

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2019-2020

TRABAJO FIN DE GRADO

**Papel de la enfermería en la atención psico-
emocional del paciente crítico. Revisión
bibliográfica.**

Carmen Martínez Candal

Director/a: Salvador Antonio Fojón Polanco

Junio 2020

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABREVIATURAS	6
JUSTIFICACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	7
UCI	7
COMUNICACIÓN	9
INFORMACIÓN FAMILIAR	10
SUEÑO, RUIDO Y LUZ	11
CONTENCIÓN MECÁNICA	12
PRESENCIA FAMILIAR	13
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA	14
RESULTADOS	16
COMUNICACIÓN-INFORMACIÓN	16
SUEÑO-RUIDO-LUZ	19
CONTENCIÓN MECÁNICA	22
PRESENCIA FAMILIAR	25
DISCUSIÓN	28
COMUNICACIÓN-INFORMACIÓN	28
SUEÑO-RUIDO-LUZ	31
CONTENCIÓN MECÁNICA	34
PRESENCIA FAMILIAR	36
CONCLUSIÓN	38
COMUNICACIÓN-INFORMACIÓN	38
SUEÑO-RUIDO-LUZ	39
CONTENCIÓN MECÁNICA	39
PRESENCIA FAMILIAR/HORARIOS	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	45
ANEXO I: SAPS	45
ANEXO III: SOFA	47
ANEXO IV: ASA	48
ANEXO V: HUNT Y HESS	48
ANEXO VI: FISHER	49
ANEXO VII: TIMI	49
ANEXO VIII: GLASGOW	50

RESUMEN

Introducción: la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio donde el paciente se enfrenta a diferentes estímulos estresores, causándole una alteración psico-emocional. Esta situación crea la necesidad de que el personal de enfermería se centre tanto en los cuidados físicos como psico-emocionales desde el principio, tratando de conseguir que la estancia del paciente sea lo menos traumática posible.

Objetivo: determinar los diferentes factores estresantes presentes durante la estancia de un paciente en UCI e identificar actividades que mejoren la situación.

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos y fuentes de información, utilizando unos criterios de selección para delimitar los resultados.

Resultados: la comunicación (verbal y no verbal) se ve afectada en estas unidades. Ésta y la información son consideradas por los familiares necesidades primordiales, generando en ocasiones insatisfacción familiar. Los factores estresantes ambientales como el ruido y la luz, provocan un sueño perturbado en el paciente que retrasa su recuperación. La contención mecánica (CM) es utilizada principalmente para evitar interferencias con el tratamiento, no obstante, el conocimiento insuficiente puede llevar a una mala práctica. La presencia familiar es beneficiosa para el paciente, sin embargo, la flexibilización de visitas genera discrepancias entre el personal de enfermería.

Discusión/Conclusión: el papel de la enfermería es fundamental en este aspecto, ya que pueden mejorar la estancia del paciente, tratando a través de diferentes intervenciones, los componentes de la atención emocional del paciente crítico.

Palabras clave: paciente crítico, atención de enfermería, comunicación, información, factores ambientales, presencia familiar, medidas de contención.

RESUMO

Introdución: a unidade de coidados intensivos (UCI) é un servizo onde o doente se encara a diferentes estímulos estresantes, causándolle unha alteración psico-emocional. Esta situación crea a necesidade de que o persoal de enfermaría se centre tanto nos coidados físicos coma psico-emocionais dende o comezo, intentando que a estancia do doente sexa o menos traumática posible.

Obxectivo: determinar os diferentes factores estresantes presentes ao longo da estancia dun doente na UCI e identificar actividades que melloren a situación.

Metodoloxía: realizouse unha busca bibliográfica en distintas bases de datos e fontes de información, empregando uns criterios de selección para delimitar os resultados.

Resultados: a comunicación (verbal e non verbal) véese afectada nestas unidades. Ésta e a información considéranse polos familiares necesidades primordiais, xerando en ocasións insatisfacción familiar. Os factores estresantes ambientais como o ruído ou a luz, provocan un sono perturbado no doente que retrasa a súa recuperación. A contención mecánica (CM) úsase principalmente para evitar interferencias co tratamento, sen embargo, o coñecemento insuficiente pode levar a mala práctica. A presenza familiar é beneficiosa para o doente, sen embargo, a flexibilización de visitas xera discrepanzas entre o persoal de enfermaría.

Discusión/Conclusión: o papel da enfermaría é fundamental neste aspecto, pois poden mellorar a estancia do doente, tratando a través de diferentes intervencións, os compoñentes da atención emocional do doente crítico.

Palabras clave: doente crítico, atención de enfermaría, comunicación, información, factores ambientais, presenza familiar, medidas de contención.

ABSTRACT

Introduction: the Intensive Care Unit (ICU) is a service where the patient is faced to different stressing stimuli, causing a psycho-emotional alteration. This situation calls for the nursing staff to focus on both physical and psycho-emotional care since the beginning, in the attempt for that the patient's stay will be the less traumatic as possible.

Objective: to determine the different stressors present during the stay of a patient in the ICU and identify activities that may improve the situation.

Methodology: a bibliographic search was conducted in different databases and information sources, using selection criteria to narrow down the results.

Results: communication (verbal and non-verbal) sees itself affected in these unit. The communication so as the information given, are considered by the family members as essential needs, generating in some occasion dissatisfaction when lacking. Environmental stressors such as noise and light can disturb the patient's sleep, delaying his recovery. Mechanical Containment (MC) is primarily used to avoid interference with the treatment, however, insufficient knowledge can lead to a bad practice. The family presence is beneficial for the patient, although the flexibilitation regarding visits generates discrepancies among the nursing staff.

Discussion/Conclusion: the role of nursing is fundamental in this regard, since it can improve the patient's stay through different treatments, taking special care of the critical patient's emotional state.

Key words: critical patient, nursing care, communication, information, environmental factors, family presence, containment measures.

ABREVIATURAS

APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

ASA: American Society of Anesthesiologists

CM: Contención Mecánica

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

HSA: Hemorragia subaracnoidea

HUAC: Hospital Universitario A Coruña

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

MeSH: Medical Subject Heading

OMS: Organización Mundial de la Salud

SAPS: Simplified Acute Physiologic Score

SOFA: Sequential Organ Failure Assessment

TIMI: Thrombolysis In Myocardial Infarction

JUSTIFICACIÓN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son consideradas áreas generadoras de estrés. Cuando un paciente ingresa en este servicio se enfrenta a estímulos estresores como la intuición o certeza de que su enfermedad revista gravedad, la llegada a un lugar que por sí supone una amenaza, ya que el proceso salud-enfermedad es complejo; la interrupción del ritmo circadiano debido a numerosos factores personales y externos, el miedo al aislamiento, la separación de los seres queridos o la pérdida de capacidad de comunicación, que puede verse afectada por el estado del propio paciente.

Todo esto constituye la realidad de la problemática psico-emocional del paciente crítico, surgiendo así la necesidad de intervenir desde el ingreso. De esta forma, los cuidados realizados por el personal de enfermería deben responder a necesidades tanto psico-emocionales como físicas de manera primordial, y hacer todo lo posible para que la estancia del paciente en la UCI sea lo más confortable y satisfactoria.

INTRODUCCIÓN

UCI

En los años 50-60 nacen las primeras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de la mano del anestesiólogo Peter Safar, considerado el primer intensivista, creándose así una nueva especialidad, la medicina intensiva, que es la rama de la medicina que se ocupa del paciente crítico.

En España, la primera UCI fue creada en 1966 en la Clínica de la Concepción de Madrid.

Hoy en día existen numerosas Unidades de Cuidados Intensivos que se definen como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a los pacientes más graves ⁽²⁾.

El paciente crítico es aquel que presenta alteraciones fisiopatológicas de gravedad, necesitando de una atención especializada y cuidado constante las 24 horas del día. Se establecen así 4 características básicas para considerar al paciente crítico³:

- 1) Enfermedad grave
- 2) Potencial de revertir la enfermedad
- 3) Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos
- 4) Necesidad de un área tecnificada (UCI)

Los enfermos candidatos a ser atendidos en estas unidades se seleccionan en función de cada institución, pero todas ellas han de incluir una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los mismos. Así pues, ingresan con un orden de prioridad:

- Prioridad 1 (alta) → pacientes inestables que necesitan monitorización y tratamiento tecnológico que no es posible ofrecer fuera de la unidad.
- Prioridad 2 (media) → pacientes que precisan una monitorización intensiva y que pueden necesitar una intervención inmediata que se puede realizar en UCI (intubación endotraqueal, drenaje pleural...)
- Prioridad 3 (baja) → enfermos que pueden recibir un tratamiento intensivo para mejorar o estabilizar agudizaciones de su enfermedad de base.
- Prioridad 4 (contraindicados) → pacientes que no se beneficiarían de cuidados intensivos. Se incluyen personas con cuadros de gravedad moderada con escasas probabilidades de necesitar una intervención inmediata, y aquellos en situación terminal, irreversible y en situación agónica.

Para la valoración de la evolución y el pronóstico del paciente en función de la gravedad se utilizan una serie de escalas ⁽¹⁾:

SAPS: evalúa la gravedad y pronóstico vital de los enfermos. **Anexo I**

APACHE: permite evaluar la probabilidad de muerte. **Anexo II**

SOFA: evaluación de la aparición y evolución del fallo multiorgánico en enfermos. **Anexo III**

ASA: sistema de clasificación que utiliza la *American Society of Anesthesiologists (ASA)* para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente. **Anexo IV**

HUNT Y HESS: evalúa la severidad de una hemorragia subaracnoidea no traumática, correlacionándola con un índice de mortalidad asociada a los diferentes grados, numerados del 1 al 5. **Anexo V**

FISHER: es una escala de riesgo de desarrollo de isquemia cerebral tardía producido por vasoespasmo tras una hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA). **Anexo VI**

TIMI: evalúa el pronóstico de pacientes IAM con ST elevado. **Anexo VII**

GLASGOW: evalúa el nivel de estado de alerta del paciente. **Anexo VIII**

La UCI funciona generalmente (salvo *exitus*) como una unidad intermedia. Es considerada una de las más complejas por eso es fundamental contar con personal muy cualificado y especializado, además de tener los recursos materiales altamente tecnológicos.

