

Trabajo final de grado

GRADO DE ENFERMERÍA

Curso académico 2021-2022

Repercusiones psicológicas del paciente relacionadas con el proceso de ingreso en la unidad de cuidados intensivos

Revisión de la literatura

Alumna: Andrea Santos Torres asantosto@edu.tecnocampus.cat

Director: Josep Manuel Cancio Trujillo jcancio@tecnocampus.cat

Agradecimientos...

*A Josep Cancio director de este trabajo, por su seguimiento,
espaldarazo y ánimos transmitidos durante todo el proceso*

*Mis padres, mi hermana y mi pareja por la paciencia empleada y por
creer siempre en mí. Sin ellos, esto no hubiera estado posible*

Índice

Relación abreviaturas	4
Resumen – Abstract	5
1. Introducción	7
- Justificación	9
2. Objetivos	10
- Objetivo general	
- Objetivos específicos	
3. Metodología	10
4. Resultados y Discusión	15
5. Conclusiones	33
6. Implicación a la práctica profesional	34
7. Cronograma	36
8. Referencias bibliográficas	37
9. Anexos	43

Relación de abreviaturas

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

ICU: Intensive care units

CCFNI: Critical care family needs inventory

INEFTI: inventario de necesidades y factores estresantes de la familia en cuidados intensivos

MESH: medical subject headings

DECS: Descriptores en ciencias de la salud

SEMICYUC: Sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias

HADS: Hospital anxiety and depression Scale

STAI: State trait anxiety inventory

BDI: Inventario de depresión de Beck

VMNI: ventilación mecánica no invasiva

AVM Asistencia de ventilación mecánica

EEP: Escala de estrés percibido

IFEPP-UCI: herramienta identificar factores estresantes validez facial y validez contenido

Environmental Stress Questionnaire: Instrumento medir el grado de estrés y factores estresantes

Resumen

Introducción: Los avances científicos y tecnológicos que se han producido en las últimas décadas han dado lugar a una medicina altamente especializada, sobre todo en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde tecnología y eficacia se combinan para intentar salvar la vida de los pacientes graves. Dichos avances científicos se traducen en ruido de máquinas, sirenas, multitud de tubos y cables que limitan el movimiento y comunicación del paciente alterando el funcionamiento normal. En consecuencia, el ingreso en la UCI puede ser una experiencia muy estresante y puede provocar diversos grados de afectación emocional.

Objetivo: Conocer los diferentes problemas psicológicos y necesidades expresadas por los pacientes que requieren ingresar en la unidad de cuidados intensivos (UCI) como parte del proceso de tratamiento y control de recuperación.

Metodología: Revisión bibliográfica basada en estudios observacionales, descriptivos y transversales utilizando las bases de datos: Medline, Scielo, Cinahl y Dialnet. Realizado durante los meses de Enero a Junio del 2022, donde fueron seleccionados 22 artículos a partir de los criterios de selección establecidos.

Resultados: Las alteraciones psicológicas más citadas por los pacientes durante su estancia en la UCI son el estrés, la depresión, el insomnio y el síndrome llamado delirio, que en cuyo desarrollo se encuentran implicados factores estresores como el ruido e iluminación excesiva, factores fisiológicos como el dolor, tener sed o comunicación perturbada y la ausencia de familiares durante todo el ingreso.

Conclusiones: Las alteraciones psicológicas de los pacientes, pueden cronificarse llegando a desarrollar alteraciones psicoemocionales importantes. En este aspecto, los profesionales de enfermería tienen un gran papel en la detección precoz y posible intervención para evitar el desarrollo de dichas alteraciones.

Palabras claves: Unidad de cuidados intensivos, ansiedad, escalas de ansiedad, Trastorno psicológico.

Abstract

Introduction: The scientific and technological advances that have occurred in recent decades have given rise to a highly specialized medicine, especially in the intensive care unit (ICU), where technology and efficiency are combined to try to save the lives of patients with serious illnesses. you see. These scientific advances translate into noise from machines and sirens, a multitude of tubes and cables that limit the movement and communication of the patient, altering family life and altering the normal functioning of the entire family circle. Consequently, admission to the ICU can be a very stressful and can cause varying degrees of emotional affectation.

Objective: To know the different psychological problems and needs expressed by patients who require admission to the intensive care unit (ICU) as part of the treatment process and recovery control.

Methodology: Literature review based on observational, descriptive and cross-sectional studies using the databases: Medline, Scielo, Cinahl and Dialnet. Carried out during the months of January to June 2022, where 22 articles were selected based on the established selection criteria.

Results: The psychological alterations most cited by patients during their stay in the ICU are stress, depression, insomnia and the syndrome called delirium, whose development involves stress factors such as noise and excessive lighting, factors physiological such as pain, being thirsty or disturbed communication and the absence of family members during the entire admission.

Keywords: Intensive care unit, anxiety, anxiety scales, Psychological disorder.

1. Introducción

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir de un ingreso hospitalario, tanto el paciente como familiares se ven envueltos en un proceso en el que pueden acarrear diversas alteraciones emocionales. [1]

El hecho de que el ingreso se realice en la unidad de cuidados intensivos acentúa la aparición de dichas alteraciones emocionales como consecuencia a la adaptación forzosa a nuevas situaciones. Julia Beatriz, [2] doctora en psicología, explica que una gran parte del malestar de los pacientes no proviene directamente de la enfermedad sino de la experiencia subjetiva de la misma. Por ello, además de las necesidades físicas o biológicas estrictamente relacionadas con la patología que ha supuesto el ingreso a esta unidad, será preciso explorar necesidades a otros niveles que podrán afectar negativamente en el afrontamiento que el paciente hace de su ingreso en UCI y en definitiva en su bienestar.

Según el estudio de la psicóloga Raquel Tizziani [3] realizado en 2009 en el Hospital Vall d'Hebron (Barcelona), se observó que en las últimas décadas se ha producido un incremento sucesivo de la demanda de camas en UCI. Esto es debido a diversos **factores**: el creciente envejecimiento poblacional asociado a la mayor expectativa de vida y el avance científico tecnológico ocurrido en la medicina en los últimos tiempos.

En cuanto a la **procedencia**, la mayoría de los ingresos proceden de intervenciones quirúrgicas ya programadas, seguido de ingresos procedentes de la unidad de Urgencias y las menos frecuentes proceden de las unidades de hospitalización y derivaciones de otros centros. [3] [4]

En relación al **motivo** de ingreso, destaca el causado por Shock. Siendo el shock distributivo el más frecuente con un 60% de los casos, seguido del shock cardiogénico con un 30% y en último lugar el shock séptico siendo el 10%. El segundo motivo de ingreso es el de origen neurológico, donde destacan los Ictus, siendo el hemorrágico el más destacado, meningitis bacterianas y por último, los casos del síndrome de Guillain-Barré. La tercera causa de ingreso está constituida por los pacientes que requieren de un ingreso en UCI tras una intervención quirúrgica de alta complejidad. [4]

La Unidad de Cuidados Intensivos es una organización de profesionales sanitarios que presta una atención multidisciplinar en un área del hospital, con una serie de características funcionales, estructurales y organizativas adecuadas para atender a pacientes en estado crítico. El objetivo principal de los cuidados intensivos es proporcionar soporte vital, vigilancia intensiva y cuidados de enfermería intensivos durante las 24 horas del día de manera ininterrumpida a pacientes críticamente enfermos, postoperados y coronarios susceptibles de recuperación. [5]

En los últimos años, el desarrollo tecnológico y la mejora de la organización en la atención sanitaria de las Unidades de Cuidados Intensivos, ha supuesto una disminución de la tasa de mortalidad de los pacientes ingresados en estas unidades. ^[5]

Este nuevo enfoque, centrado en la tecnificación de la atención ha provocado que la **humanización** de los pacientes no sea la prioridad, quedando así en segundo plano. La doctora intensivista Dolores Escudero, ^[6] en el Hospital Universitario de Asturias, defiende que: “los pacientes son desvestidos física y metafóricamente, aunque están perfectamente identificados mediante una pulsera, son despersonalizados por el sistema olvidándose de sus necesidades emocionales y convirtiéndose en objeto de estudio”.

Por lo tanto, la unidad de cuidados intensivos se podría determinar con dos características simultáneas que la definen: por un lado, como un entorno técnico que ofrece esperanza en los momentos más críticos en relación a la hemodinámica del paciente, pero por otro lado, los paciente pueden sentirse en un lugar hostil, causando angustia y preocupación a nivel psicológico, sumando distrés muchos meses después del alta hospitalaria.^[7]

Por todo ello, se puede deducir que existen factores condicionantes a los que se expone el paciente en condiciones agudas y críticas de salud al ingresar en una UCI. Numerosos estudios hablan sobre qué factores estresores son desencadenantes de estrés percibidos por los pacientes en UCI. La enfermera Nuria Ayllón Garrido ^[8] coincide con los autores Abuatiq Dias y Dessotte Marosti ^[9] que los factores a destacar son: sed, dificultad/ imposibilidad para dormir, tubos en nariz o boca y no tener noción del tiempo, además de la pérdida de autonomía recalcada en todos los estudios encontrados.

Por otro lado, la evolución de la patología requiere una adaptación no solo del paciente sino de todo el núcleo familiar y esto puede llevar a conflictos e incluso malestar de la salud de los propios miembros familiares propiciados por falta de autocuidado. En base a ello, los enfermeros Olano y Vivar^[10] refieren que las familias no son meros visitantes en el entorno de la UCI, sino que también forman parte del proceso de atención y cuidado, por tanto, hablamos de la importancia de un enfoque de cuidados holístico que permita la adaptación tanto del paciente ingresado como de sus cuidadores.

- **Pregunta investigación**

Para formular la pregunta de investigación de este trabajo se ha seguido la estrategia PICO (Paciente Intervención Comparación Outcomes), este método se utiliza para redactar de manera correcta el planteamiento de la pregunta de investigación, haciéndola más específica por nuestra búsqueda bibliográfica. ^[11]

¿Sufren repercusiones psicológicas aquellos pacientes que requieren ser ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos?

- **Justificación**

Tras la lectura exhausta de toda la información relacionada con el tema escogido, se observa que durante el ingreso en la unidad de cuidados intensivos, los pacientes suelen desarrollar alteraciones psicológicas asociados paradójicamente a los procedimientos llevados a cabo por el equipo multidisciplinar de especialistas para lograr su total recuperación. ^[12]

Como futura enfermera me nace la inquietud de realizar una revisión de la literatura para aportar un aprendizaje personal y profesional y, a la vez, aumentar mi conocimiento sobre este tema. Los profesionales de la enfermería juegan un papel importante tanto en la detección precoz como en la intervención de dichas alteraciones psicosociales. Sin embargo, constituye un nuevo campo profesional pendiente de desarrollar.

Por ello, me gustaría emprender el desarrollo de una práctica profesional enfocada en la detección y prevención de dichas alteraciones psicológicas. Para que futuramente, pueda ser instaurada en la dinámica de las enfermas de la unidad de cuidados intensivos.

2. Objetivos

Objetivo principal

- Describir los resultados encontrados en la literatura científica sobre las alteraciones psicológicas del paciente en el ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Objetivos específicos

- Identificar las principales alteraciones psicológicas del paciente en el ingreso a una unidad de Cuidados Intensivos.
- Conocer cuáles son los factores estresantes desencadenantes de las alteraciones psicológicas del paciente hospitalizado.
- Percepción del familiar sobre la atención proporcionada por el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Conocer cómo es la valoración y manejo de estas alteraciones por parte del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

3. Metodología

- Diseño del estudio

Se realizará un estudio descriptivo retrospectivo de revisión de la literatura con el propósito de identificar todos los trabajos publicados sobre los diferentes problemas psicológicos y las necesidades manifestadas por los pacientes al ser ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Este estudio se realizará durante el periodo comprendido entre los meses de enero a junio de 2022.

La revisión bibliográfica se realizará en las siguientes bases de datos científicas: MEDLINE, CINAHL, Dialnet y Scielo.

Se usarán los descriptores del medical Subject Headings(MeSH) presentados en la tabla. **[tabla 1]**. Las palabras clave que se utilizarán son: trastorno psicológico (psychological distress), Factor estresante (Stressful abstract), humanización (Humanization) y enfermería de cuidados críticos (critical care nursing)

Se han utilizado los operadores booleanos AND y OR. Con la combinación de estos descriptores y palabras clave se han obtenido unas estrategias de búsqueda que darán respuesta a los objetivos del

trabajo [tabla 2]. Con la finalidad de aumentar la muestra, se realizará una búsqueda secundaria en las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados, aplicando también los criterios de inclusión y exclusión.

