



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

**Intervenciones de enfermería en la
familia de pacientes en unidades de
cuidados intensivos**

Mencía Gutiérrez Martín
Tutor/a: Lucía Pérez Pérez

RESUMEN

Introducción: Cuando un paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos, su familia puede desarrollar el síndrome de post cuidados intensivos. Para su prevención, la enfermería juega un importante papel como nexo y promotor de los cuidados. La implicación de la familia en la atención no solo produce beneficios en su bienestar psicológico, sino también, en el paciente.

Objetivos: Revisar la bibliografía existente para identificar los tipos de intervención familiar en unidades de cuidados intensivos con evidencia científica.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática utilizando Pubmed y Web of Science como bases de datos, y se incluyeron estudios cualitativos, experimentales y ensayos clínicos, atendiendo a los criterios de inclusión prefijados. Para la búsqueda se utilizaron los siguientes términos MESH unidos por los operadores booleanos AND y OR: “Family” “Family nursing” “Critical care nursing” “Family centered approaches” “Family-centered interventions” “Intensive care units”.

Resultados: De los 6082 artículos obtenidos, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, incluyendo finalmente 7 para su estudio. Se comparó el impacto en tres ámbitos: en los síntomas PICS-F, en los parámetros fisiológicos de los pacientes y en la reducción de costes hospitalarios.

Conclusiones: Se han encontrado cinco grandes categorías de intervenciones: programas de apoyo, figura de enfermera avanzada, diarios, visitas protocolizadas y videollamadas programadas. Se ha demostrado que ayudan a reducir el estrés postraumático y la ansiedad de los familiares, aumentando sus habilidades y conocimientos en el cuidado, y su satisfacción. Además, producen un impacto positivo en la frecuencia cardiaca de los pacientes y reducen los costes y readmisiones hospitalarias.

Palabras clave: Familia, enfermería de la familia, humanización, cuidados de enfermería, comunicación en salud y unidades de cuidados intensivos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	6
4. MATERIAL Y MÉTODOS	7
4.1 DISEÑO	7
4.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	7
4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	8
4.4 SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	9
4.5 EXTRACCIÓN DE DATOS	9
5. RESULTADOS	10
5.1 SELECCIÓN DE ESTUDIOS	10
5.2 CALIDAD METODOLÓGICA ESTUDIOS	11
5.3 ANÁLISIS DATOS ARTÍCULOS	15
5.4 REDACCIÓN RESULTADOS	15
6. DISCUSIÓN	19
6.1 FORTALEZAS	21
6.2 LIMITACIONES	22
6.3 IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	22
6.4 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	22
7. CONCLUSIÓN	24
8. BIBLIOGRAFÍA	25
9. ANEXOS	31
9.1 ANEXO I: ESTRATEGIAS PROYECTO HU-CI	31
9.2 ANEXO II: TABLA DE EXTRACCIÓN DE DATOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descriptores DeCS y MESH	8
Tabla 2: Check-list CASPe para evaluar ensayos clínicos.....	11
Tabla 3: Check-list JBI para evaluar estudios cuasiexperimentales.....	12
Tabla 4: Check-list CASPe para evaluar estudios cualitativos	13
Tabla 5: Estrategias proyecto HU-CI.....	31
Tabla 6: Extracción de datos de artículos	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo de selección de artículos.....	10
--	-----------

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CASPe: Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español

CQI R-ICU: Índice de Calidad del Consumidor Familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos

FS-ICU-24: Encuesta de Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos

GSE: Escala de Autoeficiencia General

HADS: Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria

HHI: Índice de esperanza de Herth

HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos

IES-R-6: Escala de Impacto de Eventos Revisada

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

IPFCC: Instituto de Atención Centrada en el Paciente y la Familia

JBÍ: Instituto Joana Briggs

PICS-F: Síndrome Post-Cuidados Intensivos Familiar

PFCC: Atención centrada en el Paciente y la Familia

SCM: Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos

SEMICyUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias

SF-12: Encuesta breve de 12 ítems de salud

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

1 INTRODUCCIÓN

1.1 CONTEXTO HISTÓRICO

La idea de creación de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) surgió en 1854 para adaptar los cuidados de aquellos pacientes más graves y priorizar su cuidado. Esto es algo que ya se había aplicado en el pasado, en conflictos como la Guerra de Crimea, donde Florence Nightingale evacuó a los pacientes con necesidades más urgentes (1). A lo largo de la historia este concepto ha evolucionado, hasta que en la década de 1920 se comenzaron a crear espacios habilitados para la recuperación postquirúrgica (2).

Sin embargo, no fue hasta el año 1965 cuando se instauró la primera UCI en España, concretamente en Madrid, tras la creación de la primera UCI multidisciplinaria en Baltimore, en 1958 (1, 3). Nueve años más tarde, en 1974, se creó la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) cuyo objetivo fue promover la medicina intensiva en España y mejorar la atención al paciente crítico mediante la difusión de los avances en medicina intensiva, la formación de los profesionales y el fomento de la investigación (4).

El desarrollo de esta nueva medicina, caracterizada por el uso de la tecnología especializada y un incremento en la carga de trabajo, ha conllevado un aumento de estrés de los trabajadores y se ha producido una tendencia hacia la deshumanización y despersonalización de los cuidados. En consecuencia, en las últimas décadas han surgido iniciativas orientadas a humanizar de nuevo los cuidados, buscando transformar la medicina moderna hacia una concepción integral del paciente, donde se consideren sus aspectos emocionales, psicológicos y sociales, incluyendo también a su familia.

A lo largo de la historia, este concepto se ha asociado a la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson donde se percibe al ser humano como un ser holístico, es decir se tienen en cuenta todos sus componentes, y se centra la atención en los valores morales. Este autor hace hincapié en que los profesionales no deben enfocarse solo en la enfermedad, sino que también hay que acompañar a los pacientes durante su recuperación, atendiendo sus necesidades emocionales y

espirituales (5).

Como ejemplo de propuesta de cambio, en 1984, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) implementó un “Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria”, donde se documentaron los derechos y deberes de los pacientes, señalando la sensación de vulnerabilidad de estos ante una situación desconocida (6, 7). Además de al paciente, se demuestra que a la familia también le repercute esta deshumanización en el cuidado. Como resultado, el Instituto de Atención Centrada en el Paciente (IPFCC) acuña el término de atención centrada en el paciente y la familia (PFCC), que consiste en establecer relaciones mutuamente beneficiosas entre los encargados de brindar la atención, que constituiría el personal sanitario, el paciente y su familia, enfatizando de nuevo la importancia de considerar todos los ámbitos del paciente. El término PFCC cobra relevancia en unidades de cuidados intensivos donde los pacientes, en ocasiones, tienen limitadas sus capacidades de decisión y sus necesidades (8, 9).

1.2 HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

El cuidado centrado en la familia comenzó a integrarse en unidades pediátricas extendiéndose hasta áreas de adultos, donde se incluye la UCI, que como se ha mencionado anteriormente, se caracteriza por la tecnología presente y la gravedad de las patologías tratadas, relegando a un segundo plano los cuidados humanizados (9).

En los últimos años multitud de estudios han demostrado que los familiares pueden experimentar el fenómeno conocido como síndrome de post cuidados intensivos-familiar (PICS-F) cuando un paciente ingresa en la UCI (10). Este se caracteriza por manifestar síntomas tanto físicos como psicológicos, durante o tras la hospitalización, como ansiedad, presentada en un 70%, depresión en un 35%, estrés postraumático en un 30-50% y duelo complicado, entre otros (11, 12, 13, 14). La prevalencia de estos síntomas se presenta entre un 6% y un 69% en los 6 primeros meses tras el alta de la UCI, pudiendo permanecer hasta 4 años después (15). A su vez, un estudio realizado en Bogotá identificó una incidencia de 9,4 casos de ansiedad, 11,6 casos de depresión y 9,4 casos de trastorno mixto por cada 100 días de estancia (16).