Los profesionales sanitarios que trabajan en este servicio, tienen como desafío adicional humanizar los cuidados, para ayudar en el afrontamiento y dar soporte a la familia de los pacientes ingresados ⁽²⁾.

La enfermería es la principal fuente de asistencia a los pacientes durante su estancia, ya que es el personal que más tiempo pasa junto al enfermo.

COMPONENTES DE LA ATENCIÓN EMOCIONAL AL PACIENTE CRÍTICO

COMUNICACIÓN

Para ser un buen profesional además de adquirir conocimientos y poner en práctica técnicas a través siempre de un razonamiento crítico, es fundamental ser capaz de establecer una adecuada comunicación, y para ello es muy importante saber qué decir, cuando decirlo y cómo hacerlo en

cada momento. A través de ella, la enfermera conoce las vivencias, las creencias, las costumbres y los estilos de vida propios de cada familia ⁽⁴⁾.

En la UCI, el paciente crítico presenta a menudo un estado de sedación o semiinconsciencia debido a la propia enfermedad o por la medicación que recibe, para mejorar la tolerancia a los dispositivos invasivos como el tubo endotraqueal. Es por ello que la comunicación directa con el paciente se hace muy complicada. Pero esto no significa que no pueda comunicarse, sino que lo hace de otra forma, utilizando la comunicación no verbal mediante el gesto, el contacto, la mirada y la expresión. El disconfort, la angustia o la incomodidad se pueden expresar sin palabras, por lo que solo hace falta ser sensible y estar atento para descubrirlo y entenderlo.

INFORMACIÓN FAMILIAR

Es en este momento cuando no debemos olvidarnos de los familiares. Desde el punto de vista de la gestión y organización de la UCI, uno de los aspectos clave es la información y comunicación con las familias ⁽⁵⁾.

Al ingresar en la UCI el papel de la familia cambia, adquiriendo protagonismo por tener que tomar ciertas decisiones con la colaboración del médico, y esto está condicionado a la forma en la que éste plantea la situación. Es por ello que la comunicación y la información se convierten entonces en una necesidad específica y en un componente esencial para los familiares.

La enfermera ofrecerá la información relacionada con los cuidados y procedimientos realizados al paciente, mientras que el médico lo hará sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia del plan terapéutico y de cuidados ⁽²⁾. La explicación será siempre adecuada, coherente y comprensible (sin tecnicismos) para que la familia la vaya incorporando y le resulte menos dolorosa, pues en estos casos la ansiedad y el miedo pueden complicar la comprensión de la información.

En definitiva, la comunicación efectiva mejora la satisfacción familiar y la toma de decisiones clínicas ⁽⁶⁾.

SUEÑO, RUIDO Y LUZ

El sueño es una necesidad fisiológica. En el caso de las personas que padecen una enfermedad, su necesidad de descanso y sueño aumentan ya que la propia patología supone un desgaste adicional.

Lograr conciliar el sueño suele ser difícil entre los pacientes de UCI ⁽⁷⁾.

La unidad es considerada como un área estresante y tanto factores personales (edad, dolor, desvinculación familiar o miedo) como factores externos: la iluminación, las alarmas de diferentes equipos y las actividades del personal sanitario así como los procedimientos realizados hacen que el paciente presente una alteración del patrón del sueño. Dicha alteración se caracteriza por: un sueño fragmentado con despertares frecuentes, disminución de la fase REM y períodos prolongados de sueño diurno. De esta forma, se retrasa el proceso de recuperación de la enfermedad.

Uno de los factores ambientales a destacar es el ruido, definido como cualquier sonido que causa molestias e irritación, convirtiéndose en un estímulo desagradable que puede producir un efecto fisiológico o psicológico indeseable en una persona o grupo ⁽⁷⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), mantiene unas recomendaciones para que el ruido intrahospitalario sea saludable. Sin embargo, en este servicio el ruido es excesivo en numerosas ocasiones.

Otro factor que interfiere en el descanso es la luz. La iluminación constante las 24 horas del día para el control y cuidados del paciente genera la falta de orientación temporal, ya que no sabe si es de día o de noche, y se altera su ritmo circadiano, con una directa repercusión endocrinológica, pues su presencia e intensidad dispara la síntesis proteica generando descoordinación en la actividad de los efectores metabólicos ⁽⁹⁾.

Por ello, es necesario tener en cuenta la importancia de crear una atmósfera adecuada, libre de ruidos y con una intensidad lumínica más baja y acorde al horario ⁽⁸⁾, para la obtención de una rápida recuperación de los pacientes.

CONTENCIÓN MECÁNICA

Los elementos de monitorización, sondas, vías y otros dispositivos precisan de una atención continua para su correcto emplazamiento y funcionamiento. La estabilidad de algunos dispositivos es imprescindible para su seguridad y llega a ser crítica con algunos mecanismos invasivos. La seguridad del paciente exige su movilización controlada voluntaria o pasiva.

La contención mecánica (CM) puede ser definida como una limitación intencionada y en beneficio del paciente (es parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad ⁽¹⁰⁾.

Ésta puede ser parcial o total. En la primera, se limita únicamente la movilidad del tronco o de una extremidad, evitando así el arrancamiento de catéteres o las caídas. Mientras que en la segunda, se utilizan sistemas de inmovilización que impiden la mayoría de los movimientos del paciente. Los dispositivos empleados varían desde las sujeciones de muñeca y tobillo, las barandillas de la cama o el cinturón abdominal.

La utilización de la CM en la unidad de cuidados intensivos es en la actualidad bastante habitual, ya que el objetivo es intentar reducir el riesgo de interferencia con el tratamiento, particularmente cuando la interrupción brusca del tratamiento o de la intervención está asociada con el desarrollo de una complicación amenazante para la vida ⁽¹¹⁾. Es por esto que su uso se justifica como una medida de seguridad para el paciente.

Para su correcta utilización existen una serie de criterios a seguir:

- Ha de ser necesaria, es decir, cuando esté contraindicado o no se consiga contener al paciente con ningún otro método alternativo instruccional o farmacológico.
- Debe considerarse excepcional, nunca de rutina.

- Se utilizará el menor tiempo posible, revisándose periódicamente su necesidad.
- Se empleará una restricción proporcionada e inocua, utilizando la mínima necesaria.
- Se dispondrá del consentimiento informado del paciente o del familiar representante.
- Debe existir la prescripción médica necesaria.

Desde el punto de vista ético, siempre que sea necesaria su utilización deberán respetarse los cuatro principios de bioética establecidos en el año 1979 por Beauchamp y Childress: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Sin embargo, el uso de la CM atenta contra la autonomía y la libertad personal, ya que en la mayoría de los casos se trata de un procedimiento involuntario. Todo esto se acentúa al contemplar al paciente desde una perspectiva holística, ampliando el concepto de seguridad a la esfera psicoemocional y sociocultural ⁽¹¹⁾.

Es por ello que, a pesar de ser una medida terapéutica, siempre debe ser utilizada como último recurso.

PRESENCIA FAMILIAR

El hecho de estar ingresado en una UCI significa que el paciente está separado de sus familiares, sintiendo así una sensación de soledad y aislamiento que aumenta su sufrimiento y dificulta la recuperación.

La familia es el elemento psico-emocional esencial dentro del proceso de salud de todo individuo ⁽¹²⁾. Por ello, su participación debe ser lo más activa posible, para poder conseguir de esta forma, un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo.

El problema de la UCI está en que los cuidados se centran en un plano físico, dejando de lado el plano psicológico y social. Aunque en la actualidad, la familia se considera un elemento importante, los profesionales se muestran un tanto cautelosos a la visita abierta alegando el incremento de los riesgos de infección para el paciente, la interferencia que la familia podría ocasionar en el tratamiento al aumentar el tiempo de

trabajo del equipo de salud, el incremento de los niveles de estrés para el paciente, su familia y las enfermeras, y la violación de la privacidad del paciente ⁽¹²⁾.

Actualmente tiende a defenderse que la presencia de familiares es beneficiosa tanto para el paciente como para la familia y el personal sanitario, ya que mejora la tranquilidad y la relajación del paciente, la satisfacción familiar y la comunicación entre pacientes, familias y el personal sanitario ⁽¹³⁾.

Sin embargo, el régimen de visitas en España sigue siendo restringido y la familia únicamente puede visitar al paciente en el horario estipulado por el hospital en el que se encuentre ingresado.

OBJETIVOS

- **Objetivo general**
 - Determinar los diferentes factores estresantes presentes durante la estancia de un paciente en UCI e identificar actividades que mejoren la situación.
- **Objetivos específicos**
 - Determinar las características de la comunicación y la información en la relación terapéutica enfermera-paciente-familia.
 - Determinar intervenciones de enfermería que pueden mejorar la calidad de sueño en UCI.
 - Identificar las condiciones del uso de contención mecánica en pacientes hospitalizados en UCI y determinar la experiencia vivida del personal de enfermería sobre su gestión.
 - Conocer la situación de las visitas en pacientes ingresados en UCI.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica en las siguientes bases de datos y fuentes de información:

- **PubMed:** Desarrollada por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM). Ofrece una búsqueda de libre acceso a citas y artículos de investigación biomédica.
- **Dialnet:** Sistema abierto a contenidos científicos de ámbito hispano y portugués.
- **Lilacs:** Disponible en línea, de acceso libre y gratuito. Reúne registros de artículos de revistas, tesis, documentos gubernamentales y libros. Incluida en el Global Index Medicus de la OMS, en Epistemonikos, y complementa a MEDLINE/PubMed.
- **Uptodate:** Recurso de información médica clínica basada en la evidencia y disponible en internet a través de la biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público Gallego (Bibliosaúde).
- **Scielo:** Base de datos bibliográfica que permite la publicación electrónica de literatura científica mediante revistas científicas.
- **Google Académico:** Buscador especializado en la búsqueda de contenido y bibliografía científico-académica.

Para delimitar las palabras clave, se utilizó el tesoro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). En la base de datos PubMed se empleó el tesoro Medical Subject Headings (MeSH).

