

EDITORIAL

¿Es necesario «humanizar» las Unidades de Cuidados Intensivos en España?



Do Spanish Intensive Care Units need to be «humanised»?

El ambiente y el entorno de las Unidades de Cuidados Intensivos puede ser hostil para los pacientes y para sus familias. La descripción de las experiencias de pacientes anónimos¹ y pacientes con relevancia social^{2,3} así lo atestiguan. Aunque en estas descripciones es difícil discernir entre qué parte se asocia al entorno y qué parte es inherente a la patología que fue motivo del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. En base a estos y otros argumentos se ha iniciado la implantación de planes de «humanización» de las Unidades de Cuidados Intensivos⁴.

¿Es necesario «humanizar» las Unidades de Cuidados Intensivos? El diccionario de la Real Academia Española define humanizar como hacer humano, familiar y afable a alguien o algo. Si el objetivo tiene relación con su última acepción (hacer humano a algo, es decir al entorno donde trabajamos) bienvenida sea la iniciativa. Los principales motivos de insatisfacción de los pacientes están relacionados con aspectos ambientales de las unidades (falta de intimidad y exceso de luz y ruido)⁵⁻⁹. Pero en la introducción del plan los autores hacen más hincapié en el cambio de los profesionales: «*El verdadero objetivo es conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura, incrementando nuestra capacidad de autocritica y perseverando en nuestro permanente afán de mejora. Recuperar el compromiso de servicio y entrega, que en origen alimentó nuestra vocación como profesionales, constituye un reto y una necesidad de gran magnitud e interés general*». ¿Por qué asumen los autores que los profesionales que trabajan o han trabajado en las Unidades de Cuidados Intensivos carecían o han perdido esas cualidades que quieren fomentar? ¿Hay algún estudio que soporte una afirmación que ningunea la labor de muchos profesionales desde el inicio de las Unidades de Cuidados Intensivos en España? De las encuestas de satisfacción de pacientes y familiares de pacientes ingresados en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos se puede concluir que un alto porcentaje de encuestados muestran su satisfacción con los cuidados y la empatía del personal^{5-8,10,11}. Aunque,

de esos estudios, se extrae que hay margen de mejora, aparte de en el diseño de las unidades, en la preocupación por los sentimientos e inquietudes de las familias^{6,8,12,13} y en la transmisión de la información médica y de enfermería^{12,13}.

El primer programa del plan que se ha impuesto ha sido la llamada «UCI de puertas abiertas». Habiéndose observado que la medida puede ser beneficiosa^{13,14}, Henneman¹⁵, propone varios pasos, previos a la modificación de las visitas hacia una postura más flexible tendente a lo que se denomina «*family-centered critical care*», entre los que cabe destacar:

1. Conocer las necesidades reales de los familiares. No hay constancia que en las unidades donde se ha iniciado este programa se haya realizado previamente un análisis de las necesidades de las familias. Aunque en general se considera que la política de visitas es restrictiva^{5,8,13,16} esto tiene sus matices. Los familiares de pacientes conscientes suelen demandar más tiempo de horario de visita, mientras que los familiares de los pacientes intubados y bajo analgesia consideran el tiempo de visita adecuado, probablemente porque no saben cómo comportarse con su familiar en esas condiciones⁵. Y en una encuesta, recientemente publicada, a la pregunta: ¿Le parecería adecuado poder visitar a su familiar en horario abierto desde las 10h hasta las 23h?, un 78% de los encuestados respondió que no¹¹. Por otra parte, se puede crear, y de hecho ya hay constancia de ello en algunas unidades, un estado de ansiedad y «culpabilidad» en las familias que, por diversas razones, no pueden estar continuamente con sus familiares pero «se sienten obligados» a estar allí todo el tiempo. En un estudio en una Unidad de Cuidados Intensivos, en París (Francia), con una política de puertas abiertas de 24 h se observó que la mayoría de las visitas familiares se dieron entre las 14 h y las 20 h, tuvieron una duración media de 1-2

Tabla 1 Evolución de la sedoanalgesia en pacientes en ventilación mecánica en las unidades españolas participantes en tres estudios internacionales de ventilación mecánica

	1998	2004	2010
Unidades participantes	72	41	117
Pacientes incluidos	1103	503	1559
Pacientes ventilados con sedación continua, %	81%	77%	73%
Días con sedantes por 100 días de ventilación mecánica	69	58	44
Pacientes en los que se retira diariamente la sedación	n.r.	n.r.	27%
Pacientes con benzodiacepinas, %	64%	n.r.	73%
Días con benzodiacepinas por 100 días de ventilación mecánica	45	n.r.	36
Pacientes con propofol, %	50%	n.r.	58%
Días con propofol por 100 días de ventilación mecánica	22	n.r.	20
Pacientes ventilados con analgésicos en perfusión continua, %	47%	n.r.	69%
Días con analgésicos por 100 días de ventilación mecánica	43	n.r.	44
Delirio, %	n.r.	n.r.	6%

Datos no publicados, comunicación personal del VENTILA Group.

h por día, muy pocas visitas se realizaron por la noche y solo dos familiares, de los 209 pacientes incluidos en el estudio, pasaron toda la noche en la habitación del paciente¹⁷. Por todo ello, se recomienda que el horario de visitas sea acordado entre el paciente (en los casos en que sea competente para ello), la familia y el personal de enfermería¹⁸.