Entre los factores que favorecen el desarrollo de este síndrome, se encuentran

la gravedad del paciente, la incertidumbre, la falta de información clara y concisa, sensación de falta de control, poca preparación para tomar decisiones o la tecnificación del entorno (14). Además, condiciones del entorno como el ruido y la iluminación artificial incrementan el estrés de pacientes y familiares (17). En los estudios de Davidson et al., 2017, Davidson et al., 2012, Wolters et al., 2015 se describe una morbilidad psicológica que respalda estos datos, y que según Born-van Zanten et al., 2016 puede afectar en sus actividades diarias y en el cuidado posterior al alta (18).

1.3 PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS EN LAS UCI

Como consecuencia de estas investigaciones, varios estudios han subrayado la necesidad de incluir a los familiares como participantes activos en el cuidado de las unidades críticas y se han señalado tres áreas de necesidad de los familiares.

En primer lugar, información clara y concisa sobre el pronóstico, en especial cuando haya que tomar decisiones o haya cambios en el tratamiento (Kisorio y Langley, 2016, Nelson et al., 2010, Wong et al., 2015). En segundo lugar, reconocimiento del rol que desempeñan para que se les permita estar más presentes y puedan participar en las decisiones sobre el tratamiento (Blom et al., 2013, Noome et al., 2016, Vandall-Walker y Clark, 2011). En último lugar, apoyo para afrontar las situaciones y gestionar sus emociones (Cypress, 2011, Frivold et al., 2016) (19).

Además en los estudios de Davidson et al., 2017, Gerritsen et al., 2017 se proponen estrategias para mejorar la asistencia sanitaria basado en la participación y presencia familiar y en ofrecer apoyo psicológico (19), ya que la participación activa en el cuidado por parte de las familias no solo favorece su bienestar psicológico, sino que también contribuye a preservar la continuidad de los cuidados, mejorando los resultados clínicos de los pacientes y fomentando la comunicación entre sanitarios, familia y paciente, lo cual favorece las decisiones compartidas y la satisfacción y confort familiar (20).

Sin embargo, Blom et al., consideran que todavía hay escasez en el conocimiento sobre la atención a los familiares en UCI (21). Así mismo, la implementación de estrategias no ha sido uniforme y estudios recientes muestran una baja participación familiar. Un ejemplo de ello es una investigación

que reflejó que solo el 14% participa de manera espontánea, mientras que un 96% lo haría si se le ofreciera la oportunidad (22). Esta desigualdad, se debe en gran parte, a una falta de protocolos donde se defina el papel de los familiares en el cuidado y a la ausencia de formación del equipo sanitario en comunicación y manejo del estrés (23). Muchos profesionales consideran que la familia puede constituir una fuente de estrés y un aumento en la carga de trabajo (24). Por eso, la atención recibida varía en función del personal y del hospital en cuestión.

1.4 INICIATIVAS PARA HUMANIZAR LA UCI

En los últimos años en España, han surgido dos proyectos destacados para devolver la humanización a las UCI incluyendo a las familias.

El primero es el proyecto “Humanizando Cuidados Intensivos” (HU-CI) de 2014, basado en siete estrategias (Anexo I). Entre estas se encuentran la apertura de la unidad para facilitar la presencia y participación familiar, lo que aumenta tal y como se ha indicado, la continuidad de los cuidados mejorando la comunicación y previniendo el síndrome post UCI (25, 26).

Otro modelo es el “Plan Dignifica” de Castilla-La Mancha, que, mediante 5 líneas estratégicas y 25 medidas concretas, busca mejorar la calidad de vida, relacionándolo con un menor coste-efectividad de la atención sanitaria y un mayor éxito en la atención médica (27).

2 JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha observado una deshumanización en los cuidados debido a la concepción del paciente como una enfermedad y no como un ser holístico, favorecido por el avance tecnológico médico. Esto se ha visto reflejado en las UCI, donde a raíz de esta tendencia creciente, se han llevado a cabo investigaciones que demuestran que este fenómeno no solo lo sufre el paciente, quien se siente más desvalido, sino que también afecta a sus familiares, pudiendo desencadenar el conocido Síndrome de post cuidados intensivos familiares (PICS-F).

Tras el estudio de estas consecuencias, se ha determinado que la participación activa de las familias en el cuidado no solo mejora su bienestar y la de los pacientes, sino que también favorece la situación clínica de estos. Además, constituye una estrategia costo-efectiva ya que la implicación de las familias ha demostrado una reducción en la estancia hospitalaria debido a la mejoría en la adherencia al tratamiento y a la toma de decisiones compartidas que concluyen en una optimización de los recursos sanitarios.

En la implementación de este nuevo paradigma, el personal de enfermería realiza un gran papel, siendo el nexo entre el resto del personal sanitario, las familias y los pacientes. Como resultado, se logra una mayor calidad en la atención recibida, mayor satisfacción percibida por el paciente y los familiares, una atención más personalizada y una formación específica para estos profesionales en habilidades comunicativas y de gestión de emociones.

Por todo lo descrito, en este trabajo se realiza una revisión sistemática que pretende evaluar las intervenciones que existen dirigidas a los familiares en las unidades de cuidados críticos. A través de un análisis exhaustivo de la literatura reciente, se desea proporcionar herramientas prácticas al personal de enfermería como protocolos para tener guías sobre la involucración de la familia en el cuidado. También justificar la importancia de implementar humanización en la asistencia, promoviendo un cambio en el cuidado de las UCI.

3 OBJETIVOS

GENERAL

- Realizar una revisión sistemática de la bibliografía existente basada en la evidencia científica para identificar distintos tipos de intervención familiar en unidades de cuidados intensivos.

ESPECÍFICOS

- Identificar las recomendaciones disponibles para mejorar la participación familiar en UCI.
- Describir el impacto psicológico de los familiares en cada intervención.
- Investigar cómo las intervenciones terapéuticas disponibles influyen en los parámetros fisiológicos de los pacientes.
- Examinar la relación entre el coste hospitalario y la estancia media en UCI con la implementación de las intervenciones.

4 MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 DISEÑO

Se realizó una revisión sistemática de artículos que abordaran el tema de humanización en UCI, cuyas intervenciones fueran dirigidas a la familia del paciente y en cuyo estudio participara el equipo de enfermería.

La búsqueda se llevó a cabo entre el 1 de noviembre de 2024 y el 30 de abril de 2025.

4.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Este trabajo es una revisión sistemática que responde a la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué tipos de intervenciones se aplican en los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos?

Para plantear esta cuestión se ha utilizado el esquema PICO:

- **P:** Familiares de pacientes en unidades de cuidados intensivos
- **I:** Humanizar los cuidados intensivos incluyendo a las familias en el cuidado
- **C:** Familiares de pacientes de UCI que no reciben intervenciones
- **O:** Obtener una mayor satisfacción familiar mejorando su bienestar psicológico

Para realizar este trabajo las principales bases de datos utilizadas fueron Pubmed y Web of Science. La búsqueda se llevó a cabo mediante descriptores MESH y DeCS (tabla 1), y palabras clave. Para unir los términos se incluyeron los operadores booleanos AND y OR.