Mediante estas estrategias de búsqueda se obtendrán una serie de documentos que darán respuesta a los objetivos planteados.

[Tabla 1]: descriptores del medical Subject Headings(MeSH)

Términos MESH inglés	Términos MESH castellano
Intensive Care Unit / ICU	Unidad de cuidados intensivos / UCI
environment	ambiente
stress and anxiety	Estrés y ansiedad
Patient	Paciente
psychological effects	Efectos psicológicos
nursing care	Cuidado de enfermería
Stress, Psychological	Estrés, psicológico
patient centered care	Atención centrada en el paciente

[Tabla 2]: Estrategias de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos identificados	Artículos seleccionados	Artículos no seleccionados por criterios de exclusión
CINAHL	"Intensive care unit" [Mesh] AND "environment" [Mesh] AND "stress and anxiety" [Mesh]	53	5	48
	"Patient" [Mesh] AND "intensive care unit or icu" [Mesh] AND "psychological effects" [Mesh]	43	3	40
	"Nursing care" [Mesh] AND "patient centered care" [Mesh] AND "ICU" [Mesh]	61	3	58
PubMed	"Stress, Psychological/psychology" [Mesh] AND "Intensive Care Units" [Mesh] AND "Patients" [Mesh]	10	2	8
	"Psychological Trauma" [Mesh] AND "Intensive Care Units" [Mesh]	9	2	7
Scielo	"Unidad de cuidados intensivos" AND "enfermería" AND "psicosociales"	11	2	9
Dialnet	"Afectación emocional" AND "unidad de cuidados intensivos"	9	2	7
	Unidad de cuidados intensivos AND	50	3	47

	estrés y ansiedad			
--	-------------------	--	--	--

- **Población y muestra**

La población escogida para realizar este trabajo serán los artículos publicados relacionados con las alteraciones psicológicas del paciente en el ingreso a la unidad de cuidados intensivos en las diferentes bases de datos que se utilizarán. La muestra del trabajo se obtendrá tras aplicar unos criterios para la selección de los artículos y tras la realización de una lectura crítica.

- **Criterios de inclusión**

Se incluirán todos los artículos publicados en los últimos 10 años en lengua castellana e inglesa, englobando todo tipo de estudios (revisiones bibliográficas, estudios clínicos, meta análisis entre otros) centrados en la temática del estudio.

- **Criterios de exclusión**

Se excluirán todos aquellos artículos que tratan sobre los problemas psicológicos relacionados con el **alta** del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos y todas las **secuelas** a largo plazo que ello pueda acarrear.

La muestra final se obtendrá aplicando estos criterios en los trabajos encontrados mediante las diferentes estrategias de búsqueda.

- **Variables de estudio**

Las variables que se analizarán en este estudio se dividirán en cualitativas y cuantitativas.

La variables cuantitativas de los artículos que serán seleccionados son:

- Año
- País del estudio
- País de publicación
- Tipo de estudio
- Base de datos del documento

- Lugar de publicación
- Impact factor

Por otro lado las variables cualitativas que se analizarán son:

- Impacto psicológico: Consecuencias de un acontecimiento desde una perspectiva psicosocial.
- Factores externos: Aquellos que comportan un potencial peligro para la salud del paciente durante su estancia hospitalaria.
- Intervención de enfermería : Según la International Council of nurses, son los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas^[12]

- **Método de recogida de datos**

La recogida de los datos de la muestra se realizará mediante una tabla descriptiva que recogerá las variables cuantitativas y cualitativas de los documentos revisados. En esta tabla, se resumirán todos los artículos de la muestra y se describirá: Título, el país donde se ha realizado el estudio y donde se ha publicado, el tipo de estudio, la base de datos científica donde se ha obtenido el documento, y el factor de Impacto. Además, se detectará que variable cualitativa se describe en cada uno de los artículos de la muestra . Estas variables cualitativas son: impacto psicológico, factores externos y cuidados enfermeros.

En el análisis y recogida de los datos se empleará el programa Excel, aplicación de Microsoft Office 2019.

Para el análisis de dichos datos, se realizarán gráficas ilustrativas que muestren los artículos de la muestra por año de publicación, el país donde se han realizado los estudios y la medida del factor de impacto. También se mostrará mediante gráficas los artículos relacionados con cada tipo de variable cualitativa del trabajo, para saber cuántos artículos están relacionados con el impacto psicológico, factores externos y cuidados enfermeros.

- **Aspectos éticos**

Esta revisión de la literatura no vulnera ningún aspecto ético, ya que la muestra del trabajo se compondrá de diferentes artículos y trabajos. El estudio se realizará de acuerdo con los principios éticos que se derivan de la declaración de Helsinki.

- Limitaciones

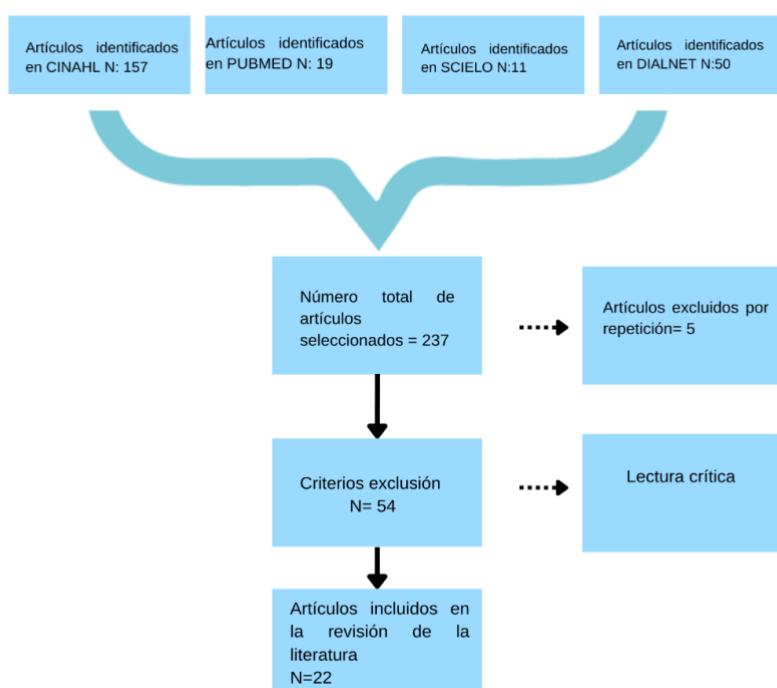
La limitación del estudio ha sido el acceso a aquellas publicaciones que no tenían texto completo. Por ello, la búsqueda se ha realizado desde la Escuela Superior de Ciencias de la Salud Tecno Campus, para poder acceder a un mayor número de publicaciones.

4. Resultados y discusión

Tras la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 237 artículos, de los cuales se seleccionó 54 de ellos, que cumplían con los criterios de inclusión. Después de la lectura en profundidad de los artículos, se eliminaron 32 de estos por no cumplir con las expectativas iniciales y por repetición, quedando con una muestra final de 22 artículos para la revisión bibliográfica.

En el siguiente diagrama de Flujo [figura 1] se especifica la descripción del proceso de selección de los artículos.

- Diagrama de flujo:



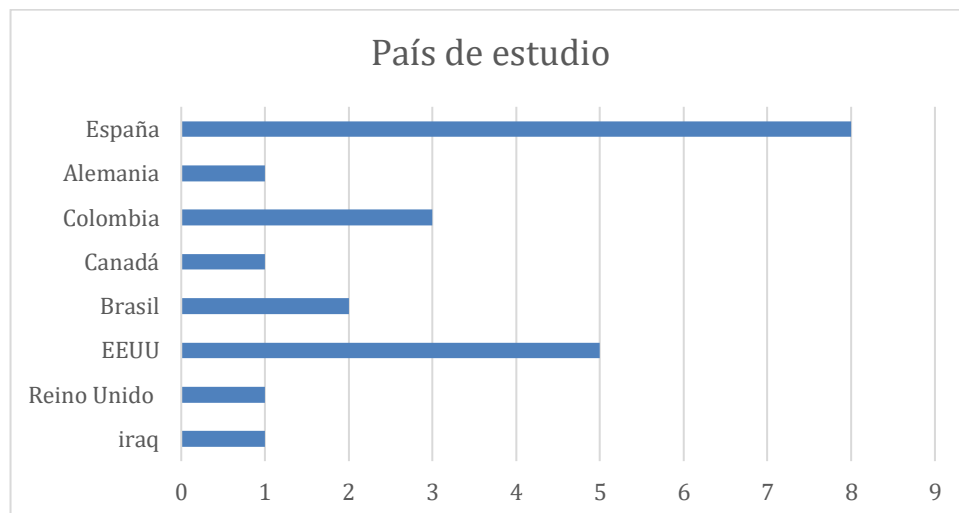
Al analizar los resultados se observa que los periodos de mayor publicación se encuentran entre los años 2013 y 2016, siendo el año 2016 el que más artículos se publicaron, seguido de 2015, con 4 y 3 artículos publicados respectivamente.

Gráfico 1: Artículos por año de publicación:



En cuanto al país de publicación, España (8 artículos) y EE.UU (5 artículos) son los principales países donde se han realizado más estudios sobre las afectaciones psicológicas del paciente en relación al ingreso en la unidad de Cuidados Intensivos, aunque cabe destacar los estudios Colombianos (3artículos). [gráfico 2]

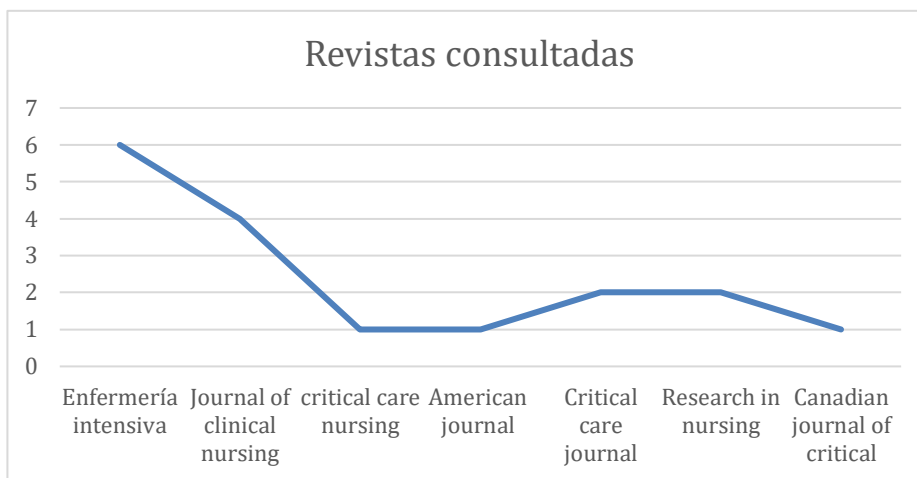
Gráfico 2. Artículos por país de estudio:



En referencia a la bibliografía consultada tal y como se plasma en la figura 3, la revista en la cual recoge un mayor número de publicaciones es: Enfermería Intensiva(60%), seguido por Journal of Clinical Nursing (30%) y Critical Care Nursing. (10%)

Por contrapartida, hay diferentes revistas que han proporcionado un menor número de bibliografía, como es el caso de: American Journal of Crittical Care, Journal of Research in Nursing, equivalente al 10%.

Figura 3: Revistas consultadas:



Respecto al diseño de estudio de los documentos analizados, 12 de los estudios (56%) corresponden a estudios observacionales, 5 de los estudios, siendo el 22%, son tesis doctorales, 4 de los estudios (16%) equivalen a revisiones bibliográficas y finalmente solo se ha encontrado 1 estudio experimental, siendo el 5% [Gráfico 4]

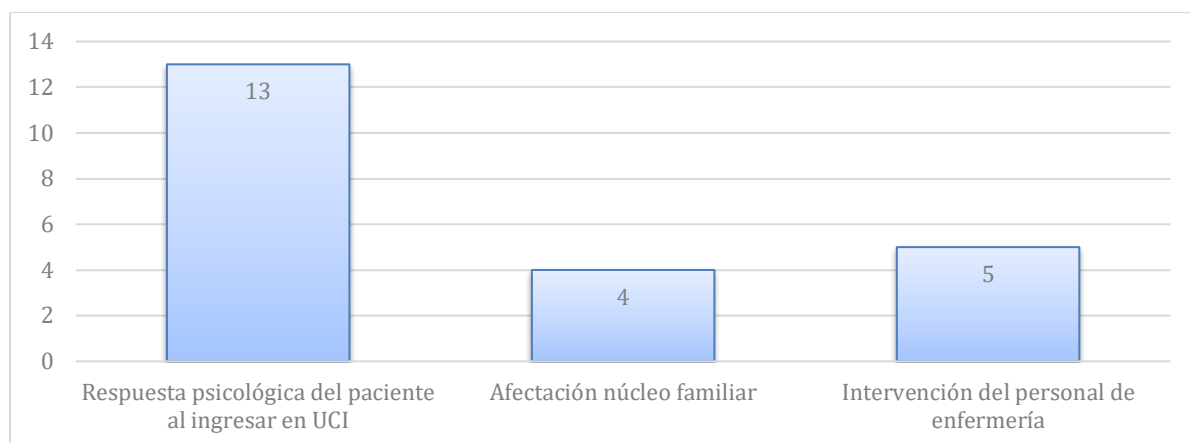
Gráfico 4 Diseño de estudio:



En relación al Impact Factor, el resultado obtenido es de bajo alcance, por lo tanto no se considera relevante hacer referencia a ello.