Se realiza una búsqueda detallada utilizando los términos DeCS *“patients”, “nursing”, “communication”, “sleep”, “light”, “restraint physical”, “information”, “noise”, “family”* y *“critical care”* tanto en inglés como en español, separados por los operadores booleanos “AND” y “OR”, realizando diferentes combinaciones entre ellos.

Para dicha búsqueda se emplearon una serie de criterios de selección, explicados a continuación.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Publicaciones en español, portugués o inglés.

- Artículos que incluyan los términos MeSH o palabras clave seleccionados previamente.
- Disponibles en su totalidad en internet (*acceso a full text*).
- Artículos resultantes de la investigación tipo cualitativa, cuantitativa, descriptivos, revisiones clínicas y sistemáticas.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que abordaban pacientes pediátricos y neonatales así como unidades clínicas no intensivas.
- Resúmenes, tesis doctorales y trabajos de fin de grado.
- Publicaciones que no guardan relación directa con el tema.

La selección inicial se realizó a partir de los títulos y resúmenes de los artículos, obteniendo si procedía, el texto completo para su posterior análisis.

Después de la lectura en profundidad de los documentos, la muestra obtenida fue de un total de 23 artículos, de los cuales 10 son de la base de datos PubMed; 2 de la base de datos Dialnet; 3 de la base de datos Lilacs; 2 de la base de datos Uptodate; 2 de la base de datos Scielo y 4 de Google Académico.

Éstos fueron agrupados posteriormente según el tema que trataban, obteniendo así las siguientes combinaciones: comunicación-información, sueño-ruido-luz, contención mecánica y presencia familiar. Algunos de los artículos, debido a sus características, se pudieron agrupar a más de un tema.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de los artículos seleccionados para la revisión.

Comunicación-información

Ayuso D et al. ⁽⁵⁾ realizaron un estudio descriptivo en Madrid en 2015, en el cual participaron profesionales de enfermería de una UCI y de una unidad de hospitalización. De los resultados obtenidos, las enfermeras de UCI

poseen menos factores de personalidad ligados a las habilidades sociales y tienen menos desarrolladas dichas habilidades. Esto puede atribuirse al hecho de tratar con un tipo de paciente con el que es difícil establecer una comunicación fluida. Sin embargo, estas habilidades son fundamentales en la relación con los familiares, pues se valora satisfactoriamente la comunicación con ellos.

En cambio, sí disponen de una alta capacidad para recoger información, debido seguramente a las instrucciones, protocolos o comunicación interna que hacen que la información recibida sea entendida a la perfección y ejecutada de forma rápida y eficaz.

Para mejorar en las habilidades sociales de comunicación, proponen realizar reuniones entre los profesionales y familiares. De esta forma, se desarrollaría la comunicación, adquiriendo habilidades de escucha y comunicación activa, además de obtener una mayor participación y satisfacción en ambos. También destacan la formación específica en habilidades sociales y comunicación como alternativa.

Bautista LM et al. ⁽⁴⁾ llevan a cabo un estudio en familiares de pacientes hospitalizados en una UCI de la ciudad de Cúrcuma en 2014. Los resultados muestran percepciones favorables y desfavorables con respecto a la comunicación verbal y no verbal. Algunos afirman que durante las visitas, las enfermeras los orientan y les explican los procedimientos generales empleando un lenguaje claro y sencillo además de conversar con ellos. Otros, por el contrario, evidencian actitudes negativas como fruncir el ceño ante preguntas repetidas o respuestas desagradables.

Los autores concluyen que la enfermera debe de tener la sensibilidad y los conocimientos necesarios para poder atender esta necesidad que la familia demanda.

El estudio de Roche S et al. ⁽¹⁴⁾ realizado en el 2015 en EEUU, reconoce la importancia por parte de enfermería de conocer toda la información sobre el paciente para poder ofrecer un mensaje claro a la familia. Asimismo,

también revela que la comunicación en UCI está fragmentada, debido en numerosas ocasiones al empleo de una terminología demasiado técnica y es por ello que las familias salen mal informadas.

Abdalkarem F ⁽¹⁵⁾ estudia las necesidades de los familiares en diferentes hospitales de Arabia Saudita, afirmando que la necesidad más importante para ellos es la de seguridad, mientras la información permanece en segundo lugar. El autor explica que las necesidades prioritarias varían en función del contexto sociocultural. Este resultado podría verse influido por la inclusión de una menor proporción de mujeres en el estudio, debido a razones religiosas y culturales, ya que otros estudios han demostrado que las mujeres consideran la necesidad de información como más importante.

Por otro lado, los miembros de la familia con un mayor nivel de educación le dan más importancia a la información en comparación con los que tienen un nivel menor. Esto puede ser debido a que son capaces de comprender mejor la información que se les da.

En Colombia sin embargo, Márquez M et al. ⁽¹⁶⁾ afirman que una de las necesidades primordiales para los familiares es la información, adecuada y honesta, donde describen el deseo de que se les informe sobre temas específicos del cuidado ofrecido a su ser querido. Recalcan, además, el papel de la enfermería a la hora de prestar esta información, pues mejora la satisfacción familiar.

Bautista LM et al. ⁽¹⁷⁾ realizaron una investigación en ese mismo país unos años más tarde, y los resultados obtenidos apoyan a los demás estudios, confirmando la importancia que la familia le da a la comunicación e información, considerándolas necesidades principales. Destacan el hecho de proporcionar información clara sobre la situación del paciente de una manera simple y comprensible para reducir la incertidumbre y aumentar su satisfacción.

Además, recalcan la importancia del lenguaje gestual, la comunicación no verbal acompañada de una actitud adecuada por parte del hablante,

fomentando la confianza de la familia, y manteniendo una buena postura, así como el tono de voz y gestos adecuados. Todos estos elementos son considerados fundamentales de los profesionales de enfermería para establecer una comunicación efectiva con la familia.

Dalla L et al. ⁽¹⁸⁾ llegan a la conclusión de la existencia y problemática de diferentes factores estresantes en el paciente ingresado en UCI. Los engloban en 4 categorías (ambiental, emocional/psicológica, social y fisiológica), destacando dentro de la fisiológica la comunicación verbal alterada del paciente debido a sus características. Esto implica la imposibilidad de toma de decisiones por parte de éste, pasándole tales responsabilidades a la familia.

Informan que corresponde a la enfermería estar atenta a señales y síntomas de los pacientes, con el fin de poder identificar métodos de comunicación no verbal, ofreciendo alternativas como la utilización de cuadernos que posibiliten la expresión del paciente.

Gordon J et al. ⁽⁶⁾ comentan los beneficios de la comunicación y la necesidad de información que expresa la propia familia.

Destacan que la mala comunicación puede afectar a la satisfacción familiar y a la toma de decisiones. También comentan que las familias quieren saber el diagnóstico, tratamiento y cuidados que se le realizan al paciente. Para ello, es importante conocer de antemano lo que saben, pues de esta forma se conoce el nivel de conocimiento que tiene el familiar, así como el estado emocional y el grado de educación, pudiendo proporcionar la información de tal manera que sea entendida. Además, recomiendan emplear la menor jerga posible para una mayor comprensión.

Sueño-ruido-luz

La revisión realizada por Dalla L et al. ⁽¹⁸⁾ permitió comprender la problemática de los factores estresantes en pacientes ingresados en la UCI, e identificar posibles cuidados de enfermería que mejoren la situación.

Los autores enfocan los factores estresantes ruido y luz dentro de la categoría ambiental, provocando así un sueño perturbado en el paciente. Comentan que la dificultad para dormir es debida, según los relatos de los pacientes, a ruidos desconocidos de los equipos tecnológicos y una luminosidad excesiva y constante entre otros factores.

Explican que la enfermería debe transformar estos factores en cuidados, por ejemplo, disminuir los ruidos de alarmas y reducir las luces de la cabecera por la noche, con el fin de que el paciente se sienta cómodo, y así disminuir la intensidad y duración de exposición al factor estresante ambiental.

Knauert MP et al. ⁽⁹⁾ llevan a cabo una revisión en el 2013 donde se constata que el ruido es el factor ambiental más citado como causa de interrupción del sueño. Desencadena una serie de alteraciones fisiológicas como vasoconstricción, elevación de la presión sanguínea diastólica y tensión muscular. Además, está implicado en la estimulación del sistema simpático, desencadenando la segregación de adrenalina que conduce a una sobreexcitación y la imposibilidad de conciliar el sueño.

La luz también afecta interfiriendo en el reloj biológico, que es el responsable de la regulación del ciclo sueño-vigilia.

Se ofrecen alternativas para disminuir el problema, como la utilización de luces flexibles y direccionales o el empleo de tapones para los oídos, que parecen ser eficaces mejorando la calidad subjetiva del sueño.

Los autores concluyen en la necesidad de que el personal de enfermería fomente una atmósfera adecuada, libre de ruidos y con una intensidad lumínica más baja para favorecer la recuperación del paciente.

Hu R et al. ⁽¹⁹⁾ realizaron un estudio en una unidad de cuidados intensivos en China. Los participantes fueron los propios pacientes, divididos en dos grupos. Uno de ellos recibió la atención de rutina y el otro recibió los equipos de protección (tapones para los oídos y máscaras de ojos durante el sueño nocturno) con 30 minutos de música relajante, ambos durante el

mismo periodo de tiempo (6 meses). Los resultados del estudio demostraron una mejora significativamente mayor en la calidad subjetiva del sueño en el grupo que estaba utilizando las protecciones.

Los autores concluyen que la combinación del uso de tapones y antifaces con una música relajante de fondo es útil para promover el sueño en el paciente.

En 2018, Bion V et al. ⁽²⁰⁾ publicaron una revisión en la cual se analizan diferentes estrategias para mejorar el sueño de los pacientes hospitalizados en UCI. Reducir el ruido en la unidad mediante la disminución del sonido de las alarmas de los monitores, bajar el tono de voz en las conversaciones de los profesionales de enfermería o el timbre de los teléfonos, son útiles para mejorar la calidad del sueño. Reducir la exposición a la luz apagando luces innecesarias por ejemplo, también aumenta la probabilidad de dormir.

Algunos estudios evaluaron además, que el utilizar tapones para los oídos y antifaces, así como música relajante (olas del mar, sonidos de la naturaleza, canto de aves...) dan lugar a un menor número de despertares, mejorando la calidad subjetiva del sueño significativamente.