Tabla 1. Descriptores DeCS y MESH. Fuente: Elaboración propia

DESCRIPTOR DeCS	DESCRIPTOR MESH
Familia	Family
Enfermería de la familia	Family Nursing
Cuidados de enfermería	Critical Care Nursing
Humanización de la atención	Family Centered Approaches
Comunicación en salud	Family-Centered Interventions
Unidades de cuidados intensivos	Intensive Care Units

El algoritmo de búsqueda resultante fue:

- Pubmed ("Nursing Family Interventions" OR "Nursing Family-Centered Care" OR "Family-Centered Approaches" OR "Nursing intervention" OR "Family-Centered Interventions") AND ("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "ICU").
- Web Of Science ("Nursing Interventions" OR "Family Interventions" OR "Family-Centered Care") AND ("Intensive Care Units" OR "ICU" OR "Critical Care").

4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para la selección de los artículos, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- El foco principal del estudio es la familia de los pacientes.
- Pacientes adultos mayores de 18 años.
- Acceso abierto a texto completo gratuito.
- Artículos en inglés o en español.
- El artículo mide el impacto de una intervención.
- La intervención la dirige o participa el equipo de enfermería.

Se excluyeron por tanto los artículos que:

- La intervención del estudio se centra en el paciente.
- Pacientes pediátricos.
- No hay acceso abierto al artículo completo.
- Otros idiomas que no son ni inglés ni español.
- El estudio está enfocado en el periodo COVID-19.

Tras aplicar los criterios de selección y mediante los descriptores y operadores booleanos citados anteriormente, se obtuvieron un total de 6082 artículos, de los cuales se obtuvieron finalmente 7 tras eliminar los artículos duplicados y aplicar los criterios de inclusión.

4.4 SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se recopiló la siguiente información de los artículos seleccionados:

- Características de la muestra: tamaño, parentesco, edad, género, tipo de atención médica, estancia en UCI, nivel de educación.
- Metodología:
 - o Diseño: ¿La intervención se limita a la estancia en la UCI o prosigue tras el alta del paciente?
 - o Medición: tipos de escalas utilizadas.
 - o Intervención: método de recogida de datos, descripción de la intervención aplicada (diarios, videollamadas, visitas).
- Resultados: impacto de la intervención en la familia y por consiguiente en el paciente.

4.5 DATOS EXTRAÍDOS

Durante la recogida de datos de los artículos incluidos en el estudio, se ha realizado una tabla disponible (Anexo II) donde se ha incluido el título del estudio, el objetivo de la intervención, la intervención aplicada, la muestra del estudio, las mediciones realizadas y por último los resultados obtenidos.

5.1 SELECCIÓN DE ESTUDIOS

El diagrama de flujo (Figura 1), refleja el proceso realizado para la selección de los artículos.

Tras la búsqueda en las bases de datos de Pubmed y Web of Science, se obtuvo un total de 6082 artículos, 4277 en Pubmed y 1805 en Web Of Science.

En Pubmed, de los 4277, 6 fueron eliminados por estar duplicados y 2607 excluidos por no cumplir criterios de inclusión. De los 1664 artículos restantes, se seleccionaron 97 artículos por título para realizar la lectura del resumen. De estos, se leyeron 24 artículos completos. Finalmente se obtuvieron 6 para su análisis final, de los cuales, los 6 fueron elegidos para la revisión.

En Web Of Science, de los 1805, 2 fueron eliminados por duplicación, y 1262 excluidos por no cumplir criterios de inclusión. De los 541 artículos restantes, se seleccionaron 25 artículos por título para realizar la lectura del resumen. De estos, se realizó la lectura del artículo completo de 7. Finalmente se seleccionaron 3 para su análisis final, eligiendo 1 para la revisión.

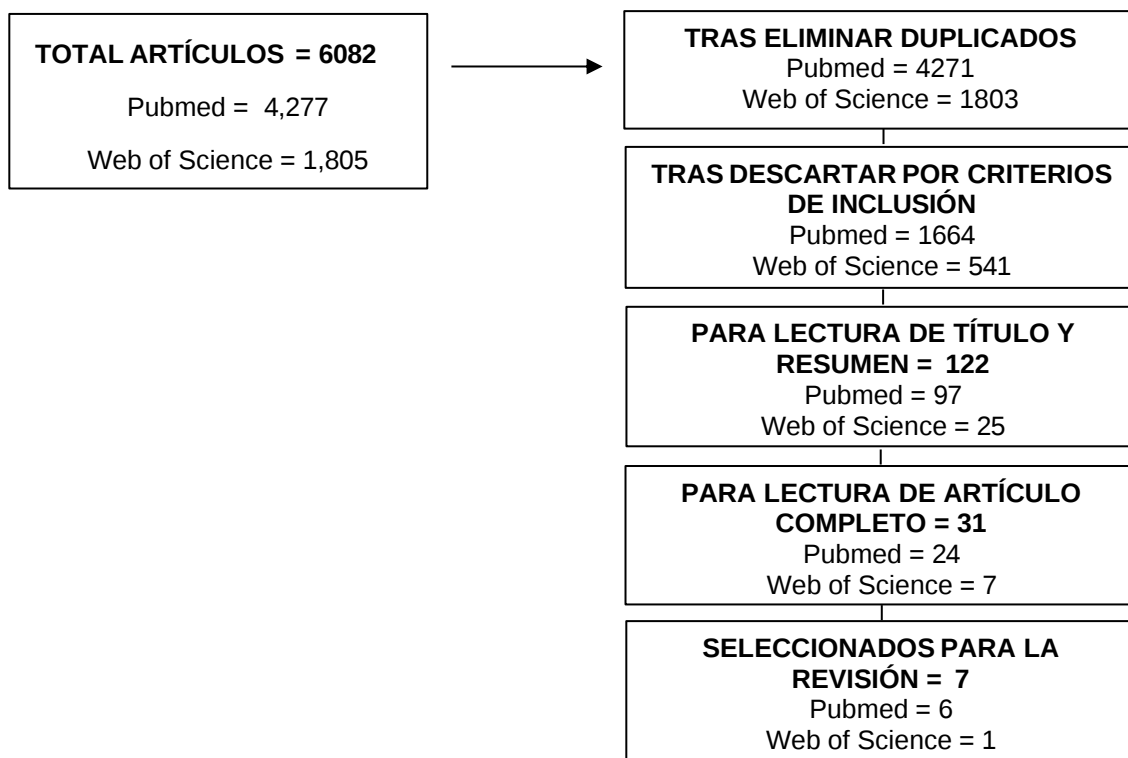


Figura 1. Diagrama de Flujo. Fuente: Elaboración propia

5.2 CALIDAD METODOLÓGICA ESTUDIOS

Para evaluar la calidad metodológica de cuatro de los siete artículos incluidos en la revisión (28, 29, 30, 31), se ha elaborado una tabla a partir del formulario habilitado para ensayos clínicos de la herramienta CASPe (Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español), que consta de 11 ítems (32).

Tabla 2. Check-list CASPe. Fuente: Elaboración propia

ÍTEMS / REFERENCIA	Watland S. et al. 2023	Andersen SK et al. 2024	Nazari-Ostad Z. et al. 2024	Dijkstra BM. et al. 2024
¿Se orienta el ensayo una pregunta claramente definida?				
¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?				
¿Fueron adecuadamente considerados y hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?				
¿Se mantuvo el cegamiento a los pacientes los clínicos y el personal del estudio?				
¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?				
¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?				

¿Es muy grande el efecto del tratamiento?				
¿La precisión de este efecto es IC≥95%?				
¿Pueden aplicarse estos resultados en mi medio o población local?				
¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?				
¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?				
PUNTUACIÓN TOTAL	9/11	9,5/11	9/11	9/11

La media de la calidad metodológica obtenida en ensayos clínicos es de 9,12.