Con el objetivo de dar respuesta a los objetivos específicos planteados, se han agrupado los estudios en relación a las variables escogidas: Respuesta psicológica del paciente al ingresar en UCI (13 artículos), Afectación núcleo familiar (4 artículos) y por último la intervención del personal de enfermería (5 artículos). [Gráfico 5]

Gráfico 5. Clasificación según variables



Tras el análisis de los estudios seleccionados, se han determinado dos variables sociodemográficas. En relación al **género**, la muestra revela mayor incidencia del sexo masculino sobre el sexo femenino, siendo 2:1. Por otro lado, en relación a la media de **edad**, mayoritariamente en un 70%, los pacientes eran >50 años.

Con el fin de dar respuestas a todos los objetivos específicos planteados, los resultados y discusión se estructurarán por apartados:

Objetivo1: Identificar las principales alteraciones psicológicas en el ingreso a una unidad de Cuidados Intensivos

Los resultados de la búsqueda literaria muestran una patrón de similitud hacia la aparición **de ansiedad y depresión** como las alteraciones psicológicas mas destacadas.

Expone sobre ello, Beatriz Gil^[27] en su estudio << Afectación emocional asociada al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos>>, el cual pretende conocer el grado de afectación de la ansiedad y depresión en pacientes ingresados en UCI. Para ello, fueron seleccionados 40 pacientes ingresados entre edades comprendidas de 22-82 años, 50% mujeres y 50% hombre. Los cuales fueron evaluados mediante las siguientes escalas: Escala de Ansiedad y Depresión (HADS), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Estado de ánimo y por último, Escala de Factores Estresantes de la UCI.

Los resultados obtenidos mediante la escala HADS muestran que el 37,5% de los pacientes tenían puntuaciones, de ansiedad y depresión respectivamente, lo cual es indicativo de probable problema clínico. Concretamente las puntuaciones son superiores en el caso de las mujeres 70% contra el 30% en el caso de los hombres.

De la misma manera, mediante el BDI se complementaron los datos de depresión obtenidos en la escala HADS. Los resultados mostraron que un 17% de los pacientes tenían puntuaciones indicativas de depresión moderada y un 3% puntuaciones indicativas de depresión grave.

Por último, realizaron un cuestionario en el que los pacientes mostraban su “percepción subjetiva de malestar emocional”. El resultado reflejó malestar emocional general en un 24,3%, síntomas de ansiedad en un 13,5% y ánimo deprimido en un 8,1%.

El autor Dziadzko et^[23] en su estudio << el trauma psicológico agudo que supone necesitar ventilación mecánica no invasiva>> plasma un resultado similar, reportando altos niveles de estrés. Para la muestra, participaron 50 pacientes que recibieron + de 48h con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) de forma ininterrumpida utilizado entrevistas estructuradas como método de recogida de datos.

Los resultados confirman que el 70% de los pacientes manifestó sufrir **ansiedad**, sobretodo las primeras horas de la colocación de la VMNI, ya que los pacientes asociaban dicha ansiedad al miedo a

la muerte, empeorando la hemodinámica del paciente. Un 38% de ellos, asociaba la ansiedad a continuos estímulos externos que derivaban a ansiedad y mal estar general. Los estímulos más destacados por los pacientes estudiados fueron: Ruido, luz continua y procedimientos invasivos.

Una vez afirmada la presencia de ansiedad y depresión como principales alteraciones psicológicas con una prevalencia del 60%, el autor Ahmed ^[13] quiso ponerle remedio realizando un estudio experimental, con el fin de atenuar dichas alteraciones. Para ello, planteó la utilización de sonidos basados en la naturaleza durante 20 minutos al día, para atenuar los altos niveles de ansiedad en pacientes con soporte de ventilación mecánica no invasiva. Se realizó un ensayo controlado aleatorizado donde participaron 60 pacientes de edades comprendidas entre 18 y 65 años. Para su análisis se utilizó la escala de evaluación de comportamiento de agitación, el inventario de ansiedad de Beck y variables tangibles (Constantes Vitales). El resultado concluyó reconocer la valía de los sonidos basados en la naturaleza suponiendo una disminución y estabilización de las constantes vitales del paciente en un 45% de los pacientes estudiados. La escala de evaluación y agitación revela que > del 50% de los pacientes estudiados en situaciones “iniciales de ansiedad”, la musicoterapia en conjunto a pensamientos positivos supone una resolución y reconducción a un estado de bienestar para el paciente. Pero en relación a estados de agitación elevada y “crisis ansiosas”, la utilización de musicoterapia queda descartada, ya que se ha demostrado que lleva a más agitación y estados más ansiosos. Por último, los resultados del inventario de ansiedad de Beck afirman la presencia de estrés en pacientes con requerimientos de utilización de VMNI, el 60% de los pacientes la consideran una ansiedad moderada, el 30% de los pacientes la consideran ansiedad severa y solo el 10% de los pacientes afirma ser una situación de baja ansiedad.

Por lo tanto, la ansiedad es una respuesta ante un peligro inminente o la percepción del mismo, se confirma que el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos incita a pensar en la muerte o en posibles complicaciones fisiológicas que pueden desencadenar de igual manera a la muerte, generando una alerta y activación del sistema nervioso. Sin embargo, se convierte en un problema cuando se vuelven demasiado intensas o desproporcionadas a los estímulos que las desencadenan, llevando a depresión, que en muchos casos persiste tras el alta hospitalaria. ^{[13][14][27]}

En un segundo plano, tras la lectura de la literatura seleccionada, se observa la presencia de **alteración del sueño**, resultado de estados de ansiedad prolongados que desencadenan a una activación prolongada del sistema nervioso.

Navarro y García^[30] Autores del estudio <<Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardíaca>>, obtuvieron resultados definitivos sobre el descanso nocturno de los pacientes

hospitalizados en la UCI. Para ello, se utilizó una muestra de 66 pacientes (73% hombres y 27% mujeres) con edades comprendidas entre los 25 y 83 años utilizando el cuestionario de Richards – Campbell como método de estudio. Los resultados mostraron que el 31,8% de los pacientes durmió mal, el 33,3% durmió regular y el 34,8% refirió dormir bien. Destacando los ítems “conciliación inicial del sueño” y “profundidad del sueño” siendo la puntuación mas votada por los pacientes. Además afirma la presencia de factores estresantes condicionantes para el buen descanso, siendo en primer lugar el dolor y en segundo lugar factores ambientales.

En relación a estudios mas recientes el autor George Wilson(2020),^[15] realizó un estudio observacional con el fin de comparar la calidad del sueño al ingreso en la UCI VS el descanso previo a la entrada a la unidad, utilizando como método de estudio la escala Likert. Los resultados determinaron acortamiento del sueño en el 90% de los pacientes, disminución de la fase REM en un 60% y ausencia de la fase REM en un 10% de los pacientes durante la primera noche en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Por lo tanto el descanso en la UCI se caracteriza como “**sueño superficial**”, expresando no ser suficientemente eficiente y reparador, aumentando el sueño ligero y predominio de sueño al largo del día. Todo y por ello, los resultados de los estudios seleccionados determinan que mayoritariamente el 60% de los pacientes afirman haber dormido bien durante su estancia en la UCI.

[18]

Los principios básicos de atención de la UCI son proporcionar comodidad, para mejorar la tolerancia del medio ambiente de la UCI, y para proporcionar alivio de la angustia sufrida. Esto a menudo se logra a través de identificar y corregir factores predisponentes y precipitantes, aplicando medidas farmacológicas para inducir al descanso y alivio del paciente. La manera conocida ,hasta el momento, es el uso de fármacos pseudoanalégesicos. La inadecuada o excesiva sedación pueden resultar en respuestas fisiológicas adversas asociadas con morbilidad. [2]

Para un buen abordaje del sueño, se recomienda un enfoque multidisciplinar, que englobe medidas farmacológicas y no farmacológicas. Los tratamientos farmacológicos utilizados en la Unidad de Cuidados Intensivos inducen a efectos secundarios no deseados. En relación a ello, autores como Saiz Vinuesa ^[32] desean conocer si existen medidas alternativas a las tradicionales, pero desgraciadamente los resultados obtenidos muestran que hasta el momento, no existen estudios con resultados certeros en técnicas no farmacológicas para la mejora del descanso de los pacientes hospitalizados en UCI,

quedando como primer recurso el uso de fármacos para conseguir el descanso nocturno de los pacientes.

La última alteración psicológica encontrada por la literatura es el Síndrome de Cuidados Intensivo o también llamado delirio.

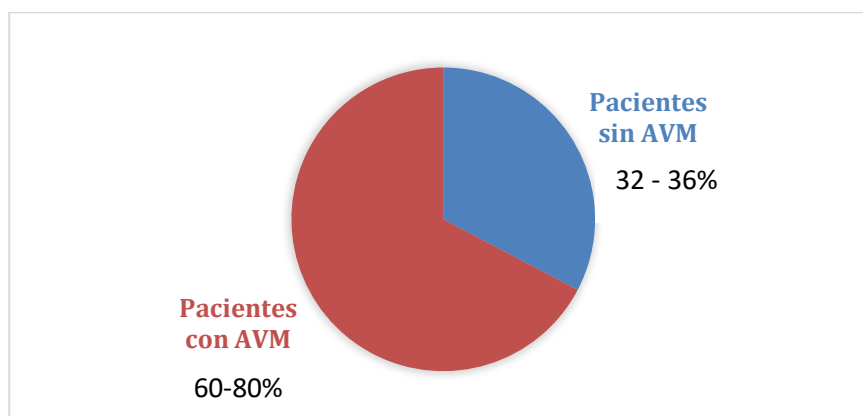
El delirio se caracteriza por la aparición de alteraciones de conciencia y de las funciones cognitivas, además se presenta con un comienzo agudo y un curso fluctuante.

Los mecanismos patogénicos del delirio todavía no se comprenden bien y continúa siendo un problema controvertido. Sin embargo, el desarrollo del síndrome parece depender de una compleja interacción entre los problemas psicológicos previos de los pacientes, el trauma psicológico infligido por la enfermedad, el estrés inducido por el ambiente y el tratamiento y cuidado de la UCI. [27]

Este síndrome se asocia a un aumento en la estancia en la UCI, el uso y necesidad de medicación sedante y a la vez de mayores requerimientos de Asistencia de ventilación mecánica (AVM). El resultado obtenido del estudio << nuevo enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos >> muestra la incidencia del síndrome en pacientes críticos. Aproximadamente entre el 32-36% de los pacientes ingresados en la UCI padecen delirio frente entre 60-80% de los pacientes ingresados en la UCI que requieren AVM padecen delirio. [34]

Para la obtención del resultado se realizó un estudio epidemiológico retrospectivo donde participaron 2127 pacientes donde la mediana de edad era de 62 años los cuales el 52% eran hombres y 48% mujeres. [34] [Gráfico 9]:

Gráfico 6. Síndrome de Cuidados Intensivos:



Por otro lado, Jorge IF Salluh et ^[33] realizaron un metanálisis de estudios publicados hasta el año 2015 donde se identificó delirio en 5.280 de 16.595 (31,8 %) pacientes en estado crítico notificados en 42 estudios. En comparación con los pacientes de control sin delirio, los pacientes con delirio tuvieron una mortalidad significativamente mayor durante el ingreso así como una mayor duración de la ventilación mecánica y de la estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Así pues casi un tercio de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos desarrollan delirio aumentando el riesgo de morir durante el ingreso, presentar estancias más largas en el hospital y deterioro cognitivo después del alta.