Pisani MA et al. ⁽²¹⁾ muestran la importante relación entre la falta de sueño en el paciente ingresado en UCI y los resultados finales.

Afirman que los pacientes sufren una fragmentación del sueño, aumentando los despertares y disminuyendo la fase REM. Esto es debido a una serie de factores ambientales y fisiopatológicos.

El personal de enfermería puede poner en marcha acciones que permitan una rápida recuperación y minimizar los efectos de la privación del sueño.

En el 2011, Yen S et al. ⁽²²⁾ publicaron un estudio realizado en una unidad de cuidados intensivos de Taiwán. Los participantes se dividieron en dos grupos. El grupo control recibió la atención habitual, mientras el experimental obtuvo cuidados derivados de pautas que el personal de enfermería siguió para reducir el ruido y la luz.

Los resultados mostraron que los ruidos y las interrupciones del sueño fueron significativamente menores en el grupo experimental que en el grupo control. Además, el grupo experimental afirmó haber mejorado la calidad del sueño así como su eficiencia.

Los autores concluyen que las pautas para controlar el ruido nocturno son eficaces y comentan que la enfermería debe tratar de reducir los estímulos ambientales externos por la noche para mejorar el sueño del paciente en UCI.

Bueno L et al. ⁽⁷⁾ informan que es muy importante tener en cuenta la necesidad de descanso en el paciente, pues favorece una pronta recuperación. Sin embargo, en la UCI es complicado conciliar el sueño debido a numerosos factores. Entre ellos destacan el ruido y la luz como condicionantes de un buen descanso.

Los autores comentan que enfermería tiene un papel fundamental, pudiendo mejorar las condiciones para favorecer el descanso. Para ello, se debe evitar encender luces innecesarias o modularla en su defecto, minimizar fuentes de ruido, realizar prácticas enfermeras de manera más silenciosa o mantener un tono de voz adecuado entre conversaciones del personal.

Contención mecánica

Balci H et al. ⁽²³⁾ realizaron un estudio en el 2015 en la UCI de un hospital de Turquía, con el fin de analizar el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas del personal de enfermería con respecto a las restricciones físicas. Los resultados muestran que el 97,5% de las enfermeras utilizaron en algún momento la CM. Las razones para su uso fueron la protección del paciente, para evitar problemas con el tratamiento, y del personal, al sentir ciertos comportamientos como una amenaza, así como la baja cantidad de enfermeras, lo que impide un buen control del paciente.

Más de la mitad del personal afirmó que fue el médico el responsable de ordenar su utilización, y mientras el paciente estaba con familia, éstas se le retiraban.

La ausencia de una base científica en un procedimiento usado frecuentemente demuestra que el personal de enfermería utiliza la CM en función de su experiencia e intuición. Los autores defienden la necesidad de una mayor formación.

El estudio llevado a cabo por Acevedo M et al. ⁽²⁴⁾ entre el 2013 y 2015 en diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid, muestra que el personal de enfermería tiene diferentes interpretaciones frente al uso de la CM. Reconocen que los efectos adversos allí son escasos y poco frecuentes y que aparecen tras finalizar la hospitalización.

Los participantes se muestran de acuerdo al considerar que la iniciativa del empleo de la restricción física sea decisión de enfermería. Afirman además, que la restricción farmacológica, psicológica, familiar o verbal, acompañadas del manejo del ambiente estresante podrían ser herramientas útiles para prevenir el uso de CM.

Al igual que los autores, concluyen en la necesidad de reflexionar sobre su utilización y de profundizar en alternativas y protocolos que guíen el manejo del paciente crítico con CM.

Pérez de Ciriza AI et al. ⁽²⁵⁾ realizaron un estudio descriptivo, donde los participantes fueron los pacientes y familiares.

En cuanto a los resultados obtenidos por parte de los pacientes, la CM se usó en el 94,1% de los casos por interferencia con el tratamiento y en un 5,9% por agitación y riesgo de autolesión. La prevalencia en los 2 meses y medio que duró el estudio fue de un 43%, no habiendo diferencias de empleo entre el turno de mañana, tarde o noche.

La mayoría aceptaron su uso por la información recibida por el personal de enfermería, que les ayudó a comprender su utilización. Más de la mitad no recuerdan el tiempo que estuvieron con las restricciones, y mientras para algunos, no supuso ninguna limitación, a otros les provocó sensación de falta de libertad o movimiento. Los sentimientos causados fueron diversos, desde la extrañeza, fastidio o rabia, a sentirse presos y agobiados. Dicen

no conocer ningún otro método, manifestando creer que esta es la única alternativa. Para la mayoría no tuvo repercusiones en el futuro.

Con respecto a los familiares, la mayoría comentan que la forma en la que estaban colocadas las restricciones les permitía cierta libertad de movimiento y refirieron no haber tenido ninguna reacción o sentimiento negativo al verlas. Expresaron verlo como algo normal, interpretándolo como medida de seguridad al paciente. Manifestaron haberles impactado más otras cosas como la cantidad de tubos y máquinas. Solo un pequeño porcentaje admitió haber sentido un sentimiento negativo. Ninguno mostró su desacuerdo, todos lo aceptaron, y al igual que los pacientes, ellos tampoco supieron dar alternativas.

Martín V et al. ⁽²⁶⁾ pudieron afirmar tras la realización de su estudio que la restricción física se mantuvo una media de 2,24 días y fue más utilizada en el turno de tarde, seguido del de noche y el de mañana. La decisión del uso de CM fue tomada por el personal de enfermería en casi toda la totalidad. Como alternativas, se empleó la contención verbal en el 100% de los casos y la farmacológica en un 48,2%. Los dispositivos más empleados fueron las muñequeras, dejando las restricciones de tórax y piernas para muy pocos casos. La utilización de la CM fue necesaria por agitación de los pacientes, confusión o agresividad. Su registro se realizó en algo más de la mitad de los casos y la mayoría fueron nombrados en el apartado de comentario de enfermería.

Suliman M et al. ⁽²⁷⁾ realizaron un estudio a 300 enfermeras de 12 UCIs de diferentes hospitales de Jordania. Se demuestran diversos niveles de conocimiento entre el personal de enfermería sobre la CM en el país. No obstante, los resultados muestran un conocimiento insuficiente por parte del personal sobre prácticas seguras de restricción física, destacando, por ejemplo, el creer que no existe ninguna otra alternativa a la restricción, o que su colocación ha de ser muy ajustada, sin espacio entre la restricción y la piel del paciente.

El falso conocimiento va ligado a una actitud negativa y a una mala práctica.

Además, el estudio confirma que el personal no considera las decisiones del médico o los deseos de la familia con respecto al comienzo o finalización de la CM. Y tan solo un 23,7% afirmó informar a la familia sobre la razón de las restricciones.

Los autores comentan que la implementación de programas de educación podría mejorar el conocimiento, y reducirían la mala práctica, además de adoptar una actitud más positiva.

Presencia familiar

Anatvia P et al. ⁽¹²⁾ realizaron una revisión bibliográfica para investigar sobre el impacto de las visitas no restrictivas frente a las restrictivas en el paciente, familia y personal de enfermería de una UCI. Los resultados informan que la ansiedad del paciente al ingreso es similar, sin embargo, pasados unos días ésta disminuye de manera significativa en el grupo con visitas no restrictivas. La probabilidad de querer un acompañante se relaciona con el número de ingresos anteriores en una UCI y con el sexo femenino. Se concluye que el régimen de visitas debe ser valorado de manera individual, teniendo en cuenta el momento en que los pacientes desean las visitas.

Con respecto al efecto que tienen las visitas no restrictivas en el personal de enfermería, algunos estudios afirman que son beneficiosas para el paciente, ya que las enfermeras comentan que les proporcionan apoyo emocional al paciente, se incrementa el deseo de vivir y no se altera su estado hemodinámico. A pesar de reconocer ser una carga física y psíquica mayor, dicen aumentar su satisfacción profesional, creando un ambiente que favorece la recuperación del paciente.

Otros estudios, sin embargo, muestran que los trabajadores con síndrome de *burnout* son más propensos a expresar comentarios negativos, destacando el aumento de carga laboral física y psicológica que les produce.

Para la familia por el contrario, el régimen de visitas abierto les permite disminuir su ansiedad y aumentar su satisfacción, así como obtener mayor información y conocimiento real de la situación del paciente.

Se observa que la falta de cumplimiento de las políticas de visita causa cierta confusión y conflicto entre el personal y la familia.

Los autores sugieren que las visitas abiertas pueden ser beneficiosas tanto para el paciente como para la familia, por lo que es algo a tener en cuenta y que debe ser estudiado.

Morales RS et al. ⁽²⁸⁾ estudiaron en el año 2013 la situación de las visitas en las unidades de cuidados intensivos de diferentes hospitales de Barranquilla (Colombia). El 94% de los profesionales respondieron que las familias sí conocen el protocolo de visitas, lo que favorece la comprensión y participación de éstas en la atención del paciente. Tienen establecidas 2 visitas al día, siendo una por la mañana y otra por la tarde, y el tiempo de cada una de ellas es de 30 minutos. Cada paciente puede ser visitado por 3 familiares.

Los autores concluyen que estos resultados sirven para generar cambios en el futuro, flexibilizando más las visitas para incrementar la satisfacción del paciente y la familia.

El estudio realizado por Vázquez M et al. ⁽²⁹⁾ en un hospital de Navarra entre el 2013 y 2014 muestra que hay una serie de factores que afectan a la flexibilización de la política de visitas. Las autoras los dividen en factores internos y externos. Dentro de los primeros engloban el juicio clínico y las creencias y actitudes del personal de enfermería, mientras en los factores externos incluyen la cultura de la unidad, así como la percepción de otros profesionales y familiares.

El juicio clínico se señala como un factor clave de la flexibilización, pues las enfermeras consideran la desorientación temporo-espacial y el estado crítico de los pacientes motivos prioritarios para permitir a la familia las 24 horas. En cuanto a las creencias y actitudes, algunas refirieron que el

horario establecido era adecuado y suficiente, ya que retrasaba cuidados y tareas de enfermería, mientras otras comentaron que lo ampliarían. Un grupo consideró la necesidad de definir en qué situaciones se puede aumentar el horario.