Para la evaluación del quinto y sexto artículo incluido en la revisión (33, 34) he utilizado la herramienta JBI (Instituto Joanna Briggs) (35) que incluye un formulario adaptado para evaluar la calidad metodológica de estudios cuasiexperimentales.

Tabla 3. Check-list JBI. Fuente: elaboración propia

ÍTEMS / REFERENCIA	Uysal N. et al 2023	Naef R. et al 2021
¿Está claro en el estudio cuál es la causa y cuál es el efecto?		
¿Los participantes incluidos en las comparaciones son similares?		
¿Los participantes incluidos en las comparaciones recibieron un tratamiento/cuidados similares, aparte de la intervención o exposición de interés?		
¿Hubo un grupo de control?		
¿Se realizaron múltiples mediciones del resultado antes y después de la intervención?		

¿El seguimiento fue completo y, si no lo fue, se describieron y analizaron adecuadamente las diferencias entre los grupos en términos de seguimiento?		
¿Los resultados de los participantes incluidos en las comparaciones se midieron de la misma manera?		
¿Los resultados se midieron de manera confiable?		
¿Se utilizó un análisis estadístico adecuado?		
PUNTUACIÓN TOTAL	8/9	7,5/9

La media de la calidad metodológica obtenida en estudios cuasiexperimentales es de 7,75.

Por último, para la evaluación metodológica del último artículo incluido (36) de análisis cualitativo, he implementado una tabla de elaboración propia a partir de un check-list proporcionado por la escala CASPe específico para este tipo de estudios (37).

Tabla 4. Check-list CASPe. Fuente: elaboración propia

ÍTEMES / REFERENCIA	Mickelson RS et al. 2021
¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	
¿Es congruente la metodología cualitativa?	
¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	
¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	
¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	

¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación?	
¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	
¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	
¿Es clara la exposición de los resultados?	
¿Son aplicables los resultados de la investigación?	
PUNTUACIÓN TOTAL	10/10

La media de la calidad metodológica de este estudio cualitativo es de 10.

- Sí cumple criterio
- Cumple criterio parcialmente
- No cumple criterio

5.3 ANÁLISIS DATOS ARTÍCULOS

Las principales medidas estudiadas son síntomas del síndrome post-cuidados intensivos familiares como estrés postraumático, ansiedad y depresión mediante diferentes escalas. Además, se incluye la medida de satisfacción familiar relacionado con la intervención aplicada.

Otros aspectos estudiados son la variación de los parámetros fisiológicos en los pacientes como frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno con la intervención.

Además, hay estudios que se encargan de analizar el impacto de la intervención llevada a cabo en la reducción de costes hospitalarios y readmisiones.

Se ha realizado una tabla con los datos extraídos de los artículos incluidos en la revisión disponible en el apartado de anexos (tabla 6).

5.4 REDACCIÓN RESULTADOS

Se evaluaron siete artículos entre los que se encuentran ensayos clínicos, estudios cuasiexperimentales y un estudio cualitativo (Anexo II, tabla 6).

Los artículos incluidos en la revisión se pueden dividir en tres clases en función del objeto de estudio a través de las intervenciones. Por un lado, se pretende evaluar cómo los parámetros fisiológicos de los pacientes mejoran mediante la participación de los familiares. Por otro lado, el impacto de la intervención en los síntomas del síndrome post-cuidados intensivos familiares, y por último la reducción costo-hospitalaria y de readmisión.

5.4.1 IMPACTO SÍNTOMAS PICS-F

Los resultados de los artículos analizados muestran como la aplicación de intervenciones dirigidas a los familiares de pacientes de UCI puede generar efectos variables sobre los síntomas del PICS-F. Las herramientas que se utilizaron para evaluarlo fueron cuestionarios de: satisfacción familiar, estrés postraumático, calidad de vida, esperanza y autoeficacia, escalas de: ansiedad y depresión y métodos cualitativos como entrevistas y diarios para evaluar la experiencia de los familiares en los diferentes momentos del ingreso hospitalario (28, 31, 34, 36).

Respecto a intervenciones estructuradas como la implementación de acciones de apoyo familiar: la evaluación inicial por parte de enfermería, entregar de una tarjeta de apoyo, llamadas de seguimiento tras el alta y conversaciones tres meses tras el alta, se observó que aunque no hubo cambios significativos en todos los participantes a los tres meses, sí se obtuvo una reducción de síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión, además de una mejora en la calidad de vida y en los niveles de esperanza entre los familiares de los pacientes que sobrevivieron al ingreso de UCI (28).

Por otra parte, la aplicación de una figura de enfermería de práctica avanzada encargada de la interacción, evaluación y seguimiento de los familiares mediante reuniones iniciales y llamadas de seguimiento tras una o seis semanas al alta mostró un aumento de la satisfacción general de los familiares, especialmente en su participación en la toma de decisiones. No obstante, el impacto en la ansiedad y en el estrés postraumático de la intervención fue limitado y se observó, un aumento en los niveles de depresión, relacionado con estancias más largas y mayor mortalidad en el grupo de intervención (34).

Otra medida como los diarios en la UCI orientados a distintos participantes, por un lado, solo a pacientes y por otro a pacientes y familiares, se asoció a una mejora emocional, como reducción de estrés y ansiedad. Además, constituyó un método para realizar el seguimiento médico, un apoyo durante el duelo y un medio de comunicación con el personal sanitario. Otros resultados obtenidos fueron una satisfacción general positiva, especialmente cuando los familiares tenían el control sobre el diario y podían adaptarlo a sus necesidades (36).

Sin embargo, las intervenciones centradas en la participación familiar en actividades esenciales de cuidado no mostraron diferencias significativas en síntomas de ansiedad, depresión, o estrés postraumático a los tres meses, aunque sí se manifestó una mayor percepción de conocimiento y habilidades por parte de los familiares para participar en el cuidado, según el personal sanitario (31).

5.4.2 MEJORA DE PARÁMETROS FISIOLÓGICOS

Otros estudios han evaluado el impacto de la presencia y participación de los familiares sobre los parámetros fisiológicos de pacientes críticos mediante la

medición de parámetros como frecuencia cardíaca, respiratoria, la saturación de oxígeno y la presión arterial en diferentes momentos: antes, durante y después de la intervención.

En el caso de las visitas familiares programadas y estructuradas, que incluyeron la formación de familiares para una interacción adecuada y adaptación de las visitas a las preferencias del paciente, se consiguió una reducción significativa de la frecuencia cardíaca en el grupo intervención antes, durante y después de las visitas, sugiriendo una disminución del estrés fisiológico de los pacientes. No se detectaron cambios relevantes en otros parámetros como la presión arterial, frecuencia respiratoria o la saturación de oxígeno (30).

Por el contrario, en las intervenciones basadas en videollamadas diarias programadas, se registró un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria durante las llamadas, lo que se interpretó como una respuesta emocional positiva, sin repercusiones negativas sobre la saturación de oxígeno. Además, se observó un incremento en el nivel de conciencia de los pacientes durante la videollamada, pudiendo constituir un estímulo cognitivo beneficioso (33).

La reducción de la frecuencia cardíaca asociada a las visitas presenciales puede deberse a un efecto calmante, mientras que el aumento durante las videollamadas se relaciona con una activación emocional positiva, sin efectos adversos detectados (30, 33).

5.4.3 REDUCCIÓN COSTO-HOSPITALARIA Y READMISIONES

Así mismo, la implementación de intervenciones de apoyo familiar ha mostrado efectos positivos en la reducción de costes hospitalarios y en la disminución de las tasas de readmisión.