Por lo tanto, la literatura encontrada se refiere a las siguientes alteraciones psicológicas como las más padecidas por los pacientes al ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos:

Principales alteraciones psicológicas del paciente
<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad• Depresión• Insomnio• Delirio

Objetivos 2: Conocer cuales son los factores estresantes desencadenantes de las alteraciones psicológicas del paciente hospitalizado

Para el desarrollo de las alteraciones psicológicas sufridas por el paciente se necesita la existencia de un factor estresante o estresor. Estos pueden presentar diversas características en la causa del estrés, pero el cuerpo se manifiesta de la misma manera. ^[11]

Tras la lectura de los artículos seleccionados, todos señalan cuatro grandes categorías de factores estresantes en la perspectiva de los pacientes ingresados en UCI:

- ambiental
- fisiológica
- emocional/psicológica
- social

En la categoría **ambiental** uno de los factores a destacar es el **ruido**. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el nivel de ruido intrahospitalario saludable debe rondar los 30 decibelios, no

obstante, la OMS afirma que en la Unidad de Cuidados Intensivo debería ser mas bajo, ya que interfiere en el descanso y recuperación del paciente. [13]

La investigación desarrollada por Ayllón et [28] describen la UCI como un lugar ruidoso. El estudio se desarrolló en la Unidad de Cuidados intensivos ubicada en el Hospital de Santa Marta(Colombia), donde se empleó un sonómetro de forma continua durante 20 días. Tras la recogida y análisis de los datos, el resultado muestra claramente registros superiores a los sugeridos por la OMS, llegando a niveles de hasta 75 decibelios en horario diurno, no obstante los parámetros obtenidos durante el horario nocturno no son tan elevados, rodando los 50 decibelios. Por otro lado, los pacientes hospitalizados durante el periodo de estudio, afirman como principales fuentes de ruido los equipos biomédicos(bombas de perfusión, monitores y respiradores).

Otro de los factores ambientales mencionados en la literatura y repetidos en numerosos estudios es la constante e irradiante **iluminación**. Cuidar la iluminación para mantener el ritmo circadiano debe ser una prioridad para fomentar la estabilidad psicológica de los pacientes ingresados en la UCI. Habla de ello Alejandro Bosch ET [21] en su estudio << Factores ambientales de luz y ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos>>. Para la medición de luz ambiental se empleó un luxómetro durante 6 días y los valores de referencia utilizados fueron la normativa europea para iluminación de interiores (UNE 12464.1). Los resultados muestran que las determinaciones diurnas empleadas cumplen con los estándares establecidas, pero a diferencia, las nocturnas lo superan aconsejando limitar el uso de luz nocturna únicamente a procedimientos estrictamente necesarios.

Ambos factores ambientales (ruido y iluminación), provocan al paciente ingresado alteraciones del patrón del sueño, desencadenando un estado de estimulación simpática y sobreexcitación no beneficiosa para la recuperación y mejora del paciente. Navarro – Garcia et [30] en su estudio <<la calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardíaca>> deja bien claro que los factores ambientales son claros condicionantes sobre el descanso nocturno, no obstante afirma que el dolor es el principal factor estresor.

Es interesante destacar que son los aspectos fisiológicos los que mas preocupan a los pacientes, quienes en general, no reconocen como generadores de estrés el ruido u otros factores ambientales.

En relación a la **categoría fisiológica**, la autora Ruiz Berrio[20] quiso conocer cual era la percepción de los pacientes sobre los eventos estresantes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Para ello, la muestra se compuso de 200 pacientes ingresados en esta Unidad de los cuales el 43% eran de sexo femenino

y el 56% sexo masculino, con un promedio de 60 años. Se utilizaron entrevistas y cuestionarios estructurados para la medición que posteriormente se utilizó el análisis K-means con el fin de crear grupos de individuos con características en común. Los resultados obtenidos exponen como principales factores estresantes: **Tener dolor** (ítem más votado, 81%), **la imposibilidad de movilización** (ítem mas votado “ permanecer en la misma posición”) y por último la **comunicación perturbada** alterada por la utilización de VMNI destacando “ tener sed” y “ no poder comunicar” como los ítems mas votados.

Esto se correlaciona con lo encontrado en el estudio realizado por Cano Arana ^[22] en donde su principal hallazgo definía el **dolor**, la incapacidad para dormir y las preocupaciones económica como principales factores estresantes. La muestra estuvo constituida por 70 pacientes hospitalizados en la UCI durante mínimo 48h y por 70 enfermeras a 40h semanales, utilizando el cuestionario Enviroment Stressors graphic (ESQ) como método de recogida de datos fiable.

Obtiene el mismo resultado, Beatriz Gil ^[28] reconociendo como potentes estresores aquellos relacionados directamente con las consecuencias directas de la propia enfermedad donde destaca el **dolor** como principal factor estresante. Es por ello, que el factor estresante “ tener dolor” compromete de forma directa con el estado emocional del paciente induciendo a la aparición de ansiedad y agitación psicomotora.

Contrariamente a los estudios nombrados hasta ahora, el “ Sentir dolor” no fue una de las principales quejas de los pacientes estudiados en el Hospital de Sau Paulo (Brasil). Fernandes da Cruz Silva et ^[25] en un estudio descriptivo compuesto por 16 pacientes y 50 colaboradoras de enfermería mediante entrevistas estructuradas, obtuvo el resultado de que los factores mas estresantes de los pacientes tenían que ver con **alteraciones emocionales/ psicológicas**. Entre las cuales, las mas destacadas son: quedarse mirando el techo; no tener privacidad; no saber en qué día está, y escuchar los gemidos de otros pacientes.

Por lo tanto se observa que los pacientes conscientes y orientados ingresados en la UCI se enfrentan a momentos de **soledad** y angustia privados de la autonomía de la que disfrutaban hasta el ingreso a la UCI. ^[29]

Para finalizar, la última categoría nombrada por la literatura es la **alteración social** que se relaciona directamente con la ruptura de los roles del paciente al entrar a la UCI. En relación a ello, Goding et ^[19] argumenta que la implantación de una política menos restrictiva, en relación a los horarios de visitas, supondría un incremento en la satisfacción de las necesidades, llevando a una disminución de

la ansiedad, agitación, confusión y estrés, Así como un incremento en la sensación de aprecio y seguridad percibida por el paciente.

En la siguiente tabla se clasifican los factores estresores mas nombrados por la literatura agrupados en categorías y las alteraciones que pueden desencadenar al paciente hospitalizado en UCI: [18] [29][27][20]

Categoría	Factor estresor	Alteración del paciente
Ambiental	<ul style="list-style-type: none">• Ruido• Iluminación	Alteración del sueño
Fisiológica	<ul style="list-style-type: none">• Dolor• Movilidad reducida• Comunicación verbal perturbada	Estrés Ansiedad
Emocional	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de autonomía• Falta de atención	Estrés Ansiedad
Social	<ul style="list-style-type: none">• Soledad	Delirio

Objetivo 3: Percepción del familiar sobre la atención proporcionada por el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos

Existen numerosas publicaciones que revelan que el grado de satisfacción del familiar del paciente es elevado, siendo de mejor valoración la atención proporcionada por el personal de enfermería.

Pone ejemplo de ello, Emily Rodes et ^[18] en su estudio sobre <<la percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados en UCI>>. La muestra incluyen las familias de 273 pacientes con parentesco familiar de conyugue (45%), hijos (32.5%), hermanos (17,5%) y otros (5%) que corresponden a familiares allegados.

Sus resultados se estructuran en 3 ítems:

En relación al **apoyo emocional** aportado por el personal de enfermería, se obtuvo una percepción favorable del 35,25 % correspondiente a que la enfermera aprovecha las ocasiones para dar ánimo a los familiares, tranquilizar a los familiares con palabras de aliento, y cuando el familiar conversa con

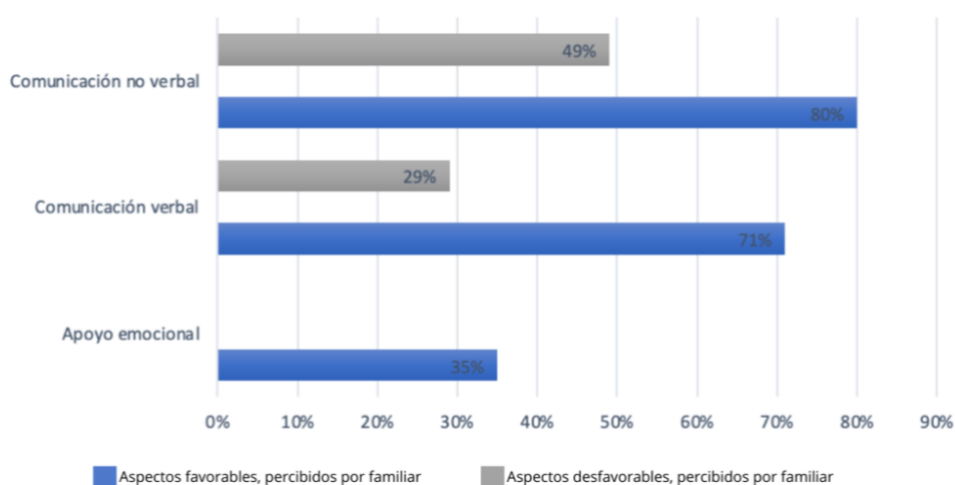
el personal de enfermería sobre su preocupación o aflicción muestra interés.

Estando de acuerdo con lo expuesto Yazdani-Charati (2016) ^[29], afirmando que el personal sanitario se preocupa por el paciente y centra sus cuidados no meramente en la recuperación física sino en la recuperación holística de paciente.

En relación a la **comunicación verbal** del personal de enfermería, se logró identificar que el 71% contempla una percepción favorable. Sin embargo, el 29% de los familiares entrevistados destaca aspectos desfavorables como ; no conversar con los familiares, no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su paciente crítico, y no responden de forma cortés a las preguntas de los familiares. Comparado con el estudio realizado por Ayuso - Murillo et ^[14] determinan que las habilidades sociales de comunicación en enfermeras de UCI son notablemente inferiores a lo encontrado en enfermeras de Hospitalización, considerando clave realizar actividades de mejora para desarrollar mejores habilidades sociales de comunicación.

El último ítem estudiado, determina la percepción de la **comunicación no verbal**. Un 80% tiene una percepción favorable correspondiente a que la enfermera los mira de forma cálida al responder cualquier inquietud, que demuestra paciencia en la explicación de los procedimientos, y a que las enfermeras saludan a los familiares cuando estos llegan a la UCI y hablan con ellos de una forma cordial y serena. Pero el 49% de los familiares refleja una percepción desfavorable e indiferencia del personal de enfermería frente a este tipo de comunicación no verbal, evidenciando actitudes como: fruncir la frente cuando el familiar pregunta en varias ocasiones, se muestran molestas o muy ocupadas para atender los familiares, o cuando estos preguntan repetidamente los mismo y en algunas ocasiones los familiares perciben que son recibidos con una expresión indiferente. ^[18]

Gráfico 7: Grado de satisfacción del familiar percibida por el equipo de enfermería:



La literatura científica encontrada hasta ahora, determina que el ingreso de un ser querido a la unidad de cuidados intensivos supone un evento estresante para los familiares. En este contexto, los familiares experimentan unas necesidades específicas las cuales, si son identificadas y satisfechas por el personal de enfermería, la percepción de esta vivencia será menos negativa, disminuyendo la carga psicológica. ^{[16][17]}

En relación a ello, Padilla et ^[17] realizaron un estudio descriptivo donde intervinieron 250 familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Montréal, utilizando el “Critical care family needs inventory” como método de estudio. El resultado obtenido determinó como necesidades más relevantes para los familiares la **necesidad de información y seguridad**. El recibir respuestas honestas por parte del equipo de enfermería, saber el pronóstico del paciente y sentir que el personal se preocupa por el paciente han sido descritas como las más importantes. Por el contrario, las necesidades relacionadas con el apoyo y la comodidad, en especial las de soporte espiritual, se reportan como de menor importancia relativa.

Aliberch Raurell et ^[28] concluyen que la **necesidad de información** es la de mayor importancia para las familias. Los familiares demandan explicaciones sobre el estado de salud de su ser querido pero también sobre lo que está ocurriendo alrededor del paciente, la falta de una comunicación efectiva con las familias del paciente en UCI precipita a sentimientos de preocupación, ansiedad, frustración, soledad, desánimo, enfado, tristeza y miedo.

