care***). A pesar de ello, esas reflexiones de la literatura no se trasladan a la práctica real de una forma extendida. Distintos factores influyen en ello, entre los cuales se encuentra lo anteriormente comentado, denominado por algunos como "dictadura de la tecnología" o tecnolatría⁽³⁾.

Cuando hablamos de humanizar; nos estamos refiriendo a un movimiento que pone de manifiesto la necesidad de escuchar y atender, no solo a las personas enfermas, sino también incluir a sus familias como agentes curativos, y cuidar a los profesionales, para que puedan desempeñar su trabajo en las mejores condiciones posibles⁽⁴⁾.

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), *humanizar*, como verbo transitivo, es la "acción de hacer humano, familiar y afable a alguien o

algo⁽⁵⁾. Hablar de **humanización** es reclamar la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan⁽¹⁾.

Considerando la complejidad del tema, humanizar la asistencia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un gran desafío y significa cuidar del paciente en su integridad, considerando el contexto personal, familiar y social⁽⁶⁾.

Por lo tanto, son necesarias, imprescindibles y muchas veces simples, propuestas de acción para la humanización del paciente en la UCI.

De ello da testimonio un reciente movimiento llamado '**Proyecto HU-CI**', el cual nació en febrero de 2014 como proyecto de investigación internacional⁽¹⁾, que intenta promover una atención de excelencia, humanizada y centrada en las personas y profesionales, abordando aspectos como la comunicación, el bienestar del paciente, y la presencia y participación de familiares en la unidad de cuidados críticos⁽⁷⁾. Todo ello tiene como objetivo común ofrecer unos cuidados intensivos, ya no solo excelentes desde el punto de vista técnico, sino más humanos, contemplando al profesional como motor del cambio⁽⁸⁾.

En estas unidades es donde probablemente el aspecto emocional del sufrimiento sea más acusado: el 50% de los pacientes sufren dolor⁽⁹⁾ y el delirio tiene una incidencia de hasta un 62% en los adultos mayores⁽¹⁰⁾. Además el 75% tienen dificultad para descansar por exceso de ruido o iluminación⁽¹¹⁾ y se ven limitados en la movilización, muchas veces por el uso de contenciones innecesarias. A ello se le suma la sensación de sed, frío y calor, además de estar sometidos a un gran estrés físico y psicológico a causa de la enfermedad que sufren⁽⁸⁾.

Por otro lado, 1/3 de las personas ingresadas en UCI se encuentran monitorizadas, coexistiendo con una gran variedad de equipos técnicos e informáticos, que supone una pérdida importante de privacidad⁽⁷⁾. No hay que olvidar, que el síndrome post-cuidados intensivos descrito recientemente, afecta a un número importante de pacientes que sobreviven a su estancia en las UCI (30-50%). Un síndrome que engloba problemas en el estado de la salud física y mental del paciente después de la hospitalización debido a una enfermedad crítica⁽¹⁾.

Son muchas las líneas estratégicas que pueden considerarse a la hora de humanizar las UCI⁽⁸⁾, pero un cuidado integral y completo del paciente crítico hace imprescindible que se valore y acometa la atención de todos estos aspectos **intangibles e invisibles**⁽¹⁾, donde el profesional de enfermería ocupa un lugar privilegiado para ello.

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo indagar en la *humanización* y el cuidado que prestan los profesionales de enfermería ante lo que llamaremos **factores invisibles**, entre ellos, el *Dolor, Delirio, Sueño y Contención mecánica*, que influyen en el bienestar de las personas ingresadas en la UCI.

Mientras tanto, la pregunta queda aquí: **¿La humanización de los cuidados de enfermería mejoran la estancia del paciente en las UCI?**

2. JUSTIFICACIÓN

No he sido consciente de lo importante que es “humanizar los cuidados” hasta que aterricé en la Unidad de Reanimación Postquirúrgica Cardíaca en el Hospital Clínico de Valladolid, donde hice una de mis últimas prácticas como estudiante de Enfermería.

Todavía recuerdo el primer día, asustada e impresionada ante tanto aparataje del que disponía cada Box. Y allí estaban ellos, los pacientes, conectados en la mayoría de los casos a un respirador, intubados y sedados, sin poder moverse ni comunicarse, seguramente asustados y desorientados, monitorizadas sus constantes vitales, con su gráfica llena de medicación interminable, su electrocardiograma continuo y con todo preparado para atender a una posible complicación futura. Todos iguales, aparentemente, el del box 1, 2, 3 ..., todos tan iguales y sin embargo tan distintos.

Continúe asombrada cada día aprendiendo una técnica distinta, cada día contemplando la responsabilidad que tiene el personal del equipo de la Unidad, intentando imitar a las enfermeras que trabajaban y pensando en que, si en un futuro el destino me volviera a llevar a este servicio, ya como enfermera profesional, debería estar muy alerta y muy preparada para no cometer errores.

Pese a mi “asombro” inicial, me sentí muy afortunada de haber podido conocer el funcionamiento de una Unidad de Cuidados Críticos.

Mi experiencia inspiró este TFG; especialmente el caso de un paciente, que pasó de estar “normal”, a encontrarse, en 24 horas y como consecuencia de un infarto masivo, conectado a un montón de máquinas y rodeado de “extraños” vestidos de verde o blanco, sin saber ni la hora ni el día en qué se encontraba, ya que de repente, se desconectó de la vida sin saber si volvería a retomarla de nuevo.

Y ahí estábamos nosotras, las enfermeras, como testigos de todo, las 24 horas del día a la cabecera de su cama, administrando cuidados muy tecnificados, pero también acompañándole a él y a su familia en esa “noria” en la que sin querer se encontraban subidos.

Con ellos vivimos la desesperación que les produjo el diagnóstico, la incomodidad de soportar diariamente verse conectado a una máquina que no le permitía ni darse la vuelta en la cama (algo tan básico para todos nosotros), la alegría- tristeza que les producía la información médica de cada día, su agobio al enterarse que su única solución era el trasplante y su esperanza cuando al poco tiempo apareció un donante compatible. Incluso vivimos de forma paralela el embarazo de su hija, que no acababa de llegar a término, y la emoción que sentía al pensar que iba a nacer su primer nieto al que no tenía la certeza de poder conocer. El destino quiso que naciera el mismo día en que a él le realizaron el trasplante; abuelo y nieto unidos por una misma fecha.

A la vez que manejábamos distintas máquinas (ventiladores, soportes ventriculares, aparatos de hemodiafiltración...) también nos ocupábamos de su bienestar psíquico y físico (controlando aspectos tan importantes como su higiene, el control de la luz y el ruido, la alimentación, el descanso nocturno o el confort diurno).

Todo esto hizo que me diera cuenta de la importancia de conjugar ambos cuidados: técnicos y humanos.

Las enfermeras no debemos olvidar que trabajamos con personas, que son padres, hijos, hermanos, amigos, seres humanos en definitiva, que han aparcado su vida por su enfermedad) y que necesitan, tanto los cuidados técnicos, como estos otros cuidados, los "**cuidados invisibles**", que les van a ayudar a superar el día a día, manteniendo su dignidad como personas.