Un modelo de intervención basado en la formación de enfermería en habilidades comunicativas, reuniones periódicas con las familias y apoyo emocional continuado permitió reducir los costes hospitalarios controlables y los costes variables directos, asociados a la atención en UCI (29).

Esta reducción se atribuye a una mejor comprensión de la situación clínica por parte de los familiares, facilitando la toma de decisiones informadas y evitando la prolongación innecesaria de tratamientos en pacientes con mal pronóstico,

favoreciendo su transición a cuidados paliativos cuando es necesario.

Además, se observó una disminución significativa de las readmisiones en hospitales de agudos y en centros de enfermería especializada en los seis meses posteriores al alta, así como una mayor utilización de recursos paliativos en aquellos pacientes que empeoraron tras el alta, contribuyendo a evitar hospitalizaciones y costes asociados a tratamientos innecesarios (29).

6 DISCUSIÓN

En 2012 La Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (SCM) integró el término “PICS-F” refiriéndose a los síntomas psicológicos que experimentan los familiares de pacientes en unidades de cuidados intensivos (10).

Desde entonces, numerosos autores han investigado acerca de los aspectos que pueden reducir estos síntomas, determinando que los familiares necesitan información clara y concisa sobre el pronóstico, participar en las decisiones del tratamiento y apoyo en la gestión emocional (19). En este aspecto, los artículos (28, 31, 34) se enfocan en el apoyo de las familias durante el ingreso de su familiar mediante la preparación del personal de enfermería y diferentes intervenciones que se basan en la medición de parámetros propios de este síndrome mediante escalas.

Recapitulando la redacción de resultados, el estudio de Naef R. et al. reporta una mayor satisfacción familiar tanto general, como en la toma de decisiones, y una mayor percepción de apoyo mediante la figura de una enfermera avanzada y un seguimiento durante el ingreso y tras el alta (34).

El estudio de Mickelson RS et al. refleja un nivel de satisfacción relacionado con el sentimiento de apoyo, lo que supuso una reducción del estrés y ansiedad de los familiares que participaron en los diarios. Respecto a la necesidad de información clara por parte del equipo médico que se expuso anteriormente, esta intervención también es efectiva para que los familiares puedan realizar un seguimiento sobre el tratamiento, las dudas y los eventos ocurridos (36).

Un estudio anterior de Henneman EA et al. evaluó un horario flexible y el uso de folletos informativo para cubrir las necesidades familiares, algo que aumentó la satisfacción de estos con ambas medidas (38). Estos resultados concuerdan con los obtenidos en los estudios de Watland S et al. y de Dijkstra BM et al., donde los folletos son una de las medidas incluidas en esta revisión (28, 31). En el caso de la investigación de Watland S et al. la intervención dio como resultado una disminución de estrés postraumático, ansiedad, depresión y mayor esperanza tras tres meses (28). Respecto a Dijkstra BM et al., se percibió en un 47% mayor conocimiento en los cuidados, una media de 9 actividades realizadas, mayor

consideración por parte del personal sanitario de conocimiento y habilidades en un 41% y 44%, respectivamente (31).

En cuanto a la aportación de información clara, Torrents et al. concluyeron que no se satisface las necesidades de los familiares con la aportación de información exclusivamente, sino que también es importante el modo de hacerlo, identificando el equipo de enfermería especializado como nexo y mayor fuente de satisfacción a la hora de transmitirla justificado por tener más empatía y sensibilidad (39, 40). Sin embargo, autores como Achury Saldaña et al. determina que la comunicación entre enfermería y la familia se limita por una escasa formación para apoyarlos y una política de visitas restrictivas ya que el 70,5% solo se comunica una o dos veces por turno (41). Debido a esta barrera identificada, y a que en los artículos (29, 31, 34) incluidos en esta revisión, el equipo de enfermería es el agente que dirige o participa en las intervenciones, se dirige parte de estas a la formación de las enfermeras.

Otro aspecto importante a tratar es la existencia de estudios que respaldan la teoría de que la familia actúa como regulador fisiológico. Si nos fijamos en los datos obtenidos de Nazari-Ostad Z et al. y Uysal N et al., observamos que ambos evalúan como objetivo el impacto de intervenciones como visitas o videollamadas en parámetros como frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno y además en el artículo de Uysal N et al. en el estado de conciencia (30, 33). Sin embargo, reportan resultados opuestos en referencia a la frecuencia cardíaca. La disminución de la frecuencia durante la intervención de Nazari-Ostad Z et al. se justifica con una disminución del estrés fisiológico proporcionado por una preparación del familiar elegido por el paciente y una comunicación adecuada durante la interacción (30). Por otro lado, Uysal N et al. argumentan que el aumento puede estar relacionado por una respuesta emocional positiva al establecer contacto visual o auditivo con la familia (33).

En este contexto cabe mencionar dos conceptos como son la protocolización y las visitas abiertas, que no necesariamente tienen porque ser excluyentes, entendiendo la protocolización como algo flexible. Ambos se asocian a una reducción de ansiedad, estrés y aumento de satisfacción de los familiares tal como se indica en la revisión de Errasti-Ibarrondo B et al. (42).

Los estudios referidos (30 ,33) utilizan intervenciones protocolizadas para poder evaluarlas de manera sistemática, pero, aun así, las videollamadas son un ejemplo de recurso útil cuando las visitas físicas están restringidas, respaldando el beneficio obtenido del contacto estrecho de la familia con el paciente.

En 2017 la SEMICyUC consideró el modelo de visitas abiertas como un indicador de calidad asistencial (43). Por su lado, Un estudio de Escudero D et al. examinó 135 encuestas de 131 hospitales de España, donde se concluyó que las visitas son mayormente de estructura cerrada, (sólo el 3,8% son abiertas 24h y 9,8% abiertas por el día) y existe poca participación de la familia en los cuidados de pacientes adultos (44). Además de este autor, hay otras investigaciones acerca de esto en España como la de Velasco Bueno JM et al. (45).

Por último, es importante incluir la relación entre la intervención familiar y la reducción en la estancia media en UCI, lo que se relaciona directamente con un descenso en el coste hospitalario. En el artículo de Andersen SK et al. se obtuvo una reducción en 2.4 días de estancia media en UCI y 4 días en hospitalización lo cual disminuyó un 17.4% los costes controlables y un 35.2% los variables directos. El impacto económico que supuso la implementación de la intervención fue de 170 dólares por paciente, generando entre cinco y seis mil dólares de ahorro por caso (29). Estos resultados son coherentes con un estudio realizado por Lee HW et al. en el que se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis que evaluaron el impacto de intervenciones protocolizadas en la UCI, cuyas conclusiones fueron una reducción media de 0,89 días en la UCI y 3,78 días en el hospital (46).

6.1 FORTALEZAS

Una de las principales fortalezas del trabajo es el enfoque integral abordado, dado que las intervenciones analizadas abarcan tanto el aspecto emocional de los familiares, como la repercusión económica y de recursos que tienen a nivel hospitalario.

Otra fortaleza es la calidad metodológica de los artículos integrados mediante las herramientas de CASPe y JBI.

Por último, el tema tratado es novedoso, lo que lo dota de originalidad y

contribuye a dar un enfoque sobre el rol de enfermería, como profesional integrador de la humanización en este entorno.