Asimismo, Al-Mutair et ^[29] identificaron prioritarias además de la necesidad de información, la **necesidad de proximidad y de confianza**. En relación a la necesidad de proximidad está relacionada con el rol que tienen los familiares en la UCI. Dicho rol se ve afectado por los horarios restrictivos de visita en la UCI y por el papel pasivo que ocupan los familiares, ya que no pueden intervenir en ningún proceso de cura del paciente. Gooding et ^[19] sugieren que la participación de los miembros de la familia en las actividades diarias de la UCI y la prestación de cuidados hace que sea más fácil para ellos la adaptación, suponiendo menor afectación psicológica tanto para el paciente como para el familiar.

Por lo tanto, todo lo encontrado en la literatura hasta ahora lleva a identificar las necesidades, destacando como prioritaria la necesidad de información. Pero la prioridad debería ser conocer como satisfacer dichas necesidades, para hacer de la hospitalización en la UCI una experiencia mas llevadera por los familiares.

Objetivo 4 : Conocer cómo es la valoración y manejo de estas alteraciones por parte del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos

Tras conocer que alteraciones sufren los pacientes al ser ingresado en la UCI y los factores estresantes que las desarrollan , el personal de enfermería juega un papel crucial en la detección de dichas alteraciones, así como una adecuada intervención para aliviarlas.

En esta línea de investigación Moser et al.^[25] propusieron identificar los indicadores clínicos que la enfermería de la UCI considera atributos definitorios de la ansiedad en los pacientes críticos, y conocer las intervenciones que realizan para aliviar la ansiedad en estos pacientes. Para la muestra intervinieron + de 2000 profesionales de la enfermería trabajadores en la UCI, utilizando entrevistas estructuradas y la escala de estrés percibido (EEP) para la obtención de resultados. Finalmente, se confirmó que el 70% de los pacientes refería ansiedad en el ingreso a la unidad y los factores estresantes mas destacados por las enfermeras eran aquellos de origen fisiológico, donde destaca el dolor, y aquellos de origen emocional siendo la ausencia de la familia el ítem mas votado.

En cuanto al resultado obtenido de las estrategias mas utilizadas por el personal de enfermería se estructuran en:

- **Técnicas de cuidado:** Donde la prioridad para el grupo de enfermeras analizada es analizar y aliviar el dolor, haciendo uso de analgesia y sedación dinámica según la situación del enfermo. Junto a la prevención y el manejo del delirium, sufrido sobretodo por pacientes con VMNI.
- **Mejora del conocimiento y la comunicación:** Proporcionando información y una buena relación enfermería- paciente.
- **Apoyo emocional:** tanto al paciente hospitalizado como a los familiares visitantes. ^[16]

Ignacio Baeza et al.^[5] confirman en su estudio que además de las causas físicas, el sufrimiento psicológico y emocional como el miedo, la ansiedad, la angustia y la incertidumbre son alteraciones de alto impacto (>60% de los casos), promoviendo iniciativas, al alcance de enfermería, para minimizar su impacto:

- Limitando el tiempo en el que el paciente está expuesto sin ropa, preservando su dignidad y privacidad.
- Promover medidas que faciliten el ritmo vigilia-sueño y el descanso nocturno.

- Facilitar dispositivos electrónicos y medios de entretenimiento (revistas, crucigramas, sopa de letras..) para disminuir el sufrimiento psicológico del paciente.

La evaluación y soporte a estas necesidades se define como la clave en la calidad asistencial por parte de enfermería para evitar el desarrollo de las alteraciones psicológicas previamente descritas.^[19]

Entre las medidas encaminadas a tratar dichas alteraciones emocionales del paciente ingresado en UCI, el autor Emmanuel Levinas^[34] destaca **situar en espacio y tiempo**, la unidad de cuidados intensivos se caracteriza por ser un ambiente cerrado, deficiente de luz natural y en muchas ocasiones desencadena a episodios de desorientación. Por otro lado, prioriza **una atención personalizada**, centrada en el total del paciente no en base al diagnóstico asignado. Dando un enfoque bidireccional: saber qué hace única a la persona que se cuida (de paciente a cuidador), para saber cuáles son las necesidades reales que precisa (del cuidador al paciente).

Tras conocer la presencia del **delirio** en la Unidad de Cuidados Intensivos E. Palencia et^[33] sugieren identificar y **corregir la causa subyacente**, como primera intervención si no funciona, recurrir a medidas **no farmacológicas y farmacológicas** para combatirlo. Entre las no farmacológicas destacan; la monitorización rutinaria del delirio, reorientación temprana, en el caso de los pacientes que necesiten gafas o audífonos reintroducirlos lo antes posible, y la promoción del sueño nocturno.

En relación a las medidas farmacológicas, el personal de enfermería debería focalizar evitar drogas precipitantes. En la actualidad no existen estudios randomizados y con suficiente poder estadístico que hayan demostrado la eficacia y seguridad de los fármacos antipsicóticos en el tratamiento del delirio. Si que es cierto, que el haloperidol es el antipsicótico que parece disminuir la sintomatología producida por el síndrome produciendo un grado de sedación positivo, sin embargo la literatura encontrada hasta ahora no es certeza, dudando sobre su fiabilidad.^[36]

Tras la búsqueda bibliográfica, en los últimos años, ha nacido un nuevo movimiento centrado en Humanizar los cuidados en la unidad de Cuidados Intensivos. El proyecto HU-CI pretende dar una visión integral de la situación actual en las UCIs, a través de un grupo multidisciplinar de profesionales que desarrollan su labor en la atención de unidades de pacientes críticos, poniendo a las personas en el centro de esa atención.^[26]

El programa certificación de humanización de unidades de cuidados intensivos se estructura en 7 líneas de actuación englobando las 3 atmósferas; paciente, profesional y familiar.

Línea estratégica 1	UCI DE PUERTAS ABIERTAS: PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS	SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES
		ACCESIBILIDAD
		CONTACTO
		PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS.
		SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS DE LOS FAMILIARES

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO
		COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA
		COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Línea estratégica 3	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR FÍSICO
		BIENESTAR PSICOLÓGICO
		PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE
		BIENESTAR AMBIENTAL Y DESCANSO NOCTURNO

Línea estratégica 4	CUIDADOS AL PROFESIONAL	SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
		PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR

Línea estratégica 5	SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS	PREVENCIÓN Y MANEJO
		SEGUIMIENTO

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
		CONTROL DE SÍNTOMAS FÍSICOS
		ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA
		COBERTURA DE NECESIDADES Y PREFERENCIAS EMOCIONALES Y ESPIRITUALES
		PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL
		IMPLICACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA DECISIÓN Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL (LTSV)

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	PRIVACIDAD DEL PACIENTE
		CONFORT AMBIENTAL DEL PACIENTE
		ORIENTACIÓN DEL PACIENTE
		CONFORT EN EL ÁREA DE FAMILIARES
		CONFORT Y FUNCIONALIDAD EN EL ÁREA DE CUIDADOS
		CONFORT EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE STAFF
		DISTRACCIÓN DEL PACIENTE
		HABILITACIÓN DE ESPACIOS EN JARDINES O PATIOS
		SEÑALIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD

Fotografía obtenida del proyecto HU- CI ^[42]

En la primera línea estratégica se promueve que las familias que lo deseen, puedan colaborar en algunos cuidados (higiene, alimentación, movilización..) bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de participar en las rondas diarias contribuye

a la mejora de la comunicación y favorece la oportunidad de hacer preguntas y clarificar la información, incrementando la satisfacción de la familia.

En la segunda línea de actuación, en relación a la **comunicación**, se prioriza una comunicación efectiva enfocada en ser: completa, clara, oportuna y precisa, ya que la información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en la UCI. En general, no existen políticas específicas de cómo debe llevarse a cabo el proceso informativo en la UCI, siendo todavía frecuente la información limitada a una vez al día, sin adaptarse a las necesidades específicas de paciente y familiar. Además en muy pocas ocasiones se contempla información conjunta médico – enfermera, concepto que propone cambiar el proyecto HU-CI. [27]

En relación a la tercera línea de actuación, **bienestar del paciente**, la valoración y control del dolor, la sedación dinámica y el manejo del delirium agudo son piezas imprescindibles para mejorar el confort del paciente. En muchas ocasiones las condiciones de trabajo del personal en UCI no favorecen que se puedan primar el manejo de estos aspectos, pero si que es cierto que cada vez mas centros hospitalarios promueven el abordaje completo del paciente proporcionando recursos al personal de enfermería. [26]

La cuarta línea de actuación, tiene relación directa con los **cuidados del profesional**. La entrega diaria hacia la unidad de cuidados intensivos exige un gran compromiso e implicación, que proporciona una gran satisfacción profesional cuando las expectativas se cumplen y los pacientes mejoran, pero sin embargo, cuando las cosas no van bien y el paciente empeora acabando en muerte, el desgaste emocional es considerable. Sumado al “ Síndrome de Burnout” puede suponer el pensamiento de trabajar desde una perspectiva meramente económica evadiendo la vocación. El síndrome de Burnout se define como el trastorno de origen psicosocial caracterizado por: agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional. [35]

Es por ello que este proyecto pretende evitar o paliar la ansiedad sufrida por el personal de enfermería mediante terapias de grupo y días festivos inter semanales.

La quinta y sexta línea se centra en el síndrome post cuidados intensivos y los cuidados al final de la vida, centrada en ajustar a paciente y familiares e individualizar el proceso para un mejor afrontamiento.

Por último la sexta línea trata sobre la infraestructura humanizada. El proyecto HU-CI determina que el entorno físico debe permitir que el proceso asistencial se realice en un ambiente saludable que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares. Es por ello,

que plantea guías publicadas hasta el momento (Evidence based design) que buscan reducir el estrés centrándose en las mejoras arquitectónicas y estructurales de la UCI, con el fin de aislar el sonido, aplicar iluminación indirecta proporcionando intimidad. [27]

Actualmente en España, el 66% de los hospitales trabajan para humanizar sus Ucis, aplicando el modelo nombrado anteriormente. Gabriel Heras es el impulsor de este nuevo proyecto afirmando que «en los últimos 30 años nos hemos centrado tanto en la supervivencia y en las mejoras tecnológicas que hemos dejado de lado otras cosas».[26][27] [28] [29]

5. Conclusiones

Una vez realizada la presente revisión de la literatura en lo referente a las alteraciones psicológicas del paciente al ser ingresado en UCI, se presentan las siguientes conclusiones:

- Las repercusiones psicológicas del paciente ingresado en UCI **mas destacadas** son la ansiedad y depresión, con una prevalencia del 60% considerándose de afectación moderada. En relación al género, los resultados muestran que las mujeres presentan más sintomatología y niveles mas altos de ansiedad en el ingreso a la Unidad, sin embargo el sexo masculino tiene una incidencia de ingreso mas elevada.
- Las repercusiones psicológicas de **menor impacto** encontradas por la literatura, pero de relevancia para la adecuada recuperación del paciente, son las alteraciones del sueño y el delirio. Los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos tienen alteraciones del ciclo circadiano y fragmentación del sueño, dando a la disminución del sueño nocturno y al aumento del predominio de sueño al largo del día. El insomnio es considerado uno de los desencadenantes del delirio, este síndrome ha resultado ser de mayor incidencia en pacientes con VMNI y es considerada una complicación evitable con la adecuada intervención precoz.
- Dichas alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, alteraciones sueño y delirio) han quedado demostradas, que repercuten en la evolución del paciente incrementando la morbilidad y mortalidad a la vez que el aumento de la estancia en la UCI.
- Tras la revisión se confirma la presencia de factores estresantes desencadenantes directos de las alteraciones psicológicas sufridas por el paciente al ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Identificando como **principales estresores** aspectos relativos a las consecuencias directas de la propia enfermedad (origen físico) siendo el dolor el mas destacado, así como otros más vinculados a la esfera emocional, concretamente no poder estar con sus familiares más cercanos y largas horas de soledad.

- Los familiares ocupan un papel crucial en la recuperación y bienestar del paciente ingresado en UCI, por ello es importante conocer sus necesidades y saber si están bien cubiertas. Toda la bibliografía consultada hace mención a que el personal de enfermería es el profesional mas adecuado para tratar las necesidades del paciente y familiar surgidas durante el ingreso. Proporcionando contacto, respaldo y tranquilidad. Las necesidades de los familiares, por grado de importancia, se clasifican en: **necesidad de información**; recibir información sobre el estado del paciente, **necesidad de seguridad**; saber que se están proporcionando las mejores curas y por último **necesidad de proximidad**; poder pasar más tiempo con el paciente.
- Actualmente el profesional de enfermería tiene recursos limitados para tratar los aspectos psicológicos manifestados por los pacientes en UCI.

