



EDITORIAL

Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance



Humanised infrastructure in the ICU. A challenge within our reach

El equipo interdisciplinar y los medios técnicos de los que dispone una unidad de cuidados intensivos (UCI) no son los únicos factores que influyen en la calidad de la asistencia, y en el bienestar de los diferentes grupos humanos (pacientes, familia, personal) que conviven en ella. Un factor clave es la infraestructura: el entorno físico y el entorno ambiental.

Las UCI, por lo general, son espacios muy técnicos donde se trabaja y se toman decisiones difíciles bajo presión. Un espacio que, por ese alto ritmo, provoca ansiedad y estrés en los pacientes, en los profesionales y en las familias. Por ello, la infraestructura puede convertirse en un elemento que ayude a la mejora del estado tanto físico, como psicológico, de todos ellos¹⁻³.

Esto es la infraestructura humanizada: UCI que proporcionen bienestar físico y ambiental óptimos para pacientes, profesionales y familias. Espacios funcionales, eficientes, ergonómicos, confortables, cálidos y amables.

Cuidando estos factores, todas las personas que interactúan en las UCI podrán mejorar su experiencia. Los pacientes podrán reducir sus niveles de estrés y ansiedad, facilitando su recuperación y disminuyendo su estancia. Los profesionales podrán trabajar en un espacio más acogedor y personal, permitiéndoles desarrollar su trabajo con menor estrés, mayor seguridad y una más baja probabilidad de fatiga profesional. Las familias podrán sentirse más cómodas y tranquilas en espacios que estén diseñados para satisfacer sus necesidades, bienestar e intimidad en un momento difícil⁴.

La infraestructura humanizada, además de aportar grandes beneficios físicos y psicológicos para todos, repercute económicamente de una manera positiva. Ayuda a reducir errores, duración de estancias y sedaciones, y bajas laborales. Aparte de fomentar un mejor clima de comunicación entre familias y personal⁵. Además, un buen diseño crea espacios eficientes y fáciles de mantener. Y unos materiales duraderos, y un mobiliario ergonómico, aséptico y de fácil limpieza, rebajan los costes de mantenimiento. La infraestructura humanizada en las UCI se centra en mejorar la

sensación, la emoción y el bienestar de una experiencia, *a priori*, no fácil. Y lo hace a través de varias líneas de actuación que inciden sobre 3 elementos básicos: el paciente, su familia y los profesionales⁶.

A continuación, desarrollamos brevemente estas líneas:

Asegurar la privacidad del paciente

Lo ideal es tener boxes individuales para que cada paciente pueda disponer de su espacio y privacidad. Si no se dispone de ellos se puede recurrir a elementos separadores móviles como cortinas o biombo, siendo conscientes de que la privacidad será solo visual.

Asegurar el bienestar ambiental del paciente

Podemos proporcionar un espacio ambiental confortable para el paciente a través de diferentes vías. Asegurando luz natural. Primando el diseño y las instalaciones que aseguren bienestar lumínico, térmico y acústico. Instalando mobiliario ergonómico y funcional. Personalizando el box del paciente mediante corchos o paneles donde puedan colocarse imágenes motivadoras. Eligiendo colores que influyan positivamente en su estado de ánimo. Los colores cálidos como el naranja y el amarillo mejoran nuestro humor y nos hacen ser más positivos; los verdes y los azules nos acercan a la naturaleza, por lo que nos relajan; los morados son colores espirituales y con elementos decorativos que proporcionen al espacio una imagen cálida y amable. De esta forma contribuimos a generar una sensación lo más cercana posible a un pequeño hogar temporal.

Fomentar la orientación del paciente

Hay que tratar, por todos los medios, que el paciente reciba luz natural, muy necesaria para mantener su ritmo circadiano. En la medida de lo posible también es positivo y

necesario que el paciente pueda estar situado frente a la ventana para disfrutar de las vistas al exterior. Otros elementos que ayudan a fomentar la orientación son los relojes y los calendarios, con ellos el paciente podrá ser consciente del tiempo, aunque no siempre todos los pacientes los aceptan.

Fomentar la comunicación del paciente

Se puede fomentar la comunicación mediante aplicaciones específicas para los pacientes que no puedan hablar o con el uso de pizarras y tabloneros. Se debería facilitar el contacto a distancia con las enfermeras mediante intercomunicadores.

Fomentar la distracción del paciente

Es importante fomentar la distracción del paciente para favorecer la sensación de que el tiempo transcurre. La instalación de televisores (con monitor partido, si se dispone de esta posibilidad técnica), hilo musical o permitir dispositivos de audio que pueden llevar los familiares al paciente. Otros aspectos de mejora son la luz de lectura para poder leer, red inalámbrica para estar conectado con los seres queridos y con la actualidad. Para los más pequeños, niños y adolescentes, la distracción se puede conseguir, además de los elementos anteriores, con juegos, video juegos o material educativo.

Habilitar espacios en jardines o patios

El contacto con la naturaleza nos relaja, por lo que es muy bueno habilitar espacios en jardines o patios, para que los pacientes puedan disfrutar del aire libre, con lo que podrán desconectar, evadirse y relajarse. Si no se dispone de esta posibilidad, se están realizando los denominados «paseos que curan» por fuera de la UCI, con excelentes resultados en el estado anímico de los pacientes.

Garantizar el proceso educativo de los pacientes en edad escolar durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos

Mediante escuelas infantiles o aulas hospitalarias.