La cultura de la unidad y las percepciones de otros profesionales influyeron de manera negativa en la decisión de las enfermeras en la flexibilización del horario. Las percepciones de los familiares también aunque en menor grado. A pesar de ello, la mayoría manifestaron haber ampliado el horario en algún momento a aquellos familiares que pedían estar más tiempo con el paciente.

Isaac M et al. ⁽¹³⁾ informan que el régimen de visitas sin restricciones puede ocasionar ciertas inquietudes al personal de enfermería pudiendo constituir una barrera para una atención óptima. Comentan que puede conducir a niveles más elevados de agotamiento del personal. Sin embargo, los autores consideran que a la vez, mejoran la felicidad y relajación del paciente así como la satisfacción familiar.

Márquez M et al. ⁽¹⁶⁾ realizan un estudio en Colombia y consideran las visitas como una de las necesidades más importantes para la familia. Comentan que el familiar expresa la necesidad de encontrarse cerca del ser querido, sin embargo, este estudio muestra la separación entre el familiar y el paciente por la visita restringida.

El horario de visitas en estos hospitales es de 2 horas diarias, repartidas entre la mañana y la tarde de manera equitativa. Los familiares no están del todo de acuerdo con estos horarios, manifestando querer una visita más flexible, que les permita pasar más tiempo con el paciente para conocer mejor la situación de éste y poder ayudar en su cuidado.

Bautista LM et al. ⁽¹⁷⁾ realizaron en Colombia también un estudio a 226 familiares en el 2017. De acuerdo con los resultados obtenidos, el 96,3% de los participantes dicen sentirse satisfechos cuando visitan a su ser querido. Las visitas se convierten en una herramienta fundamental

permitiendo satisfacer las necesidades tanto del paciente como de la familia. Sin embargo, algunos aspectos requieren mejora. Los familiares consideran necesario el poder visitar al enfermo 2 veces al día, así como autorizar a más de un familiar al mismo tiempo en casos excepcionales. También manifiestan el deseo de admitir a niños en determinados casos.

Los autores concluyen que se deberían implementar horarios de visita más flexibles para permitir que la familia pase tiempo con el paciente, y así de esta forma, la recuperación de éste será más rápida.

La revisión realizada por Dalla L et al. ⁽¹⁸⁾ muestra el problema de los factores estresantes en los pacientes de UCI. Divididos en 4 categorías (ambiental, emocional/psicológica, social y fisiológica), las visitas estarían dentro de la social.

Los relatos de los pacientes orientados y lúcidos, sin dificultad de comunicación, demuestran que un factor estresante para ellos es la restricción de horarios de visitas, ya que no logran tener el tiempo suficiente para obtener información sobre su familia ni saber cómo es la actual rutina de los familiares sin su presencia física.

Como medidas de solución, barajan la posibilidad de flexibilizar y extender los horarios de visita, pues de esta forma, la familia es capaz de transmitir tranquilidad y acercamiento entre el paciente y el familiar.

DISCUSIÓN

Comunicación-información

Existen muchas formas para comunicarse, siendo la más utilizada la comunicación verbal. Sin embargo, también es importante lo que se transmite mediante contacto, gestos y expresiones (comunicación no verbal).

Cuando un paciente tiene problemas para expresarse verbalmente, el personal de enfermería se vuelve de gran importancia, mostrando ciertas competencias y habilidades para establecer una comunicación efectiva con el paciente. El estudio de Dalla L et al. ⁽¹⁸⁾ refleja la importancia de identificar

métodos que permitan la expresión del paciente de forma no verbal permitiendo así, una mayor satisfacción por parte de éste. Es frecuente recurrir a gráficos, idiogramas, alfabetos o incluso a métodos electrónicos digitales para permitir la comunicación con el paciente.

Las deficiencias ópticas o acústicas de los pacientes dificultan su acceso a la información, contribuyen a la desorientación y son fuente de agitación y discomfort. Deben ser contempladas y resueltas mediante lentes correctoras, audífonos, etc., con la colaboración de la familia en cuanto el paciente esté consciente y su utilización sea viable.

La familia puede ser esencial para facilitar la comunicación. Constituye un estímulo muy poderoso para mejorar la alerta y orientación del paciente y activa claves emocionales y sensoriales a las que el personal sanitario no tiene acceso.

Los familiares experimentan niveles elevados de ansiedad y depresión debido a la separación de su familiar por la hospitalización, por lo que necesitan a alguien con quien poder compartir sus preocupaciones, dolencias y momentos de desánimo. De ahí la importancia de la participación enfermera, ya que al estar las 24 horas del día al lado del paciente, permitirá ayudar tanto a él como a su familia a adaptarse a su nueva situación, favoreciendo su recuperación integral.

Entre las necesidades que los familiares consideran más importantes, destacan la información y el apoyo emocional como unas de las más demandadas.

El derecho a la información es fundamental y así se recoge en varias leyes, de ámbito nacional y autonómico ⁽³⁰⁾, por lo tanto es de obligado cumplimiento y se realiza mediante diferentes canales de comunicación.

El destinatario de la información es el paciente. La familia o allegados del paciente crítico inconsciente o sedado actúan por delegación, por lo que deben ser adecuadamente identificados y autorizados.

Habitualmente, se considera que la información hace referencia exclusivamente al diagnóstico, tratamiento y pronóstico, por lo que la labor de informar se cree que es del personal médico. Estudios como el de Roche S et al. ⁽¹⁴⁾, Márquez M et al. ⁽¹⁶⁾, Bautista LM et al. ⁽¹⁷⁾ y Gordon J et al. ⁽⁶⁾ explican la importancia de la enfermería a la hora de informar sobre los cuidados y procedimientos que realizan al paciente, ayudando a disminuir de esta forma el grado de estrés familiar. Además, como se comenta en el estudio de Abdalkarem F ⁽¹⁵⁾, las personas con un mayor nivel de educación van a reclamar más información por lo que la enfermería ha de tener todo el conocimiento sobre lo relacionado con el paciente, para así poder ofrecer una información adecuada y honesta.

Esto se considera una exigencia ética, profesional y legal ⁽⁵⁾.

Si se analiza el proceso de la comunicación en una unidad como es la de cuidados intensivos, se pueden observar fácilmente aspectos que interfieren en el buen feedback. El emisor, en este caso el personal sanitario, puede tener falta de experiencia en cuanto a dar información o desconocer lo que han solicitado o recibido previamente los familiares. También puede utilizar un lenguaje con demasiados tecnicismos o tener actitudes distantes que dificultan la comunicación. En el caso del receptor, el propio paciente o la familia, el estrés puede impedirle la adecuada captación del mensaje, demandando continuamente la misma información.

Para evitar estos problemas, los profesionales deberán disponer de ciertas habilidades, estrategias y gestos, que permitan una comunicación eficaz.

La empatía, la confianza, el gesto que transmita tranquilidad y confianza, el empleo de una información clara y sencilla adecuada al nivel sociocultural del familiar, acompañado de un tono de voz cálido y comprensivo, así como escuchar al familiar mostrando interés, no responder de prisa o dejar que el familiar termine de hablar, son aspectos que facilitan compartir los pensamientos y emociones del familiar, reflejando la calidad del cuidado.

Una información clara, empática, sencilla y cordial inspira confianza, facilita la asistencia y evita conflictos.

Bautista LM et al. ⁽⁴⁾ y Bautista LM et al. ⁽¹⁷⁾ comparten la idea de que la actitud del personal de enfermería es importante para el éxito del tratamiento, y la forma más sencilla de tener confianza con el paciente y la familia no es otra que mostrarse como una persona altamente cualificada pero que siente y tiene emociones, evitando realizar un papel mecánico que únicamente se limita a estar pendiente de máquinas y seguir protocolos.

El apoyo emocional es fundamental para atender una de las necesidades más universales exigidas y atenuar el sufrimiento de la familia del paciente crítico.

Cabe destacar la actual situación que están viviendo pacientes, familiares y personal sanitario, debido a la pandemia del coronavirus SARS-COV-2. Esta nueva enfermedad, sin tratamiento específico por el momento y transmisible por vía aérea, conduce a la UCI a un 5% de los pacientes por insuficiencia respiratoria. Obliga a mantener en aislamiento al paciente y a restringir las visitas que quedan limitadas al mínimo según los diversos protocolos.

En este momento, el único contacto seguro es mediante la tecnología, a través de las videollamadas que las enfermeras se ofrecen a realizar. Para obtener la información médica se está utilizando la llamada telefónica diaria. Hay que tener en cuenta, que los métodos digitales requieren, además de las técnicas habituales, dotación, habilidades y tiempo adicional que complican extraordinariamente la comunicación.

También es importante destacar, que el nivel de estrés que esta situación provoca, puede ocasionar momentos de tensión entre las familias o pacientes y el personal sanitario.

Sueño-ruido-luz

Los factores que afectan a un buen descanso pueden ser externos (ruido, luz, Tª...) o internos (dolor, estrés o miedo entre otros). Unos de los más

destacables dentro de los externos son el ruido y la luz, siendo considerados uno de los problemas más significativos de la UCI.

El ruido, podría manifestar en el paciente efectos como los descritos en la revisión de Knauert MP et al. ⁽⁹⁾. Además, está implicado en la estimulación del sistema simpático, dando lugar a la segregación de adrenalina que conduce a una sobreexcitación y la imposibilidad de conciliar el sueño.

La revisión de Pisani MA et al. ⁽²¹⁾ muestra la importante relación entre la falta de sueño y los resultados finales, pudiendo persistir ésta durante un tiempo prolongado después del alta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda no sobrepasar los 40 decibelios (dB) por el día y los 30 dB por la noche. Los niveles de ruido en la UCI son frecuentemente superiores a estas recomendaciones, llegando a niveles entre 55-85 dB, incluso superando los 100 en determinados casos. Es generado principalmente por bombas de perfusión, equipos de ventilación mecánica o monitores, con sus correspondientes alarmas y funcionando las 24 horas del día. También influyen traslados en camilla de pacientes, el equipo portátil de radiografía, los teléfonos, las conversaciones durante el pase de visita y los cambios de turno del personal entre otros.