6.2 LIMITACIONES

La principal limitación de este estudio es la dificultad para encontrar artículos que cumplan los criterios de inclusión de esta revisión, ya que al ser un tema innovador hay escasos artículos que evalúen intervenciones en familiares de pacientes adultos en la UCI. Por tanto, los resultados obtenidos en esta revisión son diversos y su comparación se complica. Asimismo, no todos los estudios mostraron resultados estadísticamente relevantes en los síntomas del PICS-F y en los parámetros fisiológicos de los pacientes, lo que sugiere la necesidad de una mayor investigación en este ámbito.

6.3 IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los resultados obtenidos en las intervenciones analizadas (videollamadas, visitas, diarios, reuniones) demuestran una mejora en los pacientes y en el bienestar de los familiares. Además de indicar la facilidad de implementación de estas medidas, pudiendo servir como ejemplo para implantarlas en algunas UCI.

Esta revisión también puede servir para visibilizar la importancia de humanizar las UCI y de formar al personal sanitario, en especial, al equipo de enfermería en habilidades comunicativas y de gestión emocional.

También se ha demostrado un impacto beneficioso en los costes hospitalarios y una disminución de las readmisiones hospitalarias tras la implicación de los familiares, pudiendo servir para realizar más investigaciones futuras en este ámbito.

6.4 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Futuras investigaciones podrían examinar el impacto de intervenciones sencillas de implementar como videollamadas, diarios o folletos en diferentes UCI de España y evaluarlo de manera continuada durante el ingreso del paciente y varias veces durante los meses posteriores al alta, haciendo más rigurosas las conclusiones del estudio.

A su vez se podrían realizar encuestas a los profesionales sanitarios para

conocer las barreras percibidas durante las intervenciones. También se podría realizar un cuestionario a la población o entrevistas a los familiares de los pacientes ingresados para conocer sus percepciones y de esta manera barajar posibles mejoras para un futuro.

7 CONCLUSIONES

1. Se han identificado cinco grandes categorías de intervenciones entre las que se encuentran programas estructurados de apoyo, la figura de una enfermera avanzada, diarios de UCI, visitas a familiares protocolizadas y videollamadas diarias programadas.
2. Los estudios coinciden en que aportar información clara y recurrente, realizar visitas flexibles y formar al personal sanitario en habilidades comunicativas mejoran la participación familiar en UCI.
3. Las intervenciones como los diarios en la UCI y el programa “The Caregiver Pathway” producen una disminución de estrés postraumático y ansiedad y este último, conlleva un aumento de autoeficacia y nivel de esperanza. Por otro lado, la figura de enfermera avanzada y las reuniones de apoyo elevan la satisfacción general debido a una percepción de apoyo emocional. Además, la participación activa de los familiares en cuidados esenciales mejora la percepción de conocimiento y habilidades en el cuidado.
4. Las visitas protocolizadas demuestran disminuir la frecuencia cardíaca antes, durante y después de la visita, mientras que las videollamadas diarias producen un aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria durante la llamada. Ambas constituyen medidas válidas para aportar un efecto beneficioso en los pacientes, ya sea mediante la reducción del estrés fisiológico o mediante la activación emocional positiva.
5. La implementación de intervenciones de apoyo familiar ha probado reducir en un 17,4% los costes controlables y en un 35,2% los variables directos. También se ha obtenido una disminución de 2,4 días en la estancia media en UCI y 4 días en la hospitalización general, generando un ahorro de entre 5.000 y 6.000 dólares por paciente, produciendo un impacto económico favorable.

8 BIBLIOGRAFÍA

- 1- García CA, Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. 2017 [Citado el 8 de abril de 2025]; 31:171-3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti173k.pdf>
- 2- Ochoa Parra M. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. Acta Colomb Cuid Intensivo [Internet]. 2017;17(4):258-68. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-articulo-historia-evolucion-medicina-critica-los-S0122726217300368>
- 3- Historia [Internet]. Seeiuc.org. [citado el 9 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://seeiuc.org/seeiuc/sociedad/historia/>
- 4- La SEMICYUC [Internet]. Semicyuc. [citado el 9 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://semicyuc.org/temas-semicyuc-documentos-documento-oficial-de-la-semicyuc-semicyuc/#:~:text=Est%C3%A1%20formada%20principalmente%20por%20m%C3%A9dicos,atenci%C3%B3n%20al%20paciente%20cr%C3%ADticamente%20enfermo.>
- 5- Fernández-Serrano M, González-Herrera A. Humanización de cuidados en la UCI de adultos [Internet]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/27153/Humanizacion%20de%20cuidados%20en%20la%20UCI%20de%20adultos..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 6- Comunidad de Madrid. [Internet] [citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_23_2_bvcm017902_0.pdf
- 7- Simbiotia.com. [Internet] [citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.simbiotia.com/humanizacion-hospitalaria/>
- 8- Nikula A, Saranummi N. Intensive care nursing and the challenges of ethical dilemmas. Nurs Crit Care [Internet]. 2017 ;23(1) :18-26. Disponible en : <https://onlinelibrary-wiley-com.ponton.uva.es/doi/10.1111/nicc.12310>
- 9- Woodruff PW, Morrice JM. Communicating with families in intensive care. Aust Crit Care [Internet]. 2017 ;30(2) :89-96. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1036731416300753>
- 10- Serrano P, Kheir YNP, Wang S, Khan S, Scheunemann L, Khan B. Envejecimiento y

- síndrome post-cuidados intensivos : una necesidad crítica para la psiquiatría geriátrica. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2019;27(4):446-54. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6431265/>
- 11- Marques S, Carvalho ML, Paiva ML. Humanizing the intensive care environment: A qualitative study on healthcare professionals' perspectives. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020;55(5):278-86. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2529984020300501>
 - 12- Smith M, White T. Post-intensive care syndrome-family in intensive care units: A scoping definitive review [Internet]. Disponible en: <https://irispublishers.com/sjrr/fulltext/postintensive-care-syndrome-family-in-intensive-care-units-what-is-it-in-the-name-a-scoping-definitive-review.ID.000514.php>
 - 13- Zambrano AC. Cuidado humanizado en la UCI [Internet]. 2023. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/84125/1069472235.2023.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
 - 14- Agra Y. Participación del paciente y familia en la UCI [Internet]. 2019. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadPacienteCritico/reuniones/docs/2019/Participacion-del-paciente-y-familia-en-la-UCI-Yolanda-Agra-10Dic2019.pdf>
 - 15- Petrinec AB, Martin BR. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliat Support Care* [Internet]. 2018 ;16(6) :719-24. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29277171/>
 - 16- Edu.co. [Internet] [Citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucaldas.edu.co/entities/publication/6b7a8454-a9a5-4682-b8c2-12069f71af31>
 - 17- Domínguez-Roldán M, Guzmán-López E, Rodríguez-Jiménez JM. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico. *Med Intensiva* [Internet]. 2016;40(2):85-91. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-analisis-necesidades-familia-del-paciente-articulo-S021056911630033X>
 - 18- Brown SM, Presson AP, Zhang C. Engaging families in critical care research. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2020 ;56 :102768. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339720301567>
 - 19- Fulbrook P, Albarran JW. Interventions for family members during and after a patient's