3. OBJETIVOS

Objetivo docente:

- Aprender a realizar una revisión bibliográfica con el fin de encontrar la mejor evidencia disponible que responda a la pregunta de investigación.

Objetivo de investigación:

- Conocer la mejor evidencia existente sobre la humanización de los cuidados y el papel de los profesionales de enfermería ante los factores invisibles que influyen en el bienestar de las personas ingresadas en la UCI.

Objetivos específicos

- Analizar iniciativas de humanización aplicables a Unidades de Cuidados Críticos.
- Determinar los factores invisibles que afectan a los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Críticos.
- Describir los cuidados de los factores invisibles: dolor, delirio, sueño y contención mecánica, para alcanzar el bienestar del paciente ingresado en UCI.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Para este trabajo se ha realizado una **revisión bibliográfica** de la literatura científica, seleccionando libros, artículos y publicaciones del tema a tratar, tanto en bases de datos nacionales como internacionales.

La revisión bibliográfica nos aproxima al conocimiento de un tema y nos permite conocer cuál es el estado actual de la cuestión a investigar al comparar y discutir distintas visiones del mismo, a través de la consulta de diversas fuentes documentales.

La búsqueda que se ha seguido es a través de la siguiente pregunta con formato PICO:

P	I	C	O
Pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Críticos	Humanización de cuidados de enfermería		Mejorar la estancia de los pacientes
¿La humanización de los cuidados de enfermería mejora la estancia de los pacientes en las Unidades de Cuidados Críticos?			

En primer lugar, se realizó una búsqueda primaria en bases de datos españolas tales como Cuiden, Dialnet y Scielo, utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) "enfermería", "humanización de la atención", "cuidados críticos".

A continuación, también se procedió a la búsqueda en bases de datos de lengua inglesa como PubMed utilizando los Medical Subject Headings (MeSH) "nursing", "humanization of assistance", "critical care".

En ambas se realizaron diferentes combinaciones de palabras clave utilizando los operadores booleanos AND y OR.

También se han extraído artículos y documentos de publicaciones de Proyecto HU-CI, y el libro "Humanizando los cuidados intensivos" de *Gabriel Heras de la Calle*.

Todos los artículos, libros y publicaciones tienen una antigüedad inferior a cinco años, en las lenguas española e inglesa y unos criterios de inclusión y exclusión específicos explicados a continuación.

Criterios de inclusión

- Publicaciones con menos de 5 años de antigüedad.
- Publicaciones disponibles a texto completo
- Artículos que hagan referencia a la humanización en Unidad de Cuidados críticos sólo de adultos.

Criterios de exclusión

- Artículos que no hagan referencia específica o concreta al estado emocional del paciente.
- Artículos que incumplan los criterios de inclusión anteriormente expuestos.

En total se obtuvieron 96 artículos en las bases de datos mencionadas. De los cuales tras una lectura rápida, 13 cumplían los criterios de inclusión.

Tabla 1: Revisión bibliográfica: enfermería AND humanización AND cuidados críticos

Autor	Año de referencia	Buscado en	Título	Diseño
Paula González Guijarro, Manuel Amezcua	2018	Cuiden	Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos	Revisión Bibliográfica
Cristina Aparecida Pereira da Silva Ribeiro	2017	Cuiden	Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿la estrategia de humanización es posible?	Investigación cualitativa
María Valvidares Mayor	2015-2016	Cuiden	Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos	Revisión Bibliográfica
Leticia Fernandes da Cruz Silva, Carla Regimar Machado	2014	Cuiden	Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería	Estudio descriptivo

Cándida Rosa Castañeda Valencia	2013-2014	Scielo	"Empoderamiento", una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico	Estudio cualitativo
José Manuel Velasco Bueno, Gabriel Heras La Calle	2017	Proyecto HUCI	Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades	Artículo
Gabriel Heras La Calle	2017	Proyecto HUCI	Humanizar la sanidad es cosa de todos. ¿Cómo humanizar la neurología?	Artículo
Gabriel Heras La Calle	2016	Proyecto HUCI	Buscando humanizar los cuidados intensivos	Artículo
Verónica Rojas	2019		Humanización de los Cuidados Intensivos	Artículo
Gabriel Heras de la Calle	2017		Humanizando los cuidados intensivos	Libro
Rosa Guerrero Ramírez	2015	Cuiden	Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson	Artículo
Ana Isabel Carmena Hernández	2016	Google academic	La importancia de los cuidados humanizados en la mejora de calidad de vida de los pacientes	Artículo
Elizabeth Romero Massa	2015	Google academic	Relación entre cuidado humanizado por enfermería con las hospitalización de pacientes	Artículo

Fuente: elaboración propia

Posteriormente, se procedió a una segunda búsqueda para completar información acerca de los "cuidados invisibles" que se desarrollan en este trabajo. Para ello, se consultaron bases de datos y revistas científicas con las palabras clave: " Dolor", " Delirio", "Sueño" y "Sujeción mecánica" combinadas con el operadores booleano "AND" a "enfermería" y " cuidados críticos".

Tabla 3: Revisión bibliográfica: Dolor

Autor	Año de referencia	Buscado en	Título	Diseño
Andrezza Serpa Franco	2014	Pubmed	Strategies for pain assessment in critically ill patients: a bibliometric study	Artículo
Diana Carolina Bernal Ruiz	2018	Revista de Enfermagen	Factores estresores en pacientes en unidades de cuidado intensivo adulto	Artículo
P.E. García Ramírez	2018	Revista Sociedad Española del Dolor	Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos	Artículo
Edith Rrivas Riveros	2018	Cuiden	Escalas de valoración del dolor en pacientes críticos no comunicativos	Revisión sistemática
Martin Clarett	2015	Cuiden	Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva	Artículo
Hugo Vera Jimenez	2016	Cuiden	Dolor en la Unidad de Cuidados Intensivos	Artículo

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Revisión bibliográfica: Delirio

Autor	Año de referencia	Buscado en	Título	Diseño
Dalila Vega	2012	Scielo	Delirio postoperatorio en cuidados intensivos.	Artículo
Rocío Fuentes covian	2016	Cuiden	Incidencia y factores relacionados del delirium en una Unidad de Cuidados intensivos Generales	Artículo
Lucía Santoja Ayuso	2014	Cuiden	Estado de ansiedad y perfil sociodemografico de una muestra de pacientes ingresados en una unidad de críticos.	Artículo
J.M. Cachón- Pérez	2014	Cuiden	Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en UCI	Artículo
E. Palencia- Herrejón	2008	Cuiden	Delirio en el paciente crítico	Artículo

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5: Revisión bibliográfica: Sueño

Autor	Año de referencia	Buscado en	Título	Diseño
Tania Tineo Drove	2014	Cuiden	¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos?	Artículo
Adriá Catelló Tarruella	2018	Cuiden	Eficacia de una intervención enfermera en la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una unidad quirúrgica	TFG
Francisca Guillén Pérez	2014	Cuiden	Calidad de sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales	Artículo
Ana González Gómez	2017	Cuiden	Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio	Estudio analítico
Sonia Iriarte Ramos	2016	Cuiden	Descanso nocturno en una unidad de cuidados intensivos	Tesis