Asegurar el bienestar y la funcionalidad en el área de cuidados, administrativa y de los profesionales

En todas las zonas aseguraremos el bienestar lumínico, térmico y acústico, es decir adecuar lo más posible la iluminación al ritmo circadiano, manteniendo una temperatura constante y adecuada, siendo el rango ideal entre los 21-24 °C. Lo ideal es contar en el área de pacientes con termostatos individuales para que se pueda personalizar la temperatura de cada uno de ellos. Los niveles de humedad óptimos deben mantenerse entre el 45-55%. Hay que cuidar el nivel de ruido, pudiendo controlarse con medidores de ruido, siendo el nivel ideal de 40 dB durante el día y 20 dB durante la noche.

Es muy aconsejable disponer de un sistema de monitorización central y poder tener una visualización total desde el control de todos los pacientes sin ángulos muertos. Además, para el acceso a la información es necesario un número suficiente de ordenadores, que contarán con un sistema informático adecuado a la UCI.

En la zona del personal sanitario, además de asegurar los niveles de bienestar lumínico, térmico y acústico ya comentados hay que proporcionar espacios adecuados para el trabajo, descanso e higiene. Lugares con dimensiones suficientes, luz natural, taquillas, espacio para realizar comidas, aseo, descanso y sueño.

Asegurar el bienestar en el área de familiares y padres (unidad de cuidados intensivos pediátricos y unidad de cuidados intensivos neonatales)

Para los espacios de espera destinados a los familiares se ha propuesto cambiar las frías salas de espera por salas de estar. El cambio de nombre no carece de importancia. Implica lograr mediante el diseño que las familias se sientan en un espacio más cálido y amable, manteniendo las condiciones de bienestar ambientales al igual que el resto de espacios de la UCI. Una muestra es la recién inaugurada sala de estar de la UCI del Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz en Madrid (<https://youtu.be/liVmeD0eYps>).

En las unidades pediátricas son válidas aquí las medidas y acciones citadas con anterioridad. Debe incidirse, especialmente, en la suficiencia de espacios para que los niños siempre puedan estar acompañados por sus padres en un ambiente de intimidad. Y que las madres puedan reunirse con sus recién nacidos en un entorno que facilite, respete y potencie las peculiaridades de este momento tan singular.

Lo ideal es diseñar las nuevas unidades en torno a la humanización de la mano de la tecnología, pero se pueden ir humanizando las unidades existentes. Para humanizar las unidades actuales, el primer paso es fundamental y es el análisis. Tenemos que estudiar detenidamente nuestra unidad, detectar las necesidades y las carencias, e ir estableciendo prioridades de actuación. Primero, si es posible, trataremos de, al menos, identificar, e idealmente dar solución a nuestras deficiencias más relevantes y que pueden condicionar mayores disfunciones. No obstante, la solución viene asociada frecuentemente a costes de inversión no planteables a corto plazo. Una alternativa es valorar medidas que armonicen un bajo coste con un alto impacto ambiental, o con un mínimo impacto pero que marquen un punto de inflexión, y que puedan ser asumibles por todos los agentes.

Para detectar estas necesidades y carencias es preciso un diálogo organizado, sereno y reflexivo entre los diferentes estamentos profesionales y las gerencias. El personal sanitario es capaz de adaptarse a las deficiencias de diseño de los espacios de trabajo, minimizando su impacto en el día a día, pero eso no significa que no haya que solucionarlas para evitar sus efectos deletéreos, como hablábamos al comienzo de esta editorial. Hay que empoderar a los profesionales para que tomen decisiones consensuadas, favorecerlas, discutir-las y financiarlas, y no imponer desde arriba soluciones no siempre adecuadas a la idiosincrasia de cada UCI.

El personal conoce de primera mano las carencias de su entorno, ha pensado sobre ellas, y es capaz de proponer, habitualmente, soluciones imaginativas y prácticas, siguiendo la filosofía del modelo Toyota. Sigamos este modelo de éxito para mejorar la calidad de nuestro entorno. Y cuando se acometan reformas de calado debería contarse en el equipo de diseño con ellos. No es posible en arquitectura sanitaria del siglo XXI crear espacios alejados de su funcionalidad y de la actuación diaria de quien va a usarlos.

Y en el caso de pacientes y familiares, es importante escuchar sus experiencias y consejos mediante charlas y encuestas. Nos pueden aportar valiosa información de mejora para que nuestras UCI ganen en calidez humana a la hora de mejorar y humanizar nuestra unidad.

No nos resignemos a que nuestras UCI sean entornos puramente técnicos. Un «infierno» necesario para sobrevivir. Tomemos el reto de cambiar. Pero seamos prácticos. Busquemos información mediante un diálogo sensato y realista que permita obtener soluciones, quizá inicialmente no muy aparatosas, pero que sean hitos de los que partir, para poder compartir mejoras de las que enorgullecerse y crecer. Así comenzaremos a humanizar nuestra UCI de una forma coherente, funcional y económicamente rentable.

Bibliografía

1. Unidad de Cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. [consultado 19 Oct 2016] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

2. Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, et al. Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med.* 2012;40:1586–600.
3. Rashid M. Two decades (1993-2012) of adult intensive care unit design: A comparative study of the physical design features of the best practice examples. *Crit Care Nurs Q.* 2014;37:3–32.
4. The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. [consultado 19 Oct 2016] Disponible en: <https://www.healthdesign.org/chd/research/role-physical-environment-hospital-21st-century>
5. Health and Nature: The Influence of Nature on Design of the Environment of Care, By Jerry Smith, ASLA, LEED AP. A Position Paper for The Center for Health Design's Environmental Standards, Council, 2007. [consultado 19 Oct 2016] Disponible en: <https://www.healthdesign.org/chd/research/health-and-nature-infl>
6. Plan de humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. [consultado 19 Oct 2016] Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

V. Gómez-Tello, MD, PhD^{a,c} y M. Ferrero^{b,c}

^a *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Moncloa, Madrid, España*

^b *Lab in Action, España*

^c *Miembros del Proyecto HU-CI, España*