- ICU stay: A review. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2020 ;56:102753. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339720301191>
- 20- Wong P, Redley B, Digby R, correya A, Bucknall T. Perspectivas familiares sobre la participación en la atención al paciente en una unidad de cuidados intensivos para adultos: un estudio cualitativo. *Aust Crit Care* [Internet]. 2020;33(4):317-25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1036731419300876>
- 21- Chover-Lanzuela E, Vidal-Sicart N, Ferrer-Collados M. Necesidad y rol de los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2015;26(1):13-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidad-rol-los-familiares-del-S1130239915000310>
- 22- Sarnaik A, Nasr VG. Strategies for supporting family involvement in the ICU. *Crit Care Med* [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944124003162>
- 23- López-Rodríguez M, Chover-Lanzuela E. Mejorando el cuidado de los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2009;20(1):25-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidad-rol-los-familiares-del-S1130239915000310>
- 24- Kynoch K, Chang AM, Coyer F. Interventions for family members of critically ill patients. *JBIR Database System Rev Implement Rep* [Internet]. 2018;16(5):1035-45. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5946428/>
- 25- Proyecto HU-CI. Manual de Buenas Prácticas HUCI [Internet]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>
- 26- Heredia Díez VB, Torralba Elía L, Torralba Elía M, Villagrasa Alloza M, Torralba Sánchez S, Sanz Rosa J. Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Sanit Invest.* [Internet]. 2021 Nov 29;7(2):123-130. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/humanizacion-de-los-cuidados-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
- 27- Plan Dignifica. Castilla-La Mancha [Internet]. 2017. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf
- 28- Watland S, Solberg Nes L, Hanson E, Ekstedt M, Stenberg U, Hagen M, et al. The caregiver Pathway intervention can contribute to reduced Post-Intensive Care Syndrome

- among family caregivers of ICU survivors: A randomized controlled trial. Crit Care Med [Internet]. 2023 ;51(12) :e1205-e1216. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11872277/>
- 29- Andersen SK, Chang C-CH, Arnold RM, Pidro C, Darby JM, Angus DC, et al. Impact of una intervención de apoyo familiar en los costos de hospitalización y reingresos hospitalarios en pacientes de UCI con alto riesgo de muerte o deterioro funcional grave. Ann Intensive Care [Internet]. 2024;14(1):103. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11219699/>
- 30- Nazari-Ostad Z, Namazinia M, Hajiabadi F, Aghebati N, Esmaily H, Peivandi Yazdi A. Effect of protocol-based family visitation on physiological indicators in ICU patients : a randomized controlled trial. BMC Anesthesiol [Internet]. 2024;24(1):18. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10775482/>
- 31- Dijkstra BM, Rood PJT, Teerenstra S, Rutten AMF, Leerentveld C, Burguers-Bonthuis DC, et al. Effect of a standardized family participation program in essential care activities in the ICU: A multicenter stepped-wedge cluster randomized controlled trial. Crit Care Med. [Internet]. 2024;52(3):420-431. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2024/03000/effect_of_a_standardized_family_participation.7.aspx
- 32- Cabello JB, CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8. Disponible en: https://redcaspe.org/plantilla_ensayo_clinico_v1_0.pdf?
- 33- Uysal N, Vaizoglu D. El efecto de las videollamadas con familiares en los parámetros fisiológicos de pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos: Un estudio cuasiexperimental. Indian J Crit Care Med. [Internet]. 2023;27(10):732-6. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10613864/>
- 34- Naef R, von Felten S, Petry H, Ernst J, Massarotto P. Impacto de una intervención de apoyo familiar dirigida por enfermeras en la satisfacción de los familiares con los cuidados intensivos y el bienestar psicológico: Una evaluación de métodos mixtos. Aust Crit Care [Internet]. 2021;34(6):594-603. Disponible en: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(20\)30372-6/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(20)30372-6/fulltext)
- 35- Tafanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies. Joanna Briggs Institute; 2020. Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/202008/Checklist_for_QuasiExperimental_Appraisal_

Tool.pdf

- 36- Mickelson RS, Piras SE, Brown L, Carlile C, Drumright KS, Boehm L. El uso y la utilidad de los diarios de la UCI para apoyar a los familiares de pacientes críticos. J Crit Care [Internet]. 2021;61:168-76. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7738385/>
- 37- Generales C. 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo [Internet]. Redcaspe.org. [citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: https://redcaspe.org/plantilla_cualitativa.pdf
- 38- Henneman EA, McKenzie JB, Dewa CS. An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. Am J Crit Care [Internet]. 1992;1(3):85-93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1307911/>
- 39- Torrents ROS R, Oliva Torras E, Saucedo Fernández MJ, Surroca Sales L, Jover Sancho C. Impacto f the relatives of the critical patient. In light of a protocolized recepcion. Enferm Intensiva. [Internet] 2003;14(2):49-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12952775/>
- 40- Regaira-Martínez E, Garcia-Vivar C. El proceso de información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa. Enferm Intensiva (Engl) [Internet]. 2021;32(1):18-36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-proceso-informacion-familiares-unidades-S113023992030064X>
- 41- Delgado LD, Elvira EER, Gómez VEL. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica. 2020 Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v14n3/1988-348X-ene-14-03-e14308.pdf>
- 42- Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva [Internet]. 2012;23(4):179-88. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-unidades-cuidados-S1130239912000715>
- 43- Arnaiz Arnaiz V, Esteban Galbete MT, Olaechea Astigarraga PM, Legarreta Olabarrieta MJ. Escuchando a profesionales, pacientes y familiares: estudio sobre el régimen de visitas en unas Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva (Engl Ed) [Internet]. 2020;44(4):254-6. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-escuchando-profesionales-pacientes-familiares-estudio-articulo-S0210569118303310>
- 44- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de

visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2015;30(5):243-50. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-politica-visitas-diseno-confortabilidad-las-S1134282X15001013>

- 45- Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2005;16(2):73-83. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-organizacion-las-visitas-familiares-las-unidades-cuidados-13075391>
- 46- Lee HW, Park Y, Jang EJ, Lee YJ. La duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos se reduce mediante una intervención protocolizada de apoyo familiar: una revisión sistemática y un metanálisis. *Intensive Care Med* [Internet]. 2019;45(8):1072-81. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-019-05681-3>

9 ANEXOS

9.1 ESTRATEGIAS PROYECTO HU-CI

Tabla 5. Estrategias Proyecto HU-CI. Fuente: Elaboración propia

Presencia y participación de los familiares en los cuidados	- Horario flexible de visitas/puertas abiertas - Participación en cuidados y toma de decisiones si el paciente está incapacitado
Comunicación	- Protocolos
Bienestar del paciente	- Control de condiciones ambientales (ruido, iluminación) - Adaptar intervenciones - Valoración psicosocial para prevenir síndrome post-UCI
Cuidados al profesional	- Evaluación periódica de desgaste - Gestión emocional mediante actividades - Autocuidado - Cambios de turno
Síndrome post-cuidados intensivos	- Protocolos - Seguimiento al alta
Cuidados al final de la vida	- Guía para limitación soporte vital - Acompañamiento familiar
Infraestructura humanizada	- Personalización del espacio - Señalización y orientación