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6: Revisión bibliográfica: Contención mecánica

Autor	Año de referencia	Buscado en	Título	Diseño
Ohiane Gasco García	2017	Google Académico	Contención mecánica como medida terapéutica ante el paciente agitado en UCI	TFG
Raúl Arenas Gallero			Enfermería ante la contención mecánica en unidades de cuidados críticos. ¿Es necesario un protocolo?	
Angel Bartolomé	2018	Google Académico	La ética de las pequeñas cosas. La contención de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	Artículo
Maialen Carrillo Arrubarrena	2015	Google Académico	La contención mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUCA: su utilización y percepción de familiares	TFM

Fuente: Elaboración propia

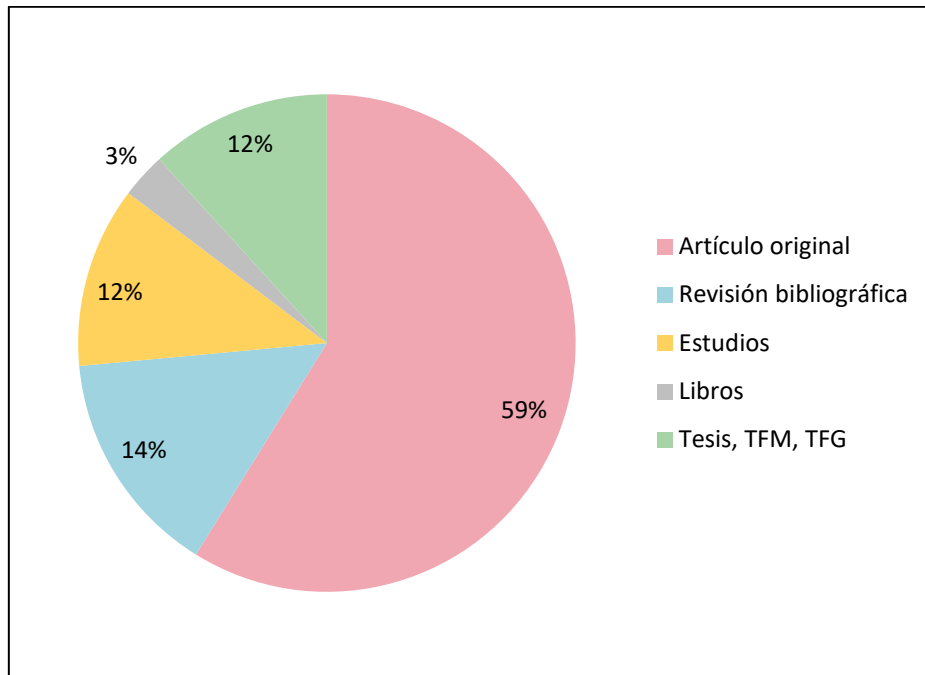


Gráfico 1: Número de artículos /Año de publicación de los artículos

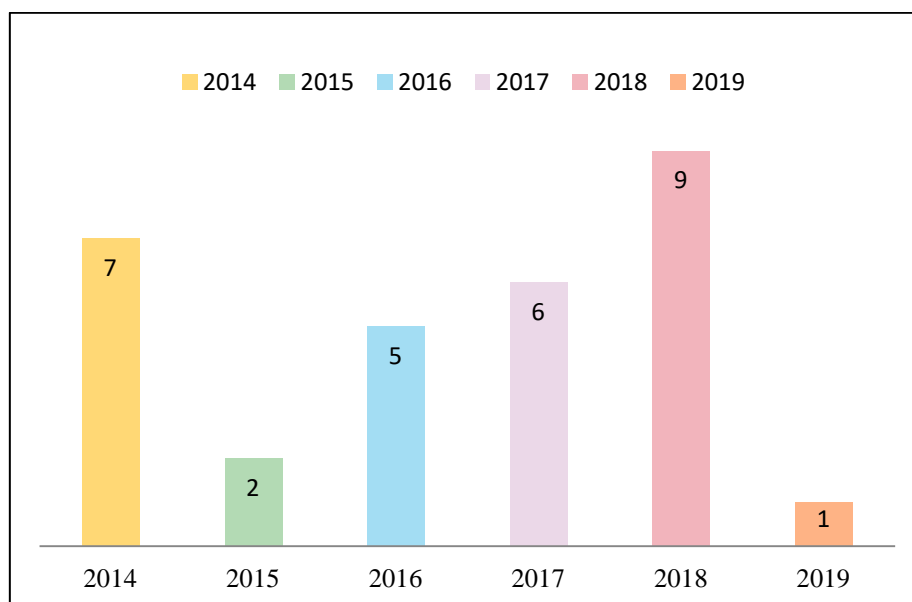


Gráfico 2: Tipología de los artículos

5. DESARROLLO DEL TEMA

Para comprender el Cuidado desde una óptica humanística, las evidencias científicas disponibles conducen a actitudes centradas en el interés de lo humano, en el pleno desarrollo y bienestar del hombre desde la dimensión biológica, psicológica, social, y espiritual⁽¹²⁾.

La humanización, desde este punto de vista, es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud⁽⁴⁾.

Humanizar es "*ablandarse, desenojarse, hacerse benigno*"⁽⁵⁾, y tener presente el sufrimiento que la enfermedad conlleva, tanto para el paciente como para su familia y poderles ofrecer esa parte humana que precisan situaciones tan complejas⁽¹³⁾.

Dicho de otro modo, humanizar implica basarse en los elementos que siempre han caracterizado la actividad de cuidar al enfermo: comprensión, generosidad y tolerancia, todas ellas para centrar el trabajo sanitario, teniendo en cuenta la libertad y la individualidad del enfermo y su relación con el entorno social⁽¹⁴⁾.

En los últimos años, el desarrollo científico ha contribuido a una notable mejora en los resultados de salud, gracias a la innovación tecnológica, al fortalecimiento de la investigación y a la objetivación en la toma de decisiones. Como consecuencia, han mejorado de forma considerable las tasas de curación y la esperanza de vida ante los problemas de salud⁽³⁾.

Valorando la importancia de estos avances y los resultados conseguidos, un énfasis excesivo en ellos puede haber contribuido a una orientación de la práctica clínica más centrada en la propia enfermedad y su resolución, que en la propia persona enferma.

El ambiente de la UCI supone un desafío para la humanización del cuidado⁽⁷⁾ y aunque existen estudios sobre ello, el proceso de cambio es lento y complejo ya que desafía la estructura tradicional de estas unidades⁽¹⁵⁾.

Muchos pacientes describen la UCI como un lugar de soledad, tristeza y frío, donde la comunicación no siempre es adecuada y donde el estar rodeados de profesionales sanitarios no es suficiente para garantizar una adecuada compañía⁽⁷⁾.

Entre los factores estresantes que afectan al paciente, se identifican la soledad, vulnerabilidad, incomodidad y falta de descanso, dependencia de máquinas de soporte vital, pérdida total de autonomía, incapacidad para comunicarse, desorientación y pérdida en tiempo y espacio, limitación de la luz natural, falta de información y pérdida de intimidad y de identidad^{(7),(8)}.