El ruido, las pruebas diagnósticas, las intervenciones de enfermería y la administración de la medicación ⁽⁹⁾ han sido calificadas por los pacientes del estudio de Knauert MP et al. ⁽⁹⁾ como las 4 intervenciones más perturbadoras del sueño en una UCI.

Otro factor que interviene en el descanso es la luz, responsable de la regulación del ritmo circadiano. Los niveles de luz en la UCI rondan los 1000 lux. Para afectar a la secreción de melatonina basta con niveles superiores a 100 lux, mientras que niveles entre 300-500 lux pueden interrumpir el ritmo circadiano.

Todos los estudios utilizados para la realización de esta revisión consideran que estos factores ambientales podrían ser evitables y deberían ser corregidos.

Para ello, es necesario que el personal de enfermería identifique estos factores y ponga en marcha las medidas necesarias para su solución. Los diferentes artículos estudiados muestran diversas intervenciones que parecen ser eficaces, mejorando la calidad subjetiva del sueño.

Los estudios de Hu R et al. ⁽¹⁹⁾ y Yen S et al. ⁽²²⁾ utilizaron equipos de protección como tapones para los oídos y máscaras de ojos en combinación con música relajante durante un tiempo definido.

Esta práctica es apoyada por autores como Bion V et al. ⁽²⁰⁾ o Knauert MP et al. ⁽⁹⁾ ya que se afirma que el empleo de estas medidas mejora significativamente la calidad subjetiva del sueño.

También existen otras actividades para reducir el ruido y la luz en una UCI que parecen ser favorables y ayudan a conciliar el sueño del paciente más fácilmente.

Concentrar los procedimientos a realizar, evitar el movimiento innecesario cerca de las camas por parte de los profesionales ⁽¹⁸⁾, realizar las prácticas enfermeras de manera más silenciosa, evitar dentro de lo posible, interrumpir el sueño del paciente para realizar actividades, disminuir el tono de voz en las conversaciones del personal así como el volumen de los teléfonos y alarmas, evitar el uso de carros (medicación, curas), utilizar alternativas como luces direccionales y flexibles, o incluso, luces apagadas cuando no sean necesarias, son algunas de las recomendaciones propuestas por Dalla L et al. ⁽¹⁸⁾, Bion V et al. ⁽²⁰⁾ o Bueno L et al. ⁽⁷⁾ para minimizar la duración de exposición al factor estresante ambiental.

En definitiva, la creación de un ambiente adecuado, por parte del personal de enfermería, con una intensidad lumínica más baja y una reducción del ruido, ayudaría a los pacientes a dormir mejor y obtener una recuperación más rápida.

Contención mecánica

Actualmente, existe cierta preocupación en las unidades de críticos por el uso de la CM. De hecho, muchos organismos internacionales defienden la minimización de su uso. Sin embargo, su prevalencia sigue siendo elevada en este medio.

El uso varía de unos países a otros y dentro del mismo país de unas unidades a otras debido a que no existe un protocolo y a las diferencias en la ratio personal/paciente. En Italia su uso es elevado, llegando incluso al 100%. Países como España, Suiza o Francia rondan el 45%, mientras Reino Unido y Noruega se sitúan en el 0%. La notable diferencia en estos países también es debido a un mayor uso de restricciones farmacológicas.

La principal indicación que ofrecen los artículos analizados, está relacionada con la seguridad del paciente y la interferencia con el tratamiento, evitando así la autorretirada de dispositivos de soporte vital como el tubo endotraqueal y catéteres venosos o arteriales entre otros. Sin embargo, también están presentes otros aspectos relacionados con la organización (baja cantidad de enfermeras que hace imposible un buen control del paciente), o relacionados con los profesionales (protección del personal ante ciertos comportamientos percibidos como amenaza) como se observa en el estudio de Balci H et al. ⁽²³⁾.

No obstante, múltiples autores como Pérez de Ciriza AI et al. ⁽²⁵⁾, sugieren que el empleo de estas medidas no previene completamente el que se produzcan este tipo de incidentes ⁽²⁵⁾.

Se detecta una falta de visión holística al hablar de seguridad, pues se infravaloran los aspectos psicosociales y se centra exclusivamente en aspectos biológicos del paciente. De esta forma, no se estarían cumpliendo los 4 principios establecidos por Beauchamp y Childress, ya que atenta contra la autonomía por ser un procedimiento involuntario.

El método más utilizado fueron las muñequeras, y el tiempo de utilización de éstas se sitúa entre las 24 horas y los 2 días según se observa en diferentes artículos, revisándose con frecuencia su necesidad.

Siguiendo las recomendaciones para el uso de la CM, ésta debería ser prescrita por el personal médico. De todos los estudios examinados, tan solo el artículo de Balci H et al. ⁽²³⁾ considera a éste responsable de su utilización, y únicamente en la mitad de los casos investigados. Resulta llamativo la falta de prescripción médica, y son los profesionales de enfermería los protagonistas, utilizándola en función de su experiencia e intuición, y no considerando decisiones del médico o la familia para su inicio o retirada, como confirman Acevedo M et al. ⁽²⁴⁾, Martín V et al. ⁽²⁶⁾ y Suliman M et al. ⁽²⁷⁾. Si bien es cierto, que durante las visitas familiares cuando el paciente está más controlado ésta se suele retirar.

Cabe destacar el acuerdo del personal de enfermería para incluir el empleo de la CM como prescripción enfermera en la UCI, aprovechando el estar a pie de cama las 24 horas del día. Para ello, sería necesario un aumento en la formación y estrategias de normalización de la práctica como protocolos.

Otro de los problemas a tener en cuenta es el hecho de que su uso no quede reflejado en la historia clínica del paciente ⁽²⁴⁾, ya que no se le da visibilidad al problema y no se considera parte importante del tratamiento. Únicamente el estudio de Martín V et al. ⁽²⁶⁾ confirma el registro en el apartado de comentarios de enfermería en algo más de la mitad de los casos.

Los efectos adversos derivados de la CM se centran en consecuencias físicas (lesiones, hematomas...) y psicológicas (impotencia, desorientación o aumento de la agresividad). Acevedo M et al. ⁽²⁴⁾ refieren que estos efectos en el hospital son escasos y que aparecen una vez finalizada la hospitalización, mientras Pérez de Ciriza AI et al. ⁽²⁵⁾ tras las respuestas por parte de los pacientes y familiares, afirman que para la mayoría no tuvo repercusiones en el futuro. No obstante, sí reconocen el sentirse presos o agobiados, con rabia y sensación de falta de libertad o movimiento mientras se encontraban bajo su uso.

Para prevenir el uso de este tipo de restricción y evitar así en parte los efectos adversos provocados, existen otro tipo de alternativas como la

restricción farmacológica, psicológica, familiar o verbal. En el estudio de Martín V et al. ⁽²⁶⁾, fueron utilizadas la restricción verbal en el 100% de los casos y la farmacológica en el 48,2%. Sin embargo, no todo el mundo conoce este tipo de alternativas.

Pérez de Ciriza AI et al. ⁽²⁵⁾ confirmaron que si el personal de enfermería informaba sobre la razón del uso de la CM, pacientes y familiares estarían de acuerdo en aceptar estas restricciones.

Tras analizar el estudio de Suliman M et al. ⁽²⁷⁾, se puede llegar a la conclusión de que en general, el conocimiento que tiene la enfermería sobre la CM es insuficiente, y esta falta de conocimiento va ligado a una actitud negativa y a una mala práctica. Esto puede deberse a la falta de información en el personal sobre cuál es la mejor forma para asegurar la protección y seguridad del paciente ⁽²⁶⁾.

Todos los autores concluyen en la necesidad de protocolos que guíen el manejo de su uso y el empleo de otras alternativas, así como aumentar la dotación y la formación mediante programas de educación que mejoren el conocimiento y reduzcan la mala práctica.

Presencia familiar

Antiguamente existía una limitación para la presencia de familiares porque se afirmaba que las visitas causaban efectos negativos en la salud del paciente crítico por la complejidad de su situación. En los últimos años, las unidades de cuidados críticos han progresado notablemente, sin embargo, la restricción de visitas es una práctica que se mantiene constante en la mayor parte del mundo. Esto causa en los pacientes una sensación de abandono y sufrimiento mayor.

Hoy en día, se puede confirmar que éstas son beneficiosas, favoreciendo la pronta recuperación del paciente.

Los hospitales tienen diferentes protocolos de visitas que ellos mismos establecen, lo que facilita la comprensión de los familiares al saber de esta

forma, cuantas veces al día o cuantos familiares pueden visitar al paciente, como se refleja en el estudio de Morales RS et al. ⁽²⁸⁾.

La mayoría de centros hospitalarios estudiados, como Morales RS. ⁽²⁸⁾, Márquez M et al. ⁽¹⁶⁾ y Bautista LM et al. ⁽¹⁷⁾, tienen establecidos horarios similares (mañana y tarde), habiendo alguna que otra diferencia en el tiempo de visita o el número de familiares que pueden estar presentes al mismo tiempo. Mientras el número de visitas es el mismo, siendo 2 al día, el tiempo de cada una de ellas oscila entre 30 minutos y 1 hora, y los familiares permitidos varían de 1 a 3. En todos ellos no está permitida la entrada de niños.

En el Hospital Universitario de A Coruña (HUAC), el tiempo total de visita es de 2 horas diarias repartidas entre la mañana y la tarde, y a mayores cuentan con 15 minutos más por la mañana (7-7:15h) y 15 minutos más por la tarde (21-21:15h) con la finalidad de compatibilizar las visitas con los horarios laborales. Las personas permitidas son 2 por paciente y sin posibilidad de intercambiarse. Los menores de 14 años tienen prohibida la entrada.

Entidades internacionales de gran relevancia, como la *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations*, han lanzado una campaña para fomentar una política de visitas flexible, ya que se asocia a una disminución de la ansiedad y un aumento de la satisfacción familiar y del paciente.

El estudio de Vázquez M et al. ⁽²⁹⁾, muestra los diferentes factores internos y externos que afectan a la flexibilización. La justifica por varios motivos, siendo una de las razones más consensuadas el estado crítico del paciente. A ésta, le siguen otros como el ingreso fuera del horario de visitas, la realización de pruebas al mediodía, la espera del informe médico o la procedencia de la familia lejos del hospital ⁽²⁹⁾.