6. Implicación a la práctica profesional

Los resultados de esta revisión bibliográfica muestran la importancia y especificidad de la UCI, su funcionamiento, dinámica y normas de actuación. Todos estos hechos son lo suficientemente significativos y relevantes como para dejar de pensar y generar cambios para humanizar estas unidades, dejar la tecnología en un segundo plano y recuperar el trato humano a las personas, pacientes y familiares involucrados. ^[11]

La tasa de supervivencia de los pacientes de la UCI está aumentando, la sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias (SEMICyUC) estima que es del 90%. Este hecho constituye la profesionalidad y excelencia de los diferentes profesionales que trabajan, así como las implicaciones de la tecnología. Desafortunadamente, todos los datos informados y de alta supervivencia carecen de implicaciones para las ocupaciones de enfermería, la comunicación, la empatía y la calidad de la atención para las familias. ^[37]

La UCI es una unidad que mantiene la función e ideología de hace muchos años, donde el diagnóstico es el centro de atención, obviando al paciente que lo padece. Los avances tecnológicos han proporcionado mejoras en la recuperación y supervivencia de los pacientes, pero también ha producido un rechazo a los cuidados humanizados. Por lo tanto, también es necesario evolucionar en ideas y tradiciones y recuperar la profesión de enfermería humana y solidaria. ^[38]

Los resultados de la revisión bibliográfica plasman que los factores estresantes provocan respuestas bio-psicológicas empeorando la recuperación física del paciente, por lo tanto, desarrollar un instrumento de medición para la identificación precoz de factores estresantes, supondría una

intervención positiva mejorando la calidad de estancia en la UCI. Para ello, se propone combinar el instrumento **IFEPP-UCI**; herramienta que permite identificar dichos factores y lo tornan relevante mediante la validez facial y la validez de contenido, con el **Environmental Stress Questionnaire**; instrumento de medida utilizado para la determinación del grado de estrés y factores estresantes que afectan durante la hospitalización en la UCI. [39]

Tras conocer las alteraciones psicológicas manifestadas por los pacientes ingresados en UCI, se aprecia una ausencia total de líneas de trabajo para combatir la problemática constatada. Por ello, como implicación de mejora se propone el uso de técnicas de **relajación, masaje y meditación**, especialmente dedicadas al tratamiento de los trastornos de ansiedad. Todas ellas están dirigidas a fomentar la independencia y el autocontrol de la persona sobre sí misma y sobre la situación. Como técnica actualizada, se propone la aplicación de un **programa mindfulness** aplicado no solo a paciente sino también a familiares y profesional de enfermería. Esta propuesta fue puesta en práctica el año 2019 de la mano del Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona) donde tanto pacientes como familiares y personal de enfermería recibieron 20 minutos diarios de mindfulness mediante soporte digital. El resultado mostró un descenso del cansancio emocional y un aumento de la autocompasión en las 3 esferas analizadas (paciente ingresado en UCI, familiar y profesional sanitario). [40]

Como ha quedado evidenciada tras la realización de dicha revisión, las necesidades de los familiares son una realidad y debe ser atendidas. Todo y que la literatura encontrada resalta la buena actuación y gestión por parte del personal de enfermería, se recomienda la implementación de nuevos protocolos para un mayor acercamiento paciente - familiar. Como por ejemplo, modificar los horarios de visita tan restringidos, apostar por una UCI abierta, siempre y cuando la situación lo acompañe y la intervención de familiares en algunos cuidados como la higiene, alimentación o movilización. Estas propuestas pertenecen al proyecto HU – CI, proyecto nombrado anteriormente, basado en la humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos. [27]

Humanizar es definido por la real academia española como hacer a alguien o algo humano, familiar y afable, al ser relacionado con el concepto de humanización en la UCI Bermejo [42] señala que “Humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual”.

Esto reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan, convirtiéndose en una necesidad de vital importancia y trascendencia, por lo cual no pueden ser sólo

buenas iniciativas, sino un compromiso genuinamente ético con la vulnerabilidad humana que genere salud y acompañe en el sufrimiento. [41]

La humanización de las unidades de cuidados intensivos implica un cambio total de trayectoria y de visión de estas unidades, por lo tanto el cambio será paulatino llevando años para su instauración.

7.Cronograma



8. Referencias bibliográficas

1. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva [Internet]. 2007 Citado 12 de Septiembre. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006
2. Juliá BG. Afectación emocional asociada al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Universitat Jaume I; 2012[Internet]. 2007 Citado 12 de Septiembre <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4551334>
3. Tizziani R, Luis J, Treviño B, Xavier F, Casals N, Caballero López J, et al. [Citado el 22 de enero 2022]. Disponible en: <http://www.clinica-unr.com.ar/Posgrado/trabajos-graduados/Tizziani.pdf>
4. Unidad de cuidados intensivos Estándares y recomendaciones [Internet]. [Citado el 22 de enero 2022] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
5. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva (English Edition) [Internet]. 2014 Aug 1 [Citado el 8 de febrero de 2022] Disponible en: <https://www.medintensiva.org/en-por-una-uci-puertas-abiertas-articulo-resumen-S0210569114000370>
6. Flórez-Torres IE, Herrera-Alarcón E, Carpio-Jiménez E, Veccino-Amador MA, Zambrano-Barrios D, Reyes-Narváez Y, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. Aquichan [Internet]. 2011 Apr 1 [Citado el 10 de febrero 2022];11(1):23–39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100003
7. Ayllón Garrido N, Rodríguez Borrajo MJ, Soleto Paredes G, Latorre García PM. Unplanned extubations in patients in the ventilator weaning phase in the intensive care unit: Incidence and risk factors. Enferm Clin [Internet]. 2009 [citado el 14 de abril de 2022];19(4):210–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-extubaciones-no-programadas-pacientes-sometidos-S1130862109000746>
8. Ruiz Berrio M. Factores estresantes percibidos por pacientes en unidades de cuidados intensivos en una institución de Bogotá [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343107/10324187272021-tesis-de-maestria-factores-estresantes-percibid_4svldMS.pdf

9. Olano M, Vivar C. Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. 2022. [Citado 16 febrero 2022] disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-6627201200010

10. Mamédio, C., Roberto, M., & Nobre, C. (2007). Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. [Interne] *Revista Latino-Am Enfermería*, 15(3). [Consultado el 20 de febrero de 2022] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=es>

11. Santana Cabrera L, Alonso JM, Sánchez-Palacios M. Cuidados psicológicos del paciente crítico. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2009 [citado el 24 de febrero de 2022];2(2):99–100. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-cuidados-psicologicos-del-paciente-critico-13140015>

12. Internacional council of nurses [internet] 2013 [actualización; acceso 23 de Enero de 2022]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icndefinition-of-nursing/>

13. El ruido en las UCI duplica el nivel recomendado por la OMS [Internet]. Redacción Médica. [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/el-ruido-en-las-uci-duplica-el-nivel-recomendado-por-la-oms-6856>

14. Artículo 1: Schwonke, Camila Rose; Clinical trial Agitated; State, Acute Reaction to Stress: [Internet]; 2013 [citado 24 Marzo 2022]. Disponible en: <https://ichgcp.net/es/clinical-trials-rregistry/NCT03213782>

15. Artículo 2: George Wilson somos q, Metodología N, docente E, convenios A, Enfermería E, superiores T et al. El apoyo psicológico y emocional al paciente en la UCI y su familia [Internet]. 2022 [citado 24 Marzo 2022]. Disponible en: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-12/el-apoyo-psicologico-y-emocional-al-paciente-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-y-a-su-entorno-familiar/>

16. Artículo 3: Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress Disorders in Critically Ill P...: EBSCOhost [Internet]. Web.p.ebscohost.com. 2022 [citado 24 Marzo 2022]. Disponible en:

[https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=becd714d-e9f5-4cc3-](https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=becd714d-e9f5-4cc3-8bb5-216a029d4025%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=143580693&db=ccm)

[8bb5-](https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=becd714d-e9f5-4cc3-8bb5-216a029d4025%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=143580693&db=ccm)

[216a029d4025%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=143580693&db=ccm](https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=becd714d-e9f5-4cc3-8bb5-216a029d4025%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=143580693&db=ccm)

17. Artículo 4: Luciana Santos, Emmanuel Valle et, mental health and work: psychosomatic effects under the perspective of nurse: EBSCOhost [Internet]; 2012 [citado 24 Marzo 2022]. Disponible en: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=ce964802-516f-4743-a24a-6d83fdef3715%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=104445018&db=ccm>

18. Artículo 5: Adeline Abigail, Emily Rodes et They Can Hear the Silence: Nursing Practices on Information Sharing with Patient 2017 [citado 24 Marzo 2022]. Disponible en : <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=5804dc27-2ac5-4258-b751-2226a8892f29%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>

19. Artículo 6: María Santiago et; Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional:[Internet]; 2016 [citado 24 Marzo 2022]. Disponible en : <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=0d161454-a8e0-47b6-82b6-77ead15731d7%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=116684650&db=ccm>

20. Artículo 7: Contreras Moreno AM, Espinosa XP. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2014 [citado el 14 de abril de 2022];46(1):47–60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100006

21. Artículo 8: Carey MG, Qualls BW, Burgoyne C. Patients perception of stressful events in the intensive care unit after cardiac surgery. Am J Crit Care [Internet]; 2014 [citado el 29 de marzo de 2022];Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134825021&lang=es&site=ehost-live>

22. Artículo 9: Farias F, Vida L, Farias R, Jesus A. Humanized care in the ICU: Challenges from the viewpoint of health professionals. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]. 2013 [citado el 29 de marzo de 2022];Disponible en:<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104147262&lang=es&site=ehost-live>

23. Artículo 10: Matthew Morrisey Bsc, Elizabeth Collier et. Family visitation in the adult intensive care unit. Crit Care Nurse [Internet]. 2016 [citado el 27 de marzo de 2022];. Disponible en: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/36/1/e15/3535/Family-Visitation-in-the-Adult-Intensive-Care-Unit?redirectedFrom=fulltext>
24. Artículo 11: Dziadzko V, Dziadzko MA, Johnson MM, Gajic O, Karnatovskaia LV. Acute psychological trauma in the critically ill: Patient and family perspectives. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2017 [citado el 5 de abril de 2022];47:68–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28807140/>
25. Artículo 12_Köse I, Zincircioğlu Ç, Öztürk YK, Çakmak M, Güldoğan EA, Demir HF, et al. Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. J Intensive Care Med [Internet]. 2016; [citado el 5 de abril de 2022];Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0885066615595791>
26. Artículo 13 Silva LF da C, Machado RC, Araújo Giaretta VM, Salazar Posso MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enferm glob [Internet]. 2013 [citado el 29 de mayo de 2022] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4410812>
27. Artículo 14: Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev Bioet Derecho [Internet]. 2020 [citado el 6 de abril de 2022];(48):111–26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008
28. Artículo 15: Juliá BG. Afectación emocional asociada al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Universitat Jaume I; 2012. [Internet]. 2012 [citado el 6 de abril de 2022];(48):111–26. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=73219>
29. Artículo 16: Aliberch Raurell AM, Miquel Aymar IM. Need for the role of the patient’s family members at the intensive care unit. Enferm Intensiva [Internet]. 2015 [citado el 7 de abril de 2022];26(3):101–11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidad-rol-familiares-del-paciente-S1130239915000310>
30. Artículo 17: Ayllón Garrido N, Rodríguez Borrajo MJ, Soleto Paredes G, Latorre García PM. Unplanned extubations in patients in the ventilator weaning phase in the intensive care unit: Incidence and risk factors. Enferm Clin [Internet]. 2019 [citado el 14 de abril de 2022];19(4):210–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-extubaciones-no-programadas-pacientes-sometidos-S1130862109000746>