Asimismo, al analizar las emociones y sentimientos de pacientes hospitalizados en estas unidades, se ponen de manifiesto sentimientos de tristeza, depresión, angustia, dolor y miedo⁽⁷⁾.

Watson sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, es necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, tanto en la práctica clínica, como en la investigación por parte de los profesionales sanitarios, por lo que conocer qué manifestaciones se producen junto a los cuidados de enfermería correspondientes, es necesario para proceder a solucionarlos y mejorar el bienestar, así como favorecer la recuperación precoz y, por tanto, la autonomía del paciente⁽¹⁴⁾.

Por lo tanto, tan importante como intentar alcanzar u optimizar la comodidad física, es el intentar obtener similares resultados con la comodidad psicológica, pues los pacientes ingresados en una UCI están sometidos también a un importante sufrimiento psicológico, que les marcará un antes y un después en sus vidas y que pueden dejar importantes secuelas. Las heridas emocionales no son tan visibles como las físicas, pero existen y son profundas y difíciles de curar⁽¹⁾.

Además, el síndrome post-cuidados críticos (PICS) afecta entre un 30-50% a los pacientes tras su estancia en la unidad. Un síndrome que engloba síntomas físicos (debilidad adquirida en UCI, malnutrición, morbilidad pulmonar, úlceras por presión, alteraciones del sueño), déficits cognitivos (alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental, función ejecutiva), problemas

de salud mental (ansiedad, depresión, estrés postraumático), y problemas de tipo socioeconómico. Reto que requiere de la atención de enfermería para evaluar el significado de sobrevivir a una UCI para los pacientes y los familiares, y la calidad de su evolución a largo plazo⁽¹⁾.

Dicho esto, en estas unidades, el profesional de enfermería necesita desarrollar cualidades especiales, es decir, asegurar una adecuada formación, y promover medidas encaminadas a tratar o mitigar las experiencias negativas, y asegurar el bienestar de los pacientes^{(7),(8)}.

Son piezas imprescindibles para mejorar el confort de los pacientes, tratarles por el nombre, explicar los procedimientos que serán realizados, independientemente del nivel de consciencia del paciente, estar atento a las señales no verbales emitidas, desarrollar la percepción de cuándo algo agrada o incomoda, preservar la privacidad y la confianza, evitar comentarios personales, usar tono de voz adecuado para cuestionar aspectos de su intimidad, no invadir el territorio sin pedir licencia, o mirar siempre a los ojos antes de iniciar una conversación o procedimiento⁽⁷⁾.

Es importante en enfermería promover estrategias fundamentales que hagan que se complementen de igual manera la atención clínica de la enfermedad, como la atención psicológica. Medidas como la flexibilización de horarios o la instauración de *puertas abiertas* para promover el acompañamiento familiar para ayudar a paliar esa sensación de soledad y hacer a la familia partícipe de los cuidados básicos del paciente (alimentación, aseo, fisioterapia), la atención espiritual cuando la muerte es una posibilidad más o menos cercana y este apoyo puede servir de gran ayuda, la instalación de relojes para evitar la desorientación temporo-espacial, la posibilidad de mantener el contacto con el exterior a través de medios de distracción como la radio, prensa, televisión y otros instrumentos de entretenimiento como la lectura, juegos, películas y música (una indudable experiencia emocional, cuidadora y acompañante que incide simultáneamente en todas las dimensiones de las personas)⁽¹⁾.

A su vez, resulta indispensable, la valoración y control del **dolor**, la prevención y el manejo del **delirium** agudo, la promoción del **sueño** y el uso eficaz de las **contenciones mecánicas**.

Todos estos aspectos son cuidados enfermeros, a los que llamaremos **cuidados invisibles** o intangibles y todos ellos permiten un amplio margen de mejora en la actualidad.

Dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "*una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial*"⁽¹⁶⁾. El dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual⁽¹⁷⁾.

La **Sociedad Española del Dolor** lo considera una *enfermedad*, recalcando la importancia del dolor para aquel que lo padece, y considerado por gran parte de la comunidad médica más que como un síntoma como una patología per se.

La mayoría de los pacientes de unidad de cuidados intensivos (UCI), siente dolor, miedo y ansiedad⁽¹⁷⁾. El dolor en la UCI puede darse en situaciones de reposo, sin estímulo (dependiente en muchas ocasiones del proceso de base o de una intervención quirúrgica previa), o ante procedimientos que forman parte del cuidado y tratamiento rutinarios⁽¹⁶⁾.

La presencia de dolor en un paciente crítico puede generar un obstáculo para una evolución clínica favorable, por ello es importante un exhaustivo control del dolor por parte de enfermería ya que si no se examina adecuadamente puede desencadenar múltiples alteraciones, entre ellas⁽⁹⁾.

- Insomnio, desorientación y delirio: puede desencadenar en taquicardia, aumento del consumo de oxígeno a nivel miocárdico, disminución del peristaltismo.
- Estados depresivos y mayor incidencia de dolor crónico.

- Agitación y ansiedad: expondrán al paciente a riesgo de autoextubación, retiro de catéteres y sondas, y cursará con mala adaptación al ventilador, repercutiendo en su condición hemodinámica.
- Conductas médicas tales como aumento de la dosis de sedantes, lo que trae como consecuencia lesiones en la piel por decúbito, compresiones nerviosas, delirio, VM prolongada y mayor probabilidad de desarrollar infecciones asociadas al ventilador.

En este contexto, es preciso que los profesionales de **enfermería** valoren y monitoricen sistemática y rutinariamente, el dolor en todo paciente ingresado en la UCI para asegurar su bienestar (cada 4 horas es la recomendación general), tanto en la capacidad de expresar su sensación, como si las condiciones clínicas lo impiden (bajo nivel de consciencia, sedación, intubación y VM, entre otros)⁽¹⁾.

Para ello existen diversas escalas validadas. En el ámbito de la terapia intensiva existen diferentes tipos de pacientes y por tanto las escalas de evaluación deben ser apropiadas para cada uno de ellos.

En los pacientes conscientes y comunicativos:

- **Escala visual analógica (EVA)**
En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor.
- **Escala Numérica Verbal (ENV)**
En un paciente que se comunica verbalmente, se puede utilizar la escala numérica verbal (0 a 10) donde el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor⁽¹⁷⁾.

En pacientes que pierden la capacidad de comunicación:

– **Escala sobre Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)**

Escala validada basada en indicadores conductuales asociados al dolor.

Es la única escala en español con estas características.

No resulta admisible una puntuación >3 de forma continuada (entre 1-3: dolor moderado)⁽¹⁷⁾. (Anexo 1)

Delirio

El delirio (delirium en la literatura anglosajona) o síndrome confusional agudo, es un grave trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico que se caracteriza por la aparición de alteraciones de conciencia y de las funciones cognitivas y suele tener un curso fluctuante⁽¹⁸⁾.

El delirio es un problema minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y es probablemente la manifestación más frecuente de disfunción aguda del sistema nervioso central (SNC)⁽¹⁰⁾.