Por otro lado, el factor personal (creencias y actitudes) puede justificar el bajo porcentaje de flexibilización en algunos casos. Tal y como comentan

Anativia P et al. ⁽¹²⁾, Vázquez M et al. ⁽²⁹⁾ e Isaac M et al. ⁽¹³⁾, esto supone una alta carga laboral física y psicológica, además de considerar que la presencia del familiar retrasa la realización de los cuidados.

A pesar de esto, en general la mayoría de los profesionales reconocen la necesidad de una mayor flexibilización, y aquellos que en algún momento ampliaron el horario, afirman haberlo hecho basándose en su juicio clínico y en sus percepciones.

Esto es un hecho curioso porque la mayoría de las enfermeras creen que la decisión de ampliar el horario de las visitas no depende solo de este colectivo, y no son conscientes de que son ellas mismas las que modifican las pautas establecidas, bien restringiéndolas o bien flexibilizándolas.

En diferentes estudios se ha observado que en el momento de las visitas, el personal de enfermería tiene poco contacto con los familiares, dedicándose incluso a realizar otras tareas y no tenerlos en cuenta. En este sentido, la enfermera debe priorizar la humanización a la hora de organizar las visitas, con el fin de fortalecer la relación con los familiares ⁽²⁸⁾ y aprovechar este momento para conjugar una de las necesidades principales de la familia, la información sobre el estado de salud de su ser querido con el necesario respeto a la privacidad.

Finalmente, los autores afirman que la visita debe de tener la característica de flexibilidad en los horarios teniendo en cuenta las necesidades de cada familiar ⁽¹⁶⁾.

CONCLUSIÓN

Comunicación-información

La comunicación y la información tienen para el paciente y la familia un gran valor y por ello son consideradas como unas de las necesidades principales. La satisfacción familiar se basa en estas variables, por eso es importante aportar información adecuada, sencilla y comprensible.

Las diferentes habilidades y estrategias, permiten al paciente y a la familia recibirlas como un cuidado de calidad, pudiendo percibirlo de una manera

favorable o desfavorable. El apoyo psicológico debe ser considerado como algo positivo y adecuado para hacer frente a la crítica situación del miembro de la familia hospitalizado.

Sueño-ruido-luz

Los factores estresantes ambientales afectan negativamente a la calidad del sueño. Las medidas no farmacológicas empleadas han sido calificadas por los pacientes de manera positiva, pudiendo mejorar la calidad subjetiva de éste.

El personal de enfermería debe prevenir y minimizar estos factores durante la hospitalización del paciente en UCI y debe ser consciente de que en muchas ocasiones son ellos mismos los responsables de un foco de ruido que alteran el descanso del paciente.

Contención mecánica

La CM puede ser necesaria para proteger los instrumentos terapéuticos en el entorno sanitario y evitar la agitación de los pacientes. Sin embargo, es recomendable desarrollar nuevos métodos para evitar el uso de restricción física, tender a minimizar su uso y formar a los profesionales sobre las repercusiones legales y éticas de la técnica.

La propuesta de considerar el uso de la CM como prescripción enfermera debería tenerse en cuenta ya que son los que permanecen a pie de cama del paciente las 24 horas del día.

Presencia familiar/horarios

La política de visitas en la UCI es un tema que ha generado muchos debates. Si nos basamos en las recomendaciones de la Asociación Americana de Cuidados Intensivos, se puede concluir que lo ideal sería fomentar un horario de visitas más flexible, además de basarse en la comunicación y humanización para fomentar así un ambiente de seguridad durante la visita, y mejorar la satisfacción del paciente, familiar y personal sanitario, lo cual resulta en la calidad del servicio y ayuda en la recuperación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tejada A. El enfermo grave. Criterios de selección. Escalas de gravedad específicas. Filosofía general de la atención al paciente crítico. El enfermo crítico esté donde esté. Aragón: Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón; 2016. 1-9. <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos, estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso 12 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
3. Aguilar CR, Martínez C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina crítica (Colegio mexicano de medicina crítica) [Internet] 2017 [acceso 14 de enero de 2020]; 31(3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Revista Cuidarte [Internet] 2016 [acceso 15 de enero de 2020]; 7(2). DOI: 10.15649/cuidarte.v7i2.330.
5. Ayuso D, Colomer A, Herrera I. Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. Enfermería Intensiva [Internet] 2017 [acceso 15 de enero de 2020]; 28(3): 105-113. DOI: 10.1016/j.enfi.2016.10.006.
6. Gordon J, Chaitin E, Arnold RM. Communication in the ICU: Holding a family meeting [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2020 [acceso 21 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/communication-in-the-icu-holding-a-family-meeting#H1>
7. Bueno L, Fleita A. Interferencias en el patrón descanso-sueño de los pacientes ingresados en UCI. Ocronos-Revista médica y de enfermería [Internet] 2019 [acceso 18 de enero de 2020]. Disponible

- en: <https://revistamedica.com/interferencias-patron-descanso-pacientes-uci/>
8. Guillén F, Bernal M, García S, García MJ, Illán CR, Álvarez MC et al. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales. Enfermería Docente [Internet] 2013 [acceso 22 de enero de 2020]; 100: 34-39. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsi/tes/default/files/revistas/ED-100-09.pdf>
 9. Knauert MP, Haspel JA, Pisani MA. Sleep Loss and Circadian Rhythm Disruption in the Intensive Care Unit. Clin Chest Med. 2015; 36 (3): 419-429. DOI: 10.1016/j.ccm.2015.05.008.
 10. Rubio J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. Revista de Calidad Asistencial [Internet] 2017 [acceso 18 de enero de 2020]; 32 (3): 172-177. DOI: 10.1016/j.cali.2016.09.006.
 11. Tierraseca ME. No a las contenciones mecánicas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. En: 33 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2018. 90-92. <https://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/12.-Se-deben-utilizar....pdf>
 12. Anativia P, Farias D, Galiano MA, Quiroga N. Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. Aquichán [Internet] 2016 [acceso 24 de enero de 2020]; 16 (3): 340-358. DOI: 10.5294/aquí.2016.16.3.6.
 13. Isaac M, Randall J. Palliative care: Issues in the intensive care unit in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2020 [acceso 21 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-issues-in-the-intensive-care-unit-in-adults>
 14. Roche S, Reichheld A, Demosthenes N et al. Measuring the quality of inpatient specialist consultation in the intensive care unit: Nursing

- and family experiences of Communication. PLoS ONE [Internet] 2019 [acceso 10 de febrero de 2020]; 14 (4). DOI: 10.1371/journal.pone.0214918.
15. Abdalkarem F. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. Dove Medical Press [Internet] 2019 [acceso 3 de febrero de 2020]; 13: 465-473. DOI: 10.2147/PPA.S197769.
 16. Márquez M, Carrillo GM. La experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga (Colombia): un estudio fenomenológico. Archivos de Medicina (Col) [Internet] 2015 [acceso 13 de febrero de 2020]; 15 (1): 95-106. Disponible en; <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273840435010.pdf>
 17. Bautista LM, García YP, Medina LJ, Cruz KG. Family perception of humane care provided by health care personnel. Revista Ciencia y Cuidado [Internet] 2018 [acceso 5 de febrero de 2020]; 15 (2): 8-23. DOI:10.22463/17949831.1398.
 18. Dalla L, Stumpf P, Isdra C, Chaves C. Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. Enfermería Global [Internet] 2018 [acceso 27 de enero de 2020]; 52: 580-590. DOI: 10.6018/eglobal.17.4.307301.
 19. Hu R, Jiang X, Hegadoren KM et al. Effects os earplugs and eye masks combined with relaxing music on sleep, melatonin and cortisol levels in ICU patients: a randomized controlled trial. Critical Care [Internet] 2015 [acceso 8 de febrero de 2020]; 115 (19). DOI: 10.1186/s13054-015-0855-3.
 20. Bion V, Lowe AS, Puthuchearu Z, Montgomery H. Reducing sound and light exposure to improve sleep on the adult intensive care unit: An inclusive narrative review. Journal of the Intensive Care Society [Internet] 2018 [acceso 10 de febrero de 2020]; 19 (2): 138-146. DOI: 10.1177/1751143717740803.
 21. Pisani MA, Friese RS, Gehlbach BK, Schwab RJ, Weinhouse GL, Jones SF. Sleep in the Intensive Care Unit. American Journal of

- Respiratory and Critical Care Medicine [Internet] 2015 [acceso 26 de enero de 2020]; 191 (7): 731-738. DOI: 10.1164/rccm.201411-2099CI.
22. Yen S, Jyy T, Vivienne SF, Yuan S, Hsin H. Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* [Internet] 2011 [acceso 31 de enero de 2020]; 20 (3-4): 396-407. DOI: 10.1111/j.1365-2702.201003507.x.
23. Balci H, Arslan S. Nurses' Information, Attitude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. *Journal of caring sciences* [Internet] 2018 [acceso 31 de enero de 2020]; 7 (2): 75-81. DOI: 10.15171/jcs.2018.012.
24. Acevedo M, González MT, Solís M, Láiz N, Toraño MJ, Carrasco LF et al. Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enfermería Intensiva* [Internet] 2016 [acceso 12 de febrero de 2020]; 27 (2): 62-74. DOI: 10.1016/j.enfi.2015.11.003.
25. Pérez de Ciriza AI, Nicolás A, Goñi R, Regaira E, Margall MA, Asiain MC. Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enfermería Intensiva* [Internet] 2012 [acceso 5 de febrero de 2020]; 23 (2): 77-86. DOI: 10.1016/j.enfi.2011.12.004.
26. Martín V, Pontón C, Quintián MT, Velasco TR, Merino MR, Simón MJ et al. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet] 2012 [acceso 15 de febrero de 2020]; 23 (4): 164-170. DOI: 10.1016/j.enfi.2012.08.002.
27. Suliman M, Aloush S, Al-Awamreh K. Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint. *Nursing in Critical Care* [Internet] 2017 [acceso 18 de enero de 2020]; 22 (5): 264-269. DOI: 10.1111/nicc.12303.
28. Morales RS, Lastre G, Pardo A, De la Hoz M. Diagnóstico de la situación de las visitas a pacientes recluidos en unidades de