9.2 TABLA DE EXTRACCIÓN DE DATOS

Tabla 6. Extracción de datos de artículos. Fuente: elaboración propia

ESTUDIO	OBJETIVO INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN	MUESTRA	MEDICIONES	REULTADOS
La intervención de la vía del cuidador puede contribuir a reducir el síndrome post-cuidados intensivos entre los cuidadores familiares de sobrevivientes de la UCI: un ensayo controlado aleatorizado (28)	Evaluar si la intervención “The Caregiver Pathway” reduce los síntomas característicos del síndrome post-cuidados intensivos	Evaluación inicial Tarjeta de apoyo tras salir de la UCI Llamada telefónica tras el alta del paciente Conversación de seguimiento 3 meses después del alta	129 pacientes en ventilación invasiva durante 48h mínimo 196 familiares Grupo intervención: 101 Grupo control: 95	Cuestionarios Estrés postraumático (IES-R) Ansiedad y depresión (HADS) Calidad de vida (SF-12) Autoeficacia (GSE) Esperanza (Herth Hope Index)	A nivel general no se reportaron cambios significativos 3 meses después de la intervención cuando se consideraron todos los participantes. No obstante, en los cuidadores de los pacientes que sobrevivieron se redujo síntomas de estrés postraumático, ansiedad y se reportaron mejor calidad de vida física y niveles de esperanza.
Impacto de una intervención de apoyo familiar en los costos de hospitalización y	Determinar el impacto de una intervención basada en el apoyo familiar en	Entrenamiento a los enfermeras PARTNER en habilidades de comunicación y	1420 pacientes 101 grupo intervención 95 grupo control	Costos hospitalarios (activity – based costing system) Utilización posthospitalaria	Reducción de los costes hospitalarios Controlables totales: 26,529 dólares (intervención) /

reingresos hospitalarios entre pacientes de UCI con alto riesgo de muerte o deterioro funcional grave (29)	el coste de hospitalización y los reingresos en pacientes con alto riesgo de muerte o deterioro funcional grave	aspectos teóricos Revisión de la atención familiar (Implementación de reuniones con las enfermeras; una al ingreso, otra continuada una vez a la semana) Apoyo emocional continuado	1106 familiares Grupo intervención: 429 Grupo control: 677	(entrevistas telefónicas tras 6 meses)	32,105 dólares (control) Variables directos: 3,912 dólares (intervención) / 6,034 dólares (control) Reducción de readmisión Hospitales agudos: 34,9% (intervención) / 45,1% (control) Enfermería especializada: 25,3% (intervención) / 31,6% (control)
Efecto de las visitas familiares basadas en protocolos sobre los indicadores fisiológicos en pacientes de uci: un ensayo controlado aleatorizado (30)	Evaluar el efecto de un protocolo estructurado de visitas familiares sobre los indicadores fisiológicos de los pacientes en la UCI	Visitas programadas (mañana, tarde, noche) Entrenamiento para familiares Adaptación personalizada de visitas	78 pacientes 37 Grupo intervención 41 Grupo control ¿Familiares?	3 momentos: 30 minutos antes de la visita, durante y 30 minutos después de la visita Frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria,	Reducción de la frecuencia cardíaca significativa en el grupo de intervención antes, durante y después de las visitas: Antes (93.1 +/- 5.5) (intervención) / (84.1 +/- 5.4) (control) Durante (91.1 +/- 4.4)

				saturación de oxígeno (monitores no invasivos)	(intervención) / (84.1 +/- 8.8) (control) Después (90.1 +/- 7.6) (intervención) / (85.1 +/- 0.7) (control) No se observaron cambios relevantes en el resto de parámetros fisiológicos como la presión arterial o la frecuencia respiratoria.
Efecto de un programa estandarizado de participación familiar en la UCI: un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico de grupos escalonados (31)	Determinar el impacto psicológico en los familiares de un programa estandarizado destinado a la participación familiar en los cuidados de UCI	Actividades esenciales de cuidado Menú informativo adaptado a todos los familiares Entrenamiento del equipo de enfermería Apoyo continuo	235 profesionales sanitarios UCI 306 familiares Grupo intervención: 73 Grupo control: 233	Cuestionarios Ansiedad y depresión (HADS) Estrés postraumático (IES-R) Satisfacción familiar (CQI R-ICU)	No hubo diferencias significativas en ansiedad (5 (intervención) / 6 (control)), depresión (4 (intervención) / 3 (control)) ni estrés postraumático (0,45 (intervención) / 0,41 (control)) Hubo un ligero descenso de satisfacción en el grupo de intervención (8,9/10) sobre

					(9,06/10) Desde el punto de vista del personal sanitario el 47% frente al 22% sintieron que los familiares sabían cómo participar, el 44% frente al 25% consideraron que los familiares tenían habilidades suficientes y por último el 54% frente al 30% tenía suficiente tiempo para llevar a cabo el programa.
El efecto de la videollamada con familiares sobre los parámetros fisiológicos de pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos: un estudio	Determinar el efecto en las constantes vitales de los pacientes y en la satisfacción de los familiares de las videollamadas	Videollamadas diarias programadas Preparación del entorno durante las llamadas Medición de los parámetros fisiológicos	135 pacientes 135 familiares	3 momentos: antes, durante y después de las videollamadas Frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno (monitores no	Respecto a los parámetros fisiológicos, se demostró un aumento de frecuencia cardíaca durante las llamadas (92.04 +/- 12.87) mientras que antes los datos mostraban (85.37 +/- 13), y de frecuencia respiratoria durante las llamadas (22.89 +/- 3.63) frente a (19.54+/-

cuasiexperimental (33)		Evaluación de satisfacción		invasivos) Nivel de conciencia (escala de Coma de Glasgow (GCS))	5.11) antes y (19.06 +/- 2.69) después. Respecto al nivel de conciencia se reportó un aumento durante (14.01 +/- 0.12) en comparación con antes (13.27 +/- 0.96) y después (13.79 +/- 0.93). Por último la satisfacción no obtuvo diferencias significativas entre los familiares y los pacientes.
Impacto de una intervención de apoyo familiar dirigida por enfermeras en la satisfacción de los miembros de la familia con los cuidados intensivos y el bienestar	Evaluar el impacto en la familia de intervenciones dirigidas por una figura de enfermería especializada en unidad de cuidados críticos	Rol de enfermera avanzada (APN) Reunión inicial con la familia Seguimiento durante ingreso Reunión al alta Llamadas de	193 pacientes 58 grupo intervención 135 grupo control 214 familiares Grupo	Cuestionarios Satisfacción familiar (FS-ICU-24) Ansiedad y depresión (HADS) Estrés postraumático (IES-R-6) Calidad percibida	Se obtuvo una mayor satisfacción familiar generalizada y en cuanto a la toma de decisiones, sin embargo la satisfacción en los cuidados no tuvo un incremento significativo. Los niveles de depresión fueron más altos en el grupo de intervención (asociado a

psicológico: una evaluación de métodos mixtos (34)		seguimiento (1 semana tras alta o 6 semanas tras fallecimiento)	intervención: 75 Grupo control: 139	intervención (APN-BQ) Entrevistas semiestructuradas	las estancias más largas y mayor mortalidad) pero no se observaron mejoras en ansiedad ni estrés postraumático. En cuanto a la percepción de los familiares, sintieron sentirse mejor informados, apoyados emocionalmente y más preparados para asumir las situaciones.
El uso y la utilidad de los diarios de UCI para apoyar a los familiares de pacientes críticos (36)	Analizar el uso y la utilidad de los diarios en la UCI para reducir estrés, gestionar información y mejorar la comunicación entre los familiares y el personal	Diarios Hospital 1: orientado al paciente, no estructurado con páginas en blanco, controlados y mayormente escrito por médicos y	16 pacientes 19 familiares (mujeres)	Entrevistas estructuradas (SEIPS 2.0.) Observaciones Fotografía de los diarios	Se obtuvieron beneficios emocionales como una reducción del estrés y ansiedad (58%). Además el 11% lo utilizó como herramienta durante el duelo. El 74% lo utilizó para realizar un seguimiento médico y registrar eventos, preguntas...

	sanitario. Se aplicó la intervención en dos sitios diferentes con enfoques diferenciados	permanencia en la unidad Hospital 2: orientado a pacientes y familias, estructurado, los familiares tenían control total y podían llevárselo			El 68% lo utilizó para escribir mensajes dirigidos al paciente. La satisfacción general fue del 47%, sintiéndose más tranquilos y apoyados. La participación del equipo sanitario fue del 75% en el hospital 1, frente al 9% en el hospital 2.
--	--	--	--	--	---