Entre los factores predisponentes presentes **antes del ingreso** destacan la pérdida visual y/o auditiva, deterioro cognitivo, demencia, depresión, edad mayor de 70 años, sexo masculino, dependencia funcional, polifarmacia, sedantes, alcoholismo, pluripatología, gravedad de la enfermedad, insuficiencia renal y/o hepática, alteraciones metabólicas, VIH, tabaquismo e hipertensión arterial⁽¹⁹⁾.

Como factores precipitantes que ocurren **durante la estancia hospitalaria** podemos destacar las infecciones, iatrogenia, hipoxia, shock, fiebre/hipotermia, anemia, deshidratación/desnutrición, alteraciones metabólicas, medicaciones, privación alcohólica y/o de fármacos, cirugía, dolor, alteraciones del sueño, restricción de visitas y ausencia de familiares, sondas y catéteres⁽¹⁹⁾.

Supone una situación deletérea para el paciente ya que se asocia con el aumento de la ventilación mecánica y estancia hospitalaria, aumento de discapacidad y mortalidad, disfunciones cognitivas posteriores, estrés postraumático, riesgo de lesiones y autorretirada de dispositivos y aumento del coste sanitario⁽²⁰⁾.

Por tanto, es necesaria la labor de enfermería para el manejo del Delirio en las UCI, a través de dos pilares fundamentales: la prevención y la detección precoz y su monitorización⁽¹⁾.

- **Prevención del delirio:** según el *ICU Pain, Agitation and Delirium (PAD) Care Bundle*, las medidas recomendadas para la prevención son:
 - Identificar los factores de riesgo ya descritos
 - Movilización precoz y ejercicio precoz
 - Promoción del sueño nocturno
 - Control del dolor, anteriormente comentado
- **Detección y monitorización:** se recomienda el uso de modelos para su detección temprana, además de valorar la presencia de delirio al menos cada 8 horas utilizando escalas como la *consussion assesmente method for the ICU (CAM-ICU)*, que valora 4 ítems (comienzo agudo, disminución de la atención, alteraciones cognitivas y alteraciones de la consciencia). Del mismo modo es necesario evaluar el nivel de sedación, la escala de agitación-sedación de Richmond [RASS], es la más utilizada. (Anexo 2)

Sueño

La necesidad del sueño constituye un problema importante en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados críticos. Tanto el tipo de pacientes que ingresa en ellas, como su estructura (diseño, ubicación, dotación de monitores, alarmas, luces...) y su patrón de cuidados continuados (toma de constantes horarias, técnicas invasivas...), constituyen un ambiente generador de ansiedad y estrés para el paciente⁽²¹⁾.

El descanso insuficiente, tiene numerosas consecuencias psicológicas y fisiológicas en los pacientes que lo sufren. Además de elevar los niveles de ansiedad, alterar el humor y provocar delirium, puede producir otras muchas complicaciones que desemboca en el aumento de la tasa de mortalidad⁽²²⁾.

Por ello, el personal de enfermería ha de conocer cuáles son los principales factores que alteran esta necesidad, para poder actuar sobre ellos en la medida de lo posible y favorecer el adecuado bienestar de los pacientes⁽²³⁾.

En las unidades de cuidados intensivos encontramos muchos factores que alteran el sueño, tanto por su entorno físico como por el psicológico. Dichos factores pueden clasificarse como perturbadores de tipo exógeno y de tipo endógeno⁽²¹⁾.

Factores exógenos	Factores endógenos
Medio ambiente	Edad
Ruido	Antecedentes
Luz	Enfermedad y alteraciones metabólicas
Intervenciones terapéuticas	
Administración y efectos de fármacos	
Otros factores	

El exceso de **ruido** es uno de los problemas más significativos de las unidades de cuidados intensivos. Este exceso tiene su origen en sonido de monitores, bombas o sistemas de perfusión intravenosa, camas articuladas, respiradores, alarmas para determinar situaciones de emergencia, conversaciones entre el personal y entre los profesionales y los pacientes, apertura y cierre de puertas, teléfonos, entre otros.

El Consejo Internacional del Ruido, perteneciente a la OMS, recomienda un nivel acústico máximo de ruido para los hospitales de 45 dB por el día y de 40dB por la noche, sin embargo en casi toda la literatura encontramos niveles superiores con picos ocasionales que van de los 50 dB hasta incluso los 90 dB⁽²¹⁾.

Por esto es importante que el personal de enfermería tome medidas para favorecer el descanso de los pacientes evitando el exceso de ruido. Sería importante disponer de medidores de ruido ambiental con aviso luminoso cuando sobrepasen los límites establecidos como toque de atención para cambiar la actividad⁽²⁴⁾.

Por otra parte, se pueden implementar medidas que limiten el efecto de ruido sobre los paciente: tapones para los oídos, absorbedores de ruido, entre otros⁽¹⁾.

Pero realmente, para disminuir el ruido en estas unidades son necesarias la educación y la modificación de los comportamientos, como por ejemplo introducir periodos de no molestar tanto en el día como en la noche, cambiando las rutinas médicas y de cuidados de enfermería para disminuir las alteraciones de los periodos de descanso⁽¹⁾, por ejemplo, las actividades enfermeras más frecuentes que son responsables de la perturbación del sueño son, la administración de medicamentos, con un 95%. Esto permite afirmar que es necesario ajustar los horarios de la toma de medicamentos, con el fin de favorecer el sueño del paciente, evitando en la medida de lo posible administrar medicamentos después de la medianoche. Si el horario de la medicación no se puede ajustar, es preciso que el profesional enfermero disminuya el ruido y los estímulos al paciente durante el procedimiento⁽¹¹⁾.

Por otro lado, otro factor que el equipo de enfermería debe controlar es la **iluminación**. En los enfermos críticos el ritmo circadiano se rompe gravemente debido a la iluminación artificial ambiental continuada, la inadecuada luz diurna o la contaminación lumínica nocturna. Para evitar esto, es imprescindible que las habitaciones de los pacientes dispongan de ventanas y luz natural que les ayude a orientarse y a percibir el ritmo del día y de la noche.

Además es muy importante el ajuste de la luz ambiental, con disminución significativa de la intensidad general en los espacios comunes e individualización en cada espacio según las necesidades del paciente, permitiendo un oscurecimiento casi total. También muchos de los monitores y aparatos de estas unidades tienen la posibilidad del *modo noche* en el que las pantallas se oscurecen para disminuir el ruido lumínico⁽¹⁾.