- Integrar estos valores en los estándares y políticas habituales de la unidad. En el plan de la Comunidad de Madrid se contempla que, previamente a la flexibilización de las visitas, se debería elaborar un protocolo asistencial de visitas donde se valore la opinión de los profesionales, se realicen actividades formativas y se redacte un documento consensuado sobre política de visitas y acompañamiento. Por el momento, no se ha contado con los profesionales¹⁹ ni se ha publicado ningún protocolo asistencial a pesar de que ya se ha implantado la medida en algunas unidades.
- Acomodar los recursos hospitalarios necesarios. El plan de la Comunidad de Madrid reconoce que el entorno físico de las UCI debe permitir que el proceso asistencial se vincule a un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares. Un entorno que evite el estrés estructural y promueva el bienestar⁴. Por ello, en dicho plan⁴ se contempla que a finales del año 2019, el 100% de los «boxes» –probablemente sería más *humano* decir habitaciones aunque la Real Academia Española incluya para «box», además de compartimento para caballos y automóviles, la definición de compartimento que se reserva a los pacientes ingresados en urgencias o que necesitan estar aislados— deben tener privacidad y el 60% de los «boxes» deben ser individuales, pero por el momento no hay constancia de que se prevea la modificación de las unidades que no cumplen estos estándares. Solo hay información de la reforma de la sala de espera de un hospital de gestión privada en la Comunidad de Madrid²⁰. De hecho, el director general de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid ha reconocido que, por el momento, el programa no tiene presupuesto¹⁹.

El plan de la Comunidad de Madrid no contempla la evaluación del efecto de esta medida. Porque, a pesar de la amplia literatura que hay sobre este tema, hay pocos trabajos que hayan evaluado el efecto sobre desenlaces de interés para el paciente, como pueden ser la necesidad de analgesia y sedación, la incidencia de delirio o los días de estancia en la unidad de cuidados intensivos¹⁴.

Asimismo, el plan no tiene la evaluación del efecto de otras medidas incluidas en el mismo, como es el manejo de la analgesia y la incidencia de delirio. En este sentido hay que resaltar que ya los intensivistas españoles han ido implementando medidas de mejora en este aspecto. Estudios recientes sobre implementación de protocolos²¹ y análisis evolutivos de estudios observacionales (tabla 1) así lo atestiguan.

En conclusión, las Unidades de Cuidados Intensivos en España, y sobre todo el personal sanitario, ya eran *humanos*. Es seguro que son necesarias mejoras en la confortabilidad de la unidad y en la coordinación con los familiares para asegurar una estancia óptima a los pacientes que requieren de nuestra atención²². Pero para ello se debería contar con todos los profesionales implicados.

Bibliografía

- Sistiaga J. Tabú: y al final, la muerte. Retorno. [consultado 29 Oct 2016]. Disponible en: <http://ver.movistarplus.es/ficha/tabu-de-jon-sistiaga/y-al-final-la-muerte-retorno/?id=1275714>.
- Entrevista a Cristina Cifuentes. [consultado 29 Oct 2016]. Disponible en: <https://okdiario.com/espana/2016/02/27/cifuentes-78892>.
- Reverte J.M. Sobrevivir al ictus. El País. 18 enero 2015. Sección Domingo; 2-3.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Plan de Humanización en las unidades de cuidados intensivos. Madrid, 2015.
- Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004;28:237-49.
- Santana Cabrera L, Ramírez Rodríguez A, García Martul M, Sánchez Palacios M, Martín González JC, Hernández Medina E.

- Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2007;31:57-61.
7. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva*. 2015;39:4-12.
 8. Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera ME, González-Vázquez J, Albar-Marín MJ, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva*. 2009;20:50-7.
 9. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Force-lledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos española. *Rev Calid Asist*. 2015;30:243-50.
 10. Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto FB., Sola-Ribó M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva*. 2013;24:51-62.
 11. Martos-Casado G, Aragón-López A, Gutierrez-Ramos N. Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014;25:164-72.
 12. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23:51-67.
 13. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2016;12 [Publicación electrónica].
 14. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open Intensive Care Units a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33:181-93.
 15. Henneman E, Cardin S. Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Crit Care Nurs*. 2002;22:12-9.
 16. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23:179-88.
 17. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2008;36:30-5.
 18. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35:605-22.
 19. <http://www.responsabilidadesociosanitaria.com/secciones/humanizacion/el-plan-de-humanizacion-de-madrid-a-debate-todos-lo-consideran-necesario-pero-nadie-tiene-claro-como-va-a-financiarse-6610>.
 20. Gomez-Tello V, Ferrero M. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enferm Intensiva*. 2016;27:135-7.
 21. Frade-Mera MJ, Regueiro-Díaz N, Díaz-Castellano L, Torres-Valverde L, Alonso-Pérez L, Landívar-Redondo MM, et al. Un primer paso hacia una analgesia-sedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica. *Enferm Intensiva*. 2016; 27:155-67.
 22. Vincent JL, Slutsky AS, Gattinoni L. Intensive care medicine in 2050: the future of ICU treatments. *Intensive Care Med*. 2016 [Publicación electrónica].
- S. Arias-Rivera (RN) y M. M. Sánchez-Sánchez (RN)
Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Getafe, Madrid España