31. Artículo 18: Navarro, Garcia et Instrumento de identificación de factores estresantes percibidos por pacientes en unidad de cuidados intensivos, para evaluar la calidad del sueño [Internet]. 2020 [citado el 6 de abril de 2022];36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000300006&lang=es
32. Artículo 19: Saiz Vinuesa MD. Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos. Ene [Internet]. 2020 [citado el 20 de abril de 2022];14(2):14215. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200015
33. Artículo 20: Salluh JIF, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 2015 [citado el 22 de abril de 2022]; h2538. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26041151>
34. Artículo 21: Olmos M, Varela D, Klein F. enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2019 [citado el 22 de abril de 2022];30(2):126–39. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfoque-actual-de-la-analgesia-S0716864019300215>
35. Artículo 22 : Becerro de Bengoa Vallejo R, Angulo Carrère MT, Rodríguez García M. Efecto de la visita previa al ingreso en una unidad de cuidados intensivos sobre la ansiedad, la depresión y la satisfacción en pacientes y familiares. Universidad Complutense de Madrid; 2019. [citado el 22 de abril de 2022]; Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/57941/>
36. Alba Martín R. Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. Rev cient Soc Esp Enferm Neurol [Internet]. 2015 [citado el 22 de mayo de 2022];41(1):9–14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-burnout-enfermeria-prevalencia-factores-relacionados-S2013524615000045>
- 37- Ejsanchez, semicyuc. Investigación [Internet]. Semicyuc. [citado el 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://semicyuc.org/temas-investigacion-la-investigacion-en-la-semicyuc/>
- 38- Palacios- Ceña Una reflexión sobre la visión holística en los cuidados tecnificados Rev cient Soc Esp Enferm Neurol [Internet]. Nightingaleandco.es. [citado el 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://nightingaleandco.es/una-reflexion-sobre-la-vision-holistica-en-los-cuidados-tecnificados/>
- 39- Reina Gamba NC, Vargas Rosero E. Validez de contenido y validez facial del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado”. Av enferm [Internet]. 2008 [citado el 22

de mayo de 2022];26(2):71–9. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200008

40- Gracia Gozalo RM, Ferrer Tarrés JM, Ayora Ayora A, Alonso Herrero M, Amutio Kareaga A, Ferrer Roca R. Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. Med Intensiva [Internet]. 2019 [citado el 22 de mayo de 2022];43(4):207–16. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-aplicacion-un-programa-mindfulness-profesionales-articulo-S0210569118300512>

41- Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2019 [citado el 22 de mayo de 2022];30(2):120–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>

42- Bermejo ND, Visión global del paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Medicina Intensiva [Internet]. Hospital Universitario 12 de Octubre. 2018 [citado el 29 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/medicina-intensiva>.

43. Fotografía referenciada Heras G. Inicio [Internet]. Proyecto HU-CI. [citado el 29 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/inicio/>

9. Anexos

IFEPP-UCI

Ítem	SÍ	NO
1. Me incomodó no poder moverme con libertad en la cama		
2. Me intranquilizó tener sed y no poder calmarla		
3. Me incomodó que el brazalete me apretara repetidamente		
4. Me incomodó que la cama estuviera húmeda		
5. Me sentí cansado por permanecer en las mismas posiciones		
6. Me incomodó la posición en la que se encontraba la cama		
7. Me incomodó no poder comunicarme		
8. Me intranquilizó tener dolor		
9. Me intranquilizó el dolor producido por los procedimientos		
10. Me incomodó la falta de privacidad		
11. Me intranquilizó poder contraer alguna enfermedad dentro del hospital		
12. Tuve miedo de morir		
13. Me incomodó escuchar ruidos de las máquinas		
14. Me entristeció el poco tiempo que estuve con mi familia o amigos		
15. Me incomodó que me examinaran con frecuencia		
16. Me incomodó lo que ocurría con otros pacientes a mi alrededor		
17. Me intranquilizó saber o ver que algún paciente falleció		
18. Me angustió no saber el día ni la hora		
19. Me molestó que el personal se preocupara más por los aparatos		
20. Me preocupó escuchar que hablaran de mí		
21. Me incomodaron las conversaciones entre las personas que me atendieron		
22. Me molestaron las luces de los aparatos a mi alrededor		
23. Me molestó que la luz estuviera todo el tiempo encendida		
24. Me disgustó no comprender lo que me querían decir		
25. Me incomodó ser atendido por personas desconocidas		
26. Me incomodó la temperatura del lugar		
27. Me angustió no saber cuánto tiempo iba a estar en cuidados intensivos		
28. Me preocuparon las consecuencias de haber estado en cuidados intensivos		
29. Me angustió tener que aceptar la realización de procedimientos		
30. Me incomodó usar pañal o pato en vez de ir al baño		
31. Me incomodó usar tubos o máscaras para ayudarme a respirar		

Environmental Stress Questionnaire:

ESQ Items	Rank	Average	SD	Median	Variation
Feeling pain	1	3.4	1.0	4.0	0-4
Not being able to eat	2	3.3	1.0	4.0	0-4
Being unable to perform your role within the family	3	3.3	1.0	4.0	0-4
Not knowing the length of the ICU stay	4	2.9	1.2	4.0	0-4
Having the lights constantly on	5	2.8	1.1	3.0	0-4
Being pierced by needles	6	2.8	1.2	3.0	0-4
Being thirsty	7	2.8	1.3	3.0	0-4
Being unable to move your hands or arms due to intravenous serum or medication	8	2.8	1.3	3.0	0-4
Not having privacy	9	2.7	1.3	3.0	0-4
Having financial concerns	10	2.7	1.4	3.0	0-4
Being afraid of dying	11	2.7	1.5	4.0	0-4
Listening to the noise and alarms of the medical devices	12	2.7	1.2	3.0	0-4
Listening to other patients moaning	13	2.7	1.3	3.0	0-4
Being in a very warm or very cold room	14	2.7	1.4	3.0	0-4
Missing your spouse or partner	15	2.7	1.4	3.0	0-4
Nurses and doctors speaking too loudly	16	2.6	1.3	3.0	0-4
Having tubes inside your nose and/or mouth	17	2.6	1.6	3.0	0-4
Being afraid of catching AIDS	18	2.6	1.5	3.0	0-4
Not knowing when the procedures will be performed on you	19	2.6	1.2	3.0	0-4
Seeing your family and friends only for a few minutes every day	20	2.6	1.3	3.0	0-4
Being strapped to tubes and drains	19	2.5	1.4	3.0	0-4
Listening to your heart monitor go off	20	2.5	1.2	3.0	0-4
Not being able to communicate	21	2.5	1.5	3.0	0-4
Feeling annoyed	24	2.5	1.4	3.0	0-4
Listening to unknown sounds and noises	25	2.4	1.2	3.0	0-4
Listening to people talking about you	26	2.4	1.2	2.0	0-4
Having an uncomfortable bed and/or pillows	27	2.3	1.4	3.0	0-4
Not having control over yourself	28	2.3	1.5	3.0	0-4
Smelling strange smells around you	29	2.2	1.4	2.0	0-4
Hearing the nursing team speak with terms that you do not understand	30	2.1	1.2	2.0	0-4
Not knowing what time it is	31	2.1	1.5	2.0	0-4
Being awakened by the nursing staff	32	2.0	1.2	2.0	0-4
Listening to the telephone ringing	33	2.0	1.2	2.0	0-4
Not receiving explanations about your treatment	34	2.0	1.5	2.0	0-4
Having to look up at the details in the ceiling	35	2.0	1.3	2.0	0-4
Feeling pressured to agree to the treatment	36	2.0	1.5	2.0	0-4
Receiving care from doctors that you do not know	37	2.0	1.2	1.0	0-4
Having strange devices around you	38	1.9	1.2	1.0	0-4
Having to use oxygen	39	1.9	1.4	2.0	0-4
Not knowing what day today is	40	1.9	1.5	3.0	0-4
Feeling that the nursing staff pays more attention to the devices than to you	41	1.9	1.3	2.0	0-4
Seeing serum bags hanging over your head	42	1.8	1.1	1.0	0-4
Feeling that the nursing staff is in a hurry	43	1.8	1.2	2.0	0-4
Not knowing exactly where you are	44	1.8	1.7	1.0	0-4
Observing treatments being administered to other patients	45	1.7	1.6	1.0	0-4
Having your blood pressure checked several times a day	46	1.7	1.1	1.0	0-4
Having men and women in the same room	47	1.6	1.6	1.0	0-4
Being examined frequently by the medical and the nursing staff	48	1.5	0.9	1.0	0-4
Having the nursing staff constantly doing tasks around your bed	49	1.5	1.1	1.0	0-4
The nursing staff member does not introduce himself/herself by the name	50	1.4	1.1	1.0	0-4
Total score	--	3.2	1.3	2.5	0-4

Titulo	Año	País de estudio	Tipo de estudio	Ámbito de publicación	Impact Factor	Objetivo	Muestra	Resultado	Impacto psicológico	Factores externos	cuidados enfermería
1.Efecto de la intervención de sonidos basados en la naturaleza en pacientes con soporte de ventilación mecánica	2013	Iraq	Experimental	Critical care of Nursing	No	Conocer el efecto de Sonidos basados en la naturaleza en pacientes con asistencia respiratoria no invasiva	ensayo aleatorizado 60 pacientes de 18 a 65 años de edad con soporte de ventilación mecánica	N-BS proporciona un método eficaz para disminuir las respuestas fisiológicas potencialmente dañinas que surgen de la ansiedad en pacientes con ventilación mecánica.	Agitación Ansiedad Estrés Signos de medición: FC, FR y TA		Incorporar la intervención N-BS como una intervención no farmacológica en el cuidado diario de los pacientes
2.El impacto psicobiológico agudo de la experiencia de cuidados intensivos en los familiares.	2016	Reino Unido	Observacional	Critical care of Nursing	SI: 27	Estudiar la reacción emocional familiar tras un ingreso de un ser querido en la Unidad de cuidados intensivos	enfoque de métodos mixto. Seis familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), fueron evaluados dentro de las 48 h de ingreso.	Los cuestionarios identificaron altos niveles de síntomas de ansiedad, depresión y trauma	La preocupación y miedo fueron dominantes; incertidumbre derivada de la falta de claridad expresada como ansiedad, ira y frustración	el entorno de la UCI, las respuestas emocionales, las relaciones familiares y el apoyo	sugiere la importancia de identificar intervenciones no existentes para la salud tanto de familiares como de pacientes.

3.Sueño en la Unidad de Cuidados Intensivos: implicaciones biológicas, ambientales y farmacológicas para las enfermeras	2020	EE.UU	observacional	Crit Care Nurs Clin	No	Conocer la calidad del sueño al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, relacionand o con el descanso previo a la entrada de esta Unidad	33 Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos las últimas 48-72h, conscientes y orientados(GCS 15), buena comunicación oral-verbal	predominancia de las fases 1 y 2 de sueño, acortamiento, disminución o ausencia de fases de sueño REM despertares muy frecuentes y períodos prolongados de sueño diurno	Insomnio preocupación, miedo incertidumbre, pérdida de independencia	alteracion es ambiental es: luz y sonido alteracion es fisiológica s: dolor alteracion es psicológic as: ansiedad y falta de privacidad	deberia identificar el problema y poner en marcha las medidas necesarias para su resolución, tomando en consideración las necesidades individuales y la situación de cada paciente

<p>4.SALUD MENTAL Y TRABAJO: EFECTOS PSICOSOMÁTICOS BAJO LA PERSPECTIVA DE ENFERMEROS</p>	<p>2012</p>	<p>Brasil</p>	<p>Observacional</p>	<p>Journal of Nursing</p>	<p>No</p>	<p>Identificar la visión de las repercusiones psicosomáticas de la enfermería en relación a su trabajo en UCI</p>	<p>Participación de 15 enfermeras trabajadoras UCI. Abordaje cuantitativo y cualitativo</p>	<p>Problemas somáticos desencadenantes de múltiples factores de estrés. Bajo salario, alta presión y especialización de la profesión</p>		<p>Vida profesional VS vida personal Estructura emocional de la enfermera Ambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos y calidad de los servicios.</p>	
<p>5.Pueden escuchar el silencio: prácticas de enfermería sobre el intercambio de</p>	<p>2017</p>	<p>Canadá</p>	<p>Observacional</p>	<p>Canadian Journal of Critical Care Nursing</p>	<p>No</p>	<p>El objetivo es explorar diversas perspectivas y prácticas de las enfermeras de cuidados</p>	<p>4 estudiantes pregrado, entrevistas informales</p>	<p>falta de información recibida por los médicos de UCI. Como resultado, la comprensión de los pacientes de su entorno y estado de</p>	<p>se deteriora la comprensión de los pacientes sobre su entorno y su estado de salud. Aumento del estrés y</p>	<p>Intercambio de información insuficiente entre médicos y enfermera</p>	<p>Proporcionar apoyo informático a los pacientes Proporcionar información básica / vital a los pacientes,</p>

información con los pacientes						intensivos con respecto a la información que se proporciona a los pacientes.		salud se ve afectada. Aumento en el estrés y la ansiedad del paciente	ansiedad del paciente	s. Dificultad de comunicación con el paciente por el uso de fármacos sedantes	educación sanitaria Evitar discusión abierta y continua sobre el intercambio de información enfermera-paciente
6. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional	2016	Colombia	Observacional	Revista Cuidarte	No	Conocer la percepción de los familiares del paciente hospitalizado o en UCI respecto a la comunicación verbal y no verbal y apoyo emocional brindado por enfermería	Estudio cuantitativo. Intervienen + 200 familiares	La percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva.	Familiares perciben empatía, comunicación efectiva, afecto y tacto.	reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales	ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico .

<p>7. Contribuciones de la psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p>2014</p>	<p>Colombia</p>	<p>Revisión de la literatura</p>	<p>Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud</p>	<p>SI: 3</p>	<p>Presentar y argumentar las razones por las que la participación del psicólogo resulta pertinente dentro de las UCI</p>	<p>Artículos científicos especializados</p>	<p>Estar en una UCI es una experiencia estresante y potencialmente traumática</p>	<p>Paciente: delirio, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y agudo (TEPT) Familiares: la ansiedad y los efectos del estrés agudo</p>	<p>visitas familiares flexibles</p>	<p>el uso de un diario de la UCI. Documentar las vivencias</p>
<p>8. Percepción de los pacientes sobre los eventos estresantes en la unidad de cuidados</p>	<p>2019</p>	<p>EE.UU</p>	<p>Observacional</p>	<p>American Journal of Critical Care</p>	<p>No</p>	<p>Identificar las experiencias generadoras de estrés que ocurren en una unidad de</p>	<p>16 pacientes ingresados en UCI por IQ cardíaca. completaron un cuestionario pidiéndoles calificar 23</p>	<p>el dolor fue la experiencia más estresante, seguido de la presencia de un tubo endotraqueal y el insomnio.</p>	<p>Estrés desencadenado de factores estresantes como: dolor, insomnio, incertidumbre</p>		<p>Control riguroso del dolor, ya que es el primer factor desencadenante de alteraciones</p>

intensivos después de la cirugía cardíaca						cuidados intensivos para pacientes después de una cirugía cardíaca	experiencias en una escala Likert de 0 a 4. Completaron el test 12-24h tras su ingreso en la UCI.				psicológicas.
9.ATENCIÓN HUMANIZADA EN LA UCI: DESAFÍOS DESDE LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	2013	Rio de Janeiro Brasil	Observacional	Journal of research fundamental care	No	Conocer la percepción del personal de enfermería en UCI sobre si se da una atención humanizada del paciente	Estudio exploratorio, 20 enfermeras trabajadoras UCI con diferente contratación	Los entrevistados son conscientes de la importancia y los beneficios tanto para el paciente como familiares del proceso de humanización pero existen factores que a veces imposibilitan su continuidad		sobrecarga de trabajo, bajos ingresos, falta de recursos materiales y humanos, falta de educación continua por parte del personal	atención humanizada es asistir al paciente en su conjunto, a través de una mirada más integral al paciente, mediante una atención holística

10. Percepción de los estresores en las unidades de cuidados intensivos por parte de los pacientes y los profesionales de la salud	2015	EE.UU	Revisión de la literatura	Critical care of Nursing	No	Investigar las percepciones de los pacientes de cuidados intensivos sobre los factores estresantes. La percepción del profesional de la salud sobre lo que constituye un factor estresante desde la perspectiva del paciente	La muestra incluyó 70 pacientes de la UCI y 70 proveedores de atención médica de la UCI.	Los 3 elementos más estresantes clasificados pacientes: "tener dolor", "no poder dormir" y "preocupaciones financieras". Sanitarios opinan: "tener dolor" "no poder comunicarse" y "no tener el control de uno mismo"	Existen factores estresantes que si no se interfiere se desarrollaran en afectaciones psicológicas		alentar al personal de enfermería de la UCI a manipular y rediseñar el entorno de la UCI para que sea menos estresante.
11. Trauma				Critical care		Confirmar si	50 Pacientes que	70%pacientes	miedo, las	la	Enfermería

<p>psicológico agudo en el enfermo crítico: perspectivas del paciente y la familia</p>	<p>2017</p>	<p>EE.UU</p>	<p>Observacional</p>	<p>of Nursing</p>	<p>no</p>	<p>el estrés psicológico agudo durante el confinamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI) contribuya al PICS (síndrome post - cidados intesivos)</p>	<p>recibieron ≥ 48h de ventilación mecánica . 44 familiares entrevistados al alta</p>	<p>experimentó miedo a la muerte,38% tenía otros miedos 48% tenía alucinaciones. incapacidad para comunicarse 34 %, factores ambientales 30 %, procedimientos y restricciones (24 %) y ser intubado (12 %).</p>	<p>alucinaciones y la incapacidad para comunicarse se identifican como contribuyentes centrales al estrés psicológico durante la estancia en la UCI</p>	<p>presencia de la familia y la atención del médico se categoriza n como factores atenuantes importantes</p>	<p>identificaron varias recomendaciones prácticas que pueden ayudar a aliviar la carga psicológica de la estancia en la UCI</p>
<p>12Factores que afectan los síntomas de ansiedad y depresión en familiares de</p>	<p>2016</p>	<p>Alemania</p>	<p>Descriptivo</p>	<p>Journal of intensive care medicine</p>		<p>Determinar las incidencias de ansiedad y depresión en</p>	<p>estudio voluntario. 78 Pacientes + familiares se inscribieron en el estudio</p>	<p>28 casos de ansiedad + 56 casos con depresiónFamiliares jóvenes presentaron mayor índice de</p>	<p>Se necesita más investigación sobre el impacto de las diferencias</p>		

pacientes de la unidad de cuidados intensivos						familiares de pacientes ingresados en UCI		ansiedad y depresión.	culturales y regionales en las tasas de ansiedad y depresión		
13.Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del quipo de enfermería	2013	España	Descriptivo	Enfermería Global revista electrónica de enfermería	no	Identificar factores estresantes en paciente ingresado UCI. Conocer los mecanismos empleados por enfermería para minimizar el impacto	16 pacientes y 50 enfermeras mediante cuestionarios validantes	Confirma la existencia de factores estresantes tanto psicologicos como fisicos que inducen a una respuesta de estrés	Soledad,aburrimiento pérdida de privacida, Dolor,	Luz permanente abierta, ruidos maquinari a, mala comunicac ión con el equipo medico	capacidad de proyectarse y sensibilizarse hasta el punto de saber cuándo y cuánto un determinado factor es estresante o no estresante en un paciente.

14 Humanizan do los Cuidados intensivos, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos	2020	España	Desarrollo proyecto	Revista de bioética y derecho	No	Desarrollo del Proyecto HU-CI (Humanizan do los Cuidados Intensivos), poniendo a las personas en el centro, como ser holístico			Pérdida de identidad y aparencia, perdida de habilidad comunicativa, pérdida de autonomía, pérdida de soporte familiar	Propone puertas abiertas y presencia de familiares en los cuidados	Síndrome de burnout y sobrecargas de trabajo favorece la aparición emocional negativa de los pacientes
15 Afectación emocional asociada al ingreso en una unidad de cuidados intensivos	2012	España	Tesis doctoral	Universidad Jaume I	No	Conocer la afectación emocional que reciben los pacientes al ser ingresados	Dos partes: 1era 80 pacientes realización cuestionario. 2nda parte revisión de la literatura	Verifica la existencia de afectación emocional y describe de que manera afecta a cada individuo.	Estrés y depresión son las dos grandes alteraciones psicológicas	Dolor, falta comunicación, visitas restringidas	Eje principal para evitar el desarrollo de dichas alteraciones emocionales

						en UCI, además de desarrollar que variables influyen en la aparición de dichas alteraciones					
16 Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos	2015	España	Revisión de la literatura	Universitat internacional de Catalunya	Si: 18018	Conocer el estado actual y la evolución del rol de las familias en la UCI	Revisión bibliográfica	la familia pierde o ve modificado el rol que desempeñaba en el núcleo familiar y sufre una crisis	Al solventar la necesidad de rol se disminuye la ansiedad y el estrés de los familiares y del paciente		La adquisición de un rol de participación aumenta la satisfacción y disminuye la ansiedad. La enfermería es clave en el abordaje de esta necesidad.
17 Efecto de	2019	España	Tesis doctoral	Universidad	Si: 124	Conocer la	38 parejas de	En los resultados	No hemos		personal sin

la visita previa al ingreso en una unidad de cuidados intensivos sobre la ansiedad, la depresión y la satisfacción en pacientes y familiares			descriptivo	complutense de Madrid		satisfacción de los usuarios tras su estancia por la UCI.	familiar y paciente	obtenidos comprobamos que la visita previa al ingreso de pacientes y familiares a la Uci no modifica los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción en los cuidados.	encontramos diferencias significativas en los niveles de ansiedad o depresión ni en los pacientes ni en los familiares	entrenamiento o formal en psiquiatría pudiera realizar una evaluación de ansiedad y depresión, y las necesidades de los familiares en cuidados.
18. Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardiaca durante el postoperatorio en cuidados intensivos	2016	España	Observacional	Journal of clinical nursing	No	Describir la calidad del sueño de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca durante las dos primeras noches de postoperatorio.	Cuestionario del sueño de Richards-Campbell, mediante un muestreo consecutivo con la misma intervención 66 pacientes de los cuales el 73% eran hombres	La calidad del sueño durante las dos primeras noches de ingreso fue “regular”	Mal descanso nocturno ,enlentece la recuperación post intervención.	Factores ambientales: malestar del paciente, dolor y ruido ambiental

19. Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos	2020	España	Revisión de la literatura	Journal of clinical nursing	No	Evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en pacientes en UCI	30 estudios. En diferentes bases de datos	La calidad de las pruebas existentes en relación con el uso de intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos de UCI fue baja o muy baja	Disminución de la calidad de vida, prolongación de la disfunción neurológica. Delirio y morbilidad grave	Factores ambientales: Ruido, luz, dolor, espacio desconocido.	Proporcionar mejoras para minimizar los factores ambientales. Como el uso de tapones, mascarillas para los ojos, música ambiental.
20. Resultado del delirio en pacientes en estado crítico revisión sistemática y metanálisis	2015	EEUU	Metanálisis	Journal of intensive care medicine	No	Determinar la relación entre el delirio en paciente crítico y su evolución	Se eligieron 42 estudios, sin restricciones de idiomas, de los estudios encontrados hasta el 2015	Se identificó delirio en 32% de los pacientes en estado crítico. Además estos pacientes en comparación con los que no manifestaron delirio tuvieron una mortalidad significativamente mayor, una estancia más larga	Peor pronóstico de la evolución de la enfermedad, deterioro cognitivo después del alta		Humanización, proporcionar orientación a los pacientes críticos.
21. Enfoque actual de la analgesia,	2019	España	observacional	Revista médica clínica las condes	No	Conocer el nuevo enfoque	Estudio epidemiológico sobre 2127	El delirio se asocia a un aumento en la estancia en UCI y	trastornos en la atención, disfunción	Factores ambientales:	

sedación y el delirium en cuidados críticos						farmacológico sobre el delirium en paciente en la UCI	pacientes 52% hombre y 50% mujeres.	mayores requerimientos de AVM	cognitiva, desorganización del pensamiento y trastornos del estado de conciencia.	Aislamiento, pérdida de autonomía, ruidos excesivos DOLOR	
22 Factores estresantes percibidos por pacientes en unidades de cuidados intensivos en una institución de Bogotá	2021	Colombia	Tesis doctoral descriptiva	Universidad Nacional de Colombia	No	determinar cuáles son los factores estresantes percibidos por los pacientes adultos en las UCI (UCI Cardiovascular y UCI Médica) y comparar sus resultados en una institución de cuarto nivel de complejidad en la ciudad	210 pacientes. Se realizó una entrevista a cada paciente y un formato de variables clínicas y sociodemográficas	la gran mayoría existe una proporción mayor de pacientes que reporta sentirlos en la UCI Médica en comparación con la UCI Cardiovascular,	imposibilidad de movilización, tener sed, permanecer en la misma posición, no poder comunicarse, tener dolor, el ruido, no noción del tiempo, la iluminación, insomnio		desarrollo de intervenciones que permitan mejorar la percepción del paciente durante su estancia en UC

						de Bogotá				
--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--