Dentro de las estrategias actuales destaca el **proyecto SueñOn®** impulsado por la Unidad Investén-Isciii del Ministerio de Economía y Competitividad, un proyecto impulsado por profesionales de enfermería y es dirigido totalmente a toda la sociedad, desde los profesionales de salud, los gestores, hasta los pacientes con el fin de promover el descanso de personas hospitalizadas. Pone en marcha algunas soluciones que pueden ayudar a mejorar este problema y que son de fácil implantación como las ya anteriormente comentadas⁽²⁵⁾.
(Anexo3)

Contención Mecánica

El uso de las contenciones mecánicas (CM) en las UCI tiene una prevalencia muy elevada, aun tratándose de una medida sanitaria excepcional⁽²⁶⁾. La CM se define como *cualquier dispositivo físico o mecánico adyacente al cuerpo de un paciente que restringe su libertad de movimiento, o el acceso normal al cuerpo de uno*. Las formas de sujeción más comunes documentadas en la literatura son las contenciones de muñeca y las de cintura. Su principal indicación en estas unidades, es para preservar la seguridad del paciente y evitar la interrupción de los procesos terapéuticos, fundamentalmente la retirada del tubo endotraqueal, catéteres, drenajes, sondas etc. Según algunos estudios, los dos instrumentos más comunes retirados son, el tubo endotraqueal y la sonda nasogástrica⁽²⁷⁾.

Evidencias científicas aseguran que el uso de CM puede ser perjudicial y puede suponer numerosas complicaciones, tanto físicas (pérdida de fuerza muscular, lesiones por presión, edemas, dificultad respiratoria, aumento de infecciones nosocomiales y del tiempo de hospitalización), como psicológicas (sentimientos de vergüenza, indefensión, impotencia, ansiedad, depresión, desorientación, delirio)⁽²⁸⁾.

Existe una gran controversia en cuanto a su utilización y su eficacia, y debido a sus implicaciones éticas y legales, debe estar plenamente justificada, si bien evitando su uso sistemático y considerándolo como la última opción terapéutica. Pero muy lejos de esto, hay constancia de que la incidencia del uso de restricciones físicas en las UCIs es de un 24-40%, incluso más alta que en una unidad de hospitalización⁽²⁷⁾.

La evidencia científica nos demuestra que el personal de enfermería es el principal responsable de iniciar el uso de la CM, aunque esta decisión siempre debe ser corroborada por el personal médico⁽²⁷⁾. Algunos autores sostienen que dentro de los factores que acabarían condicionando el uso o no de CM se encuentran elementos individuales (la personalidad de cada profesional, como rigidez, autoestima, resistencia al cambio, falta de empatía, o miedo ante la posible reacción del equipo médico al producirse una autoextubación), elementos grupales (errores en la dinámica de trabajo, problemas de

comunicación entre los miembros del equipo o presiones grupales) y elementos organizativos (falta de conocimiento del marco legislativo vigente, falta de implicación institucional, políticas de puertas cerradas respecto al acompañamiento familiar, distribución arquitectónica no adecuada con espacios poco visibles o accesibles o ratios enfermero-paciente excesivos)⁽¹⁾.

La enfermería juega un papel imprescindible en las Unidades de Cuidados Críticos, por lo que es importante que lleven a cabo estrategias para minimizar el uso de las CM, como suscitar la reflexión individualizada y la valoración realista de su uso, la comunicación del equipo, la flexibilización de las dinámicas del trabajo, el uso de protocolos y algoritmos de decisión, etc.⁽¹⁾.

Por otro lado, entre las alternativas más citadas se habla de contención verbal-psicológica como medida terapéutica útil en los casos en los que la pérdida de control por parte del paciente no es total, con el objetivo de lograr una alianza con el paciente que permita negociar situaciones terapéuticas, disminución de la agresividad y prevención de la violencia. Estas pautas requerirían entre otras, utilizar gestos no amenazantes ni defensivos, evitar gestos bruscos, utilizar una postura abierta que invite al diálogo y a la privacidad, utilizar un contacto ocular frecuente, no continuado y sin perder de vista al paciente. También destacan alternativas como ampliar el ratio enfermera-paciente y la presencia extendida de familiares y amigos⁽²⁷⁾.

Para finalizar, debemos decir que hay que avanzar hacia la excelencia en los cuidados, y que este avance está íntimamente ligado a la innovación en el campo científico y tecnológico, pero sin olvidar que el paciente es un ser bio-psico-social en continua evolución; para ello deberemos de emplear la CM exclusivamente cuando sea indispensable, tendiendo a su erradicación en la medida de lo posible.

6. RESULTADOS

- La enfermería como profesión es eminentemente humanística, se encarga de producir el bienestar y cuidar con profesionalidad y valores éticos⁽⁷⁾. Se requieren una serie de habilidades para poder aplicar unos óptimos cuidados los cuales se centran en gestos, miradas, tono de voz, acercamientos afectuosos, empatía, aceptación, respeto, actitud cariñosa y la escucha activa entre otros, que generan a los pacientes seguridad y una atención de calidad⁽²⁹⁾.
- Las unidades de cuidados intensivos son lugares donde prevalece la tecnología en forma de modernos respiradores, equipos de monitorización y demás complejos aparatos que mantienen con vida al paciente, pero donde ,en ocasiones, se presta poca atención a los aspectos humanos⁽²⁾.
- Los pacientes ingresados en la UCI se enfrentan a momentos de soledad, desorientación en tiempo y espacio, dolor, delirio, falta de sueño y pérdida de privacidad y autonomía, sintiendo que pierden el control de sus propias vidas⁽¹⁵⁾
- Mantener al paciente crítico en estado alerta, sin dolor y sin deliro, es posible, seguro y benéfico para él, convirtiéndose esta práctica, en un objetivo prioritario para los profesionales de enfermería⁽¹⁾.
- Muchos pacientes tienen una experiencia del sueño muy insatisfactoria en la UCI, siendo la administración de medicamentos, una de las actividades enfermeras que más frecuente es responsable de la perturbación del descanso nocturno, con un 95%⁽¹¹⁾.
- El control por enfermería de los factores que alteran el sueño, como la luz y el ruido, durante las "*horas mágicas*" (de 00:00 a 06:00), permite el descanso del paciente⁽¹³⁾.

- El uso de contenciones mecánicas en UCI tiene una prevalencia muy elevada, aún tratándose de una medida sanitaria excepcional. La CM puede ser perjudicial y puede suponer numerosas complicaciones tanto físicas como psicológicas⁽²⁶⁾.
- Todavía, más del 60% de las UCIS de hospitales españoles solo permiten dos visitas al día, con una duración predominante de entre 30 y 60 minutos, y en casi el 80% de ellos, la información clínica se proporciona una vez al día. Por otro lado, la implicación de los familiares en los cuidados del paciente que no requieren conocimientos específicos, es escasa, siendo la administración de comidas la más habitual⁽²⁾.
- La percepción de cuidado humanizado se considera una dimensión que aporta calidad a los servicios, y son considerados en mayor grado, excelentes y buenos⁽³⁰⁾, interfiriendo de forma positiva en el estado físico, social y mental de los pacientes⁽¹⁵⁾.
- Cada vez son más los profesionales y centros hospitalarios que quieren introducir cambios para proporcionar unos cuidados más humanizados a los pacientes ingresados en la UCI⁽²⁾.

7. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las limitaciones en esta revisión bibliográfica aparecieron en la búsqueda, donde se encontraron artículos protegidos con derechos de autor, y no se pudo obtener los estudios en versión completa. Además, muchos de los artículos no estaban relacionados con el bienestar de los pacientes en las unidades de cuidados críticos, por lo que quedaron descartados mediante los criterios de exclusión e inclusión, limitando la selección. La mayoría de las medidas existentes para humanizar los cuidados de enfermería son muy recientes y algunas insuficientes.