- cuidados intensivos. Revista internacional de Ciencias de la Salud [Internet] 2017 [acceso 24 de enero de 2020]; 14 (1): 16-24. DOI: 10.21676/2389783X.1739.
29. Vázquez M, Martín S, Rubio E, Labiano C. Aspectos clave que inducen a las enfermeras a la flexibilización de la política de visitas de las familias en una Unidad de Cuidados Especiales. Enfermería en Cardiología [Internet] 2017 [acceso 8 de febrero de 2020]; 24 (71): 72-78. Disponible en: https://campusaeec.com/wp-content/uploads/2017/10/71_06.pdf
30. Servicio Gallego de Salud, Consejería de Sanidad. Manual de Estilo de los profesionales del Servicio Gallego de Salud. Recomendaciones para una comunicación efectiva con el paciente [Internet]. Santiago de Compostela: Servicio Gallego de Salud, Consejería de Sanidad; 2014 [acceso 15 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.sergas.es/Calidade-e-seguridad-de-do-paciente/Documents/5/Manual_de_Estilo_Profesionales_cas%20de_finitivo%2029012015.pdf

ANEXOS

ANEXO I: SAPS

SIMPLIFIED ACUTE PHYSIOLOGY SCORE 3 (SAPS 3)

PARÁMETROS		RESULTADOS	PUNTOS
Edad (años)		<40	16
		40-59	21
		60-69	25
		70-74	29
		75-79	31
		≥80	34
Tiempo ingreso antes de UCI (días)		<14	16
		14-27	22
		≥28	23
Lugar ingreso antes de UCI		Quirófano	16
		Urgencias	21
		Otra UCI	23
		Otros (planta...)	24
Comorbilidad	Tratamiento antineoplásico	No	16
		Si	19
	Cáncer	No	16
		Si	27
	Cáncer hematológico	No	16
		Si	22
	Insuficiencia cardíaca NYHA IV	No	16
		Si	22
	Cirrosis	No	16
		Si	24
VIH	No	16	
	Si	24	
Drogas vasoactivas	No	16	
	Si	19	
Admisión UCI		Prevista	16
		Imprevista	19
Motivo de admisión en UCI	Cardiovascular	Aritmias	11
		Otras	16
		Shock hipovolémico	19
		Shock séptico	21
		Shock anafiláctico	21
		Otras	16
	Hepática	Fallo hepático	22
		Otras	16
	Digestiva	Otras	16
		Abdomen agudo	19
		Pancreatitis grave	25
	Neurológica	Convulsiones	12
		Otras	16
		Coma/delirio/agitación/confusión	20
		Focalidad neurológica	23
		Efecto masa intracraneal	26

Cirugía al ingreso en UCI	Programada	16	
	No quirúrgico	21	
	Urgente	22	
Localización de cirugía	Trasplante	5	
	Trauma / politrauma	8	
	Cardíaca	10	
	Otra	16	
	Neurocirugía: AVCA	21	
Infección aguda al ingreso en UCI	Nosocomial	No	16
		SI	20
	Respiratoria	No	16
		SI	21
Glasgow Coma Score	≥13	16	
	12-7	18	
	6	23	
	3-5	26	
Bilirrubina total (mg/dL)	<2	16	
	≥2 y <6	20	
	≥6	21	
Temperatura corporal	≥35	16	
	<35	23	
Creatinina (mg/dL)	1,2	16	
	>1,2 y <2	18	
	≥2 y <3,5	23	
	≥3,5	24	
Frecuencia cardíaca (lpm)	<120	16	
	≥20,000 y <50,000	21	
	≥160	23	
Leucocitos/mm ³	<15,000	16	
	≥15,000	18	
pH	>7,25	16	
	≤7,25	19	
Plaquetas/mm ³	<20,000	29	
	≥20,000 y <50,000	24	
	≥50,000 y <100,000	21	
	≥100,000	16	
Presión arterial sistólica (mm Hg)	≥120	16	
	≥70 y <120	19	
	≥40 y <70	24	
	<40	27	
pO ₂ (mm Hg) o pO ₂ /FIO ₂	pO ₂ ≥60 sin VM	16	
	pO ₂ <60 sin VM	32	
	pO ₂ /FIO ₂ ≥100 con VM	34	
	pO ₂ /FIO ₂ <100 con VM	38	

Mortalidad según SAPS 3

Puntuación	Mortalidad (%)
Hasta 21	0
22-44	1-10
44-52	10-20
53-57	20-30
58-62	30-40
63-67	40-50
68-72	50-60
73-78	60-70
79-86	70-80
87-96	80-90
91-112	90-95
113-159	95-99
160-229	100

ANEXO II: APACHE

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectal (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Pres. art. media (mmHg)	>159	130-159	110-129		70-109		50-69		<50
Frec. cardiaca (lpm)	>179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	<40
Frec. respiratoria (rpm)	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
Oxigenación									
Si FIO ₂ ≥ 0.5 (AaDO ₂)	499	350-499	200-349		>200				
Si FIO ₂ ≤ 0.5 (PaO ₂)					<70	61-70		56-70	<56
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Na plasmático (mmol/L)	>179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<111
K plasmático (mmol/L)	>6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina* (mg/dL)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos (x1000)	>39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Suma de puntos									
Total APS									
15- GSC									
Enfermedad crónica			Edad						
Preoperatorio programado	2		≤ 44	0	Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos edad (C)	Puntos enf. previa (D)	
Preoperatorio urgente o médico	5		45-64	2					
			55-64	3					
			65-74	5					
			≥75	6					
					Total de puntos APACHE II A+B+C+D = _____				

ANEXO III: SOFA

Score SOFA	0	1	2	3	4
Respiración^a PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) SaO ₂ /FIO ₂	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirubina (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
Cardiovascular^b Hipotensión	No hipotensión	PAM <70	Dopamina </=5 o dobutamina (cualquiera)	Dopamina >5 o norepinefrina </=0.1	Dopamina >15 o norepinefrina >0.1
SNC Score Glasgow de Coma	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o flujo urinario (mL/d)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 or <500	>5.0 or <200

La puntuación es la suma de todas las evaluaciones aisladas de los órganos. Una puntuación diferente de cero y menor de 3 se evalúa como

disfunción orgánica, mientras que puntuaciones superiores indican fallo orgánico.

ANEXO IV: ASA

Clase I	Paciente saludable no sometido a cirugía electiva
Clase II	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
Clase III	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
Clase IV	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
Clase V	Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.

ANEXO V: HUNT Y HESS

Grado	Criterios	Mortalidad perioperatoria (%)	Supervivencia
0	Asintomático, aneurisma no roto	0 – 5 %	
I	Asintomático o mínima cefalea, ligera rigidez de nuca	0 – 5 %	70%
II	Cefalea moderada a severa, rigidez de nuca sin déficit neurológico focal excepto parálisis de nervio craneal	2 – 10 %	60%
III	Somnolencia, confusión o defecto neurológico focal leve	10 – 15 %	50%
IV	Estupor, hemiparesia moderada a severa, posible rigidez de descerebración o trastornos vegetativos	60 – 70 %	20%
V	Coma, rigidez de descerebración, aspecto moribundo	70- 100%	10%

La expectativa de mortalidad es mínima con el grado I y máxima en el grado V.

ANEXO VI: FISHER

Grupo	HSA en el TAC
1	No se detecta sangre
2	Difusa o en capas verticales de < 1 mm de espesor
3	Coágulo localizado o capas verticales mayor o igual a 1 mm.
4	Coágulo intracerebral o intra ventricular con o sin HSA difusa.

Se puntúa de 0 a 4 (cuanto mayor más riesgo de isquemia cerebral tardía por vasoespasmo).

ANEXO VII: TIMI

Escala de Riesgo de TIMI para ¹ Angina Inestable	
Criterio	Puntaje
1) > 65a	1
2) ≥ 3 FRCV ²	1
3) Estenosis coronaria > 50%	1
4) Desviación del ST	1
5) ≥ 2 anginas las ult. 24h	1
6) AAS en los ult. 7d	1
7) CKMB o Tnl elevadas	1
Suma total	7
Interpretación	
AI de bajo riesgo	0-2
AI de riesgo moderado	3-4
AI de alto riesgo	5-7
² FRCV: HF <35a, HTA, DM, DLP, TAB.	
Pueden considerarse de riesgo moderado - alto a los pts que cumplan con el criterio 3 o 4 o 7 u otros 4 criterios TIMI ³	
¹ JAMA 2000;284:835-42	
² NEJM 2006;355(21): 2203-16	

Score de Riesgo TIMI para SCACEST	
<i>Antecedentes</i>	
Edad 65-74	2 puntos
>= 75	3 puntos
DM/HTA o Angina	1 punto
<i>Examen</i>	
PAS menor de 100	3 puntos
FC > 100	2 puntos
Killip II-IV	2 puntos
Peso < 67 kg	1 punto
<i>Presentación</i>	
Elevación ST anterior o BRI	1 punto
Tiempo de trat. > 4 hrs	1 punto
Score de Riesgo = Total	(0-14)

Score de Riesgo	Probabilidad de muerte por 30d*
0	0.1 (0.1-0.2)
1	0.3 (0.2-0.3)
2	0.4 (0.3-0.5)
3	0.7 (0.6-0.9)
4	1.2 (1.0-1.5)
5	2.2 (1.9-2.6)
6	3.0 (2.5-3.6)
7	4.8 (3.8-6.1)
8	5.8 (4.2-7.8)
>8	8.8 (6.3-12)

* Referenciado al promedio de mortalidad (95% intervalo de confianza)

ANEXO VIII: GLASGOW

Área Evaluada	Puntaje
Apertura Ocular	
Espontánea	4
Al estímulo verbal	3
Al dolor	2
Ninguna	1
Mejor Respuesta Motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Flexión normal	4
Flexión anormal (decorticación)	3
Extensión (descerebración)	2
Ninguna	1
Respuesta Verbal	
Orientada	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
Puntaje de escala=Respuesta verbal + Respuesta motora + ocular	
Mejor puntaje posible=15. Peor puntaje=3	
Se da puntaje a la "mejor respuesta".	