Por otro lado, aplicar las medidas abordadas en la práctica clínica requiere de la disponibilidad de recursos humanos y materiales que pueden considerarse limitaciones importantes.

La sobrecarga de trabajo, que condiciona al personal, junto con otros factores de tipo personal, profesional y social, puede incurrir, aun de manera involuntaria e inconsciente, en un actuar deshumanizado.

Resulta esencial la gestión y la orientación de los recursos materiales para conseguir un entorno propicio.

Por lo tanto, las investigaciones ya existentes, como otras futuras, son la base y la referencia para la evaluación de los diferentes servicios hospitalarios, con el fin de realizar recomendaciones, intervenciones y cambios que se pueden llevar a cabo para que el proceso de humanización sea efectivo y se desarrolle con éxito. Considerando fundamental la implementación de aquellas actividades, estudios y políticas que impulsen los valores emergentes y modelos de actuación, junto con elaboración de guías de práctica clínica para unificar criterios, concienciar a los profesionales y proporcionar unos cuidados de alta calidad.

8. CONCLUSIONES

- El profesional de enfermería es una pieza clave dentro del proceso de humanización, contribuyendo al desarrollo de comportamientos humanos y practicas humanizadas que beneficien al paciente.
- La búsqueda hacia la excelencia en el cuidado, requiere que los profesionales de enfermería reflexionen sobre su práctica y valoren la forma en la que proporcionan sus cuidados y los efectos que quieren producir.
- La calidad de los cuidados administrados por parte del personal de enfermería de una unidad de cuidados críticos no sólo se evalúa por los cuidados tecnológicos prestados, sino también por la calidad percibida por parte del paciente y su familia, y depende en gran medida de los cuidados invisibles administrados.
- La conjugación de cuidados técnicos y humanos por parte de personal de enfermería altamente cualificado es clave para la recuperación del paciente ingresado en una unidad de cuidados críticos.
- Los cuidados invisibles son necesarios y fundamentales en el ejercicio de la Enfermería, debido a que influyen directamente en el bienestar del paciente, debiendo reconocer su importancia y empezar a contabilizarlos y registrarlos dentro de nuestro trabajo diario.
- Favorecer un descanso nocturno adecuado al paciente controlando el exceso de luz y de ruido de estas unidades así como limitando las actuaciones enfermeras durante las horas de sueño es fundamental para la recuperación del paciente y es responsabilidad absoluta del personal de enfermería.

- Concienciar a los profesionales de enfermería en la importancia de evitar las contenciones mecánicas siempre que sea posible, fomenta el bienestar del paciente y disminuye la agitación del mismo.
- El que el paciente tenga un buen descanso nocturno, un confort diurno adecuado, buena temperatura de la habitación, aseo e hidratación, alimentación adecuada así como una relación empática con el personal de enfermería que le presta cuidados, favorece su pronta recuperación y evita secuelas negativas de su paso por una unidad de cuidados críticos.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Calle GH La. Humanizando los cuidados intensivos. 2017. 325 p.
2. Mayor MV. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Integr Rev científica del Col Of Enfermería Val* [Internet]. 2017;(116):31–4. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126510&orden=0&info=link%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6126510>
3. José Manuel Velasco Bueno 1 Gabriel Heras La Calle2. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. 2017.
4. Calle GH de la. Humanizar la sanidad es cosa de todos. ¿cómo humanizar la neurología? *Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*; 2017.
5. Española RA. Definición de humanizar - «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. Available from: <https://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>
6. Da Silva Ribeiro CAP, Trovo MM, Puggina AC. Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible? *Enfermería Glob* [Internet]. 2017;16(3):453. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/257291>
7. Para RE, Estudio EL, Ética YR, Guijarro PG, Amezcua M. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos. 2018;1–7.
8. Calle GH La, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017;29(1):9–13. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-507X.20170003>
9. Rivas E, Alarcón M, Gatica V, Neupayante K, Schneider MB. Escalas De Valoración De Dolor En Pacientes Críticos No Comunicaticos. *Enfermería Cuid Humaniz*. 2018;7:115–29.
10. Veiga D, Luis C, Parente D, Fernandes V, Botelho M, Santos P, et al. Delirium Postoperatorio en Pacientes en Cuidados Intensivos : Factores de Riesgo y Resultados. *Bras Anesthesiol*. 2012;62:1–8.
11. Grado TF De. “ Eficacia de una intervención enfermera en la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una unidad quirúrgica ” Autor: Adrià Castelló Tarruella Tutora: Montserrat Gea Sánchez Faculta t d ' Infermeria i Fisioteràpia Grado en Enfermería Trabaj. 2018;0–90.
12. Castañeda C, Orozco M, Rincón G. “Empoderamiento”, Una Utopía Posible Para Reconstruir La Humanización En Unidades De Cuidado Crítico. *Hacia la Promoción la Salud*. 2016;20(1):13–34.
13. Rojas V. Humanización De Los Cuidados Intensivos. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2019;30(2):120–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864019300240>
14. Original C, Guerrero-ram R, Riva EM, Cruz-ruiz D La. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson , servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión . Lima- Humanized care of nursing according to the theory of Jean Watson , medical service of the hospital Daniel Alcides Carrión . 2015;9(2):133–42.
15. Fernandes , L. Machado, c. fernandes, v.salazar M. Estrés del paciente en UCI : visión de los pacientes y del equipo de enfermería Estresse do paciente em UTI. *Enfermería Glob* [Internet]. 2013;12(32):88–103. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

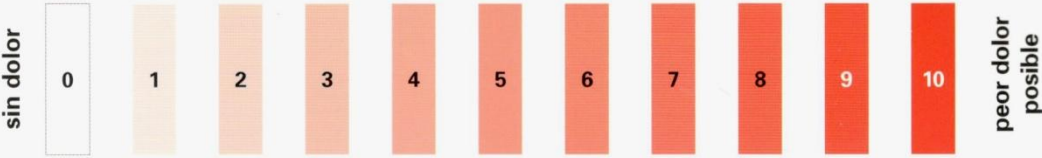
- 61412013000400006%5Cn<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/docencia1.pdf>
16. Vera Jiménez H, Médico anesthesiólogo intensivista. Dolor en la unidad de cuidados intensivos. *J Anaesth* [Internet]. 1989;63:196–206. Available from: https://www.intramed.net/sitios/mexico/dolor/DOLOR_10_4.pdf
 17. Bennett CR, Loomis JM, Klatzky RL, Giudice NA. Spatial updating of multiple targets: Comparison of younger and older adults. *Mem Cogn*. 2017;45(7):1240–51.
 18. Palencia-Herrejón E, Romera M, Silva J, Semicyc G de T de A y sedación de la. Delirio en el paciente crítico. *Med Intensiva* [Internet]. 2008;32(Supl 1):77–91. Available from: <http://www.medintensiva.org/index.php?p=watermark&idApp=WMIE&piItem=13116129&origen=medintensiva&web=medintensiva&urlApp=http://www.medintensiva.org/&estadoltem=S300&idiomaltem=es>
 19. Fuentes Covián R. Incidence and related factors of delirium in a General Intensive Care Unit. *Nure Investig* [Internet]. 2017;14(89):1–15. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278365>
 20. Cachón-Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. Non-pharmacological steps for the treatment of acute confusional syndrome in the intensive care unit | Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2014;25(2):38–45.
 21. Iriarte S. Descanso nocturno en una unidad de cuidados intensivos (DNUCI). 2016;200. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=115012>
 22. Barquero MB. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales. 2013;34–9.
 23. Valls JB. ¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos? 2013;34(2):50–3. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-pdf-S201352461170006X>
 24. Gómez G, Prieto M, Lian H. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio Comfort of hospitalized patients in intermediate and intensive care units. 2017;266–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.260101>
 25. Instituto de Salud Carlos III Fundación más que ideas. SueñOn® [Internet]. Available from: <http://suenon.recursoescuidados.es/quees.html>
 26. María José López Sar M DE. Eficacia de medidas no farmacológicas en el delirio y repercusiones en la calidad de vida en unidades de cuidados intensivos de adultos del sergas. 2012; Available from: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10181/LopezSar_MariaJose_tfg_2013.pdf?sequence=2
 27. Carrillo Arruabarrena M. La contención mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUCA: Su utilización y la percepción de los familiares. 2015;151:10–7.
 28. García OG. Contención mecánica como medida terapéutica ante el paciente agitado en las unidades de cuidados intensivos y geriatría. 2017;
 29. Ana Isabel Carmena Hernández, Ana María Torres Romero AVS. La importancia de los cuidados humanizados en la mejora de calidad de vida de los pacientes. 2016;1(1):8678.
 30. Massa ER. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. 2016;

10. ANEXOS

Anexo 1: Escalas del dolor paciente comunicativo y no comunicativo (ESCID)

Escala de puntuación numérica (NRS)

(Paciente crítico comunicativo)



sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor posible

Los resultados de la evaluación global del dolor se obtienen con la NRS. Se caracteriza por una tasa de error baja, altos niveles de aceptación, facilidad de uso y alta sensibilidad.¹⁻³

La escala NRS establece un umbral de intervención de 4. Los umbrales de intervención están asociados a los deseos del paciente y a su aceptación o tolerancia individualidad del dolor.^{4,5}

La NRS-V (véase más arriba) es una escala de 0-10 estratificada. En un contexto de cuidados intensivos es el instrumento de estudio más fácil de aplicar que ofrece la mejor detección de la intensidad del dolor y los cambios en la intensidad.^{6,7}

El objetivo de analgesia debería ser una puntuación de ≤ 4

1 Aubrun F et al., What pain scales do nurses use in the postanaesthesia care unit? Eur J Anaesthesiol, 2003; 20(9): 745-9

2 Herr KA et al., Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. Clin J Pain, 2004; 20(4): 207-19

3 Gagless L et al., The measurement of postoperative pain: a comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. Pain, 2005; 117(3): 412-20

4 DIVS S3-Leitlinie zur Behandlung akuter perioperativer und postraumatischer Schmerzen 2007, AWMF

5 Maroney CL et al., Acceptability of severe pain among hospitalized adults. J Palliat Med, 2004; 7(3): 443-50

6 Lütz A et al., Analgosedierung und Delir. SOPs in Intensivmedizin und Notfallmedizin; Alle relevanten Standards und Techniken für die Klinik. Thieme 2013: 42-53

7 Chanques F et al., The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. PAIN, 2020; 151: 711-721

Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID).


(Paciente crítico no comunicativo, con ventilación mecánica)

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual/ dientes apretados	
“Tranquilidad”	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido	
Adaptación a ventilación mecánica (VM)	Tolerando ventilación mecánica	Tose, pero tolera VM	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole	

Puntuación total 10

0 Ptos = No dolor
1 - 3 Ptos = dolor leve-moderado
4-6 Ptos = dolor moderado-grave
> 6 Ptos = dolor muy intenso

Considerar otras posibles causas



Anexo 2: Escala para el control del delirio (CAM-ICU) y escala de agitación-sedación de Richmond (RASS)

Herramientas validadas para el control del delirium Existe delirium si: **1, 2 y 3** o **1, 2 y 4** son positivos

Método de evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos / CAM-ICU¹⁻⁴

Escala de agitación-sedación de Richmond / RASS

RASS > -4 (-3 a +4)		1	¿Se observa un cambio agudo o una evolución fluctuante del estado mental? ¿Se ha producido un cambio agudo respecto al estado mental inicial? O ¿Ha fluctuado el estado mental del paciente durante las últimas 24 horas?	NO	INTERRUMPIR No existe delirium
			SI		
4 Combativo 3 Muy agitado 2 Agitado 1 Ansioso 0 Alerta y tranquilo Aplicar CAM-ICU aunque RASS = 0!		2	Falta de atención "Apriete mi mano cuando yo diga la letra 'A'." Lea la siguiente secuencia de letras: C A S A B L A N C A Errores: No aprieta cuando sea una 'A' y aprieta cuando sea otra letra diferente a la 'A'	0 - 2 Errores	INTERRUMPIR No existe delirium
			3 Errores (o más)		
		3	3 Nivel alterado de la consciencia (nivel RASS "actual")	RASS diferente a cero	Delirium
			RASS 0		
		4	Pensamientos desorganizados 1. ¿Puede flotar una piedra en el agua? 2. ¿Hay peces en el mar? 3. ¿Pesa un kilo más que dos? 4. ¿Puede usar un martillo para golpear un clavo? 5. Orden: "Levante estos dedos" (Levante 2 dedos) "Ahora haga lo mismo con la otra mano" (No hacer una demostración) (Si el paciente no puede mover ambos brazos: "Añada un dedo más")	2 Errores o más	Delirium
RASS = -4 a -5 INTERRUMPIR (volver a examinar al paciente más tarde)				1 Error o ninguno	INTERRUMPIR No existe delirium

Escala de agitación-sedación de Richmond – RASS⁵

	Término	Descripción	
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, daño inmediato para el personal	
+3	Muy agitado	Intenta retirarse el tubo o los catéteres; agresivo	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes, lucha contra el respirador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos	
0	Alerta y tranquilo		
-1	Adormilado	No totalmente alerta, pero se mantiene despierto (abre los ojos/dirige la mirada a la voz ≥10 seg)	Estimulación verbal
-2	Sedación ligera	Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 seg	
-3	Sedación moderada	Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada	
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, mueve los ojos o los abre a la estimulación física	Estimulación física
-5	Sedación muy profunda	No hay respuesta a la voz ni a la estimulación física	

Anexo 3: Proyecto Sueño: Cuidamos del sueño. Profesionales.

sueño[®]
Cuidamos el sueño

Evita ruidos y luces innecesarios

Intenta programar los cuidados para que permitan el descanso de tus pacientes

Pregunta y ten en cuenta las preferencias de las personas hospitalizadas

Mantente actualizada
Consulta los últimos resultados científicos

PROFESIONALES



<http://suenon.recursosencuidados.es>



