



PUNTO DE VISTA

Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico

Humanizing care reduces mortality in critically ill patients

Á. Alonso-Ovies^{a,c,*} y G. Heras la Calle^{b,c,d}

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

^c Miembro del Proyecto HU-CI

^d Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

Disponible en Internet el 15 de mayo de 2019

La corriente de humanización que estamos viviendo durante los últimos años en las UCI de todo el mundo no es algo casual, ni una moda, sino una necesidad. La evolución y la «modernización» de nuestras unidades pasan por combinar los avances técnicos y científicos con una atención y unos cuidados centrados en las personas (pacientes, familias y profesionales)^{1,2}.

Esta atención, además, para ser completa y de calidad, debe ser multidisciplinar, incluyendo no solo a la tríada clásica de la UCI (intensivistas, enfermeras y auxiliares), sino abriendo las puertas en nuestras plantillas a otras disciplinas, cuya presencia hasta el momento es casi anecdótica, como fisioterapeutas, psicólogos o terapeutas ocupacionales. También en este trabajo en equipo, las familias deben ocupar un papel importante, no solo como parte activa en los cuidados del paciente crítico, sino también como objeto de nuestra atención.

Es mucho el trabajo realizado dentro y fuera de nuestras fronteras en este sentido. En España el Proyecto HU-CI (<https://humanizandoloscuidadosintensivos.com>) ha sido el

catalizador de la humanización de las UCI. Con sus 8 líneas de trabajo e investigación³ (fig. 1) y 159 buenas prácticas en humanización de las unidades de cuidados intensivos⁴, está ayudando a numerosas unidades en todo el mundo a iniciar y/o mejorar el reto de transformar los lugares más tecnificados de los hospitales en espacios más amables y cercanos, donde las personas recuperen el protagonismo y sin que dejen de beneficiarse por ello de la más alta calidad científico-técnica.

En los últimos años ha surgido también un nuevo punto donde enfocar nuestra atención en la medicina intensiva, el denominado síndrome poscuidados intensivos (PICS, por sus siglas en inglés). El aumento de la supervivencia en las UCI ha sido considerable en los últimos años, pero muchos de los pacientes graves que sobreviven y son dados de alta de las UCI lo hacen con importantes secuelas físicas, psicológicas y cognitivas, que hacen imposible la incorporación a su vida previa durante un largo periodo de tiempo y, a veces, de por vida. No solo son los pacientes los que pueden quedar con secuelas, también los familiares pueden sufrir un cuadro complejo y característico, el PICS-familiar⁵.

Múltiples organizaciones multidisciplinarias, fundamentalmente en el mundo anglosajón, llevan tiempo trabajando tanto en la prevención de estos síndromes, como en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.alonso@salud.madrid.org
(Á. Alonso-Ovies).





Figura 1 La H-Evolución de las unidades de cuidados intensivos. Ocho líneas de investigación del proyecto internacional de investigación para la humanización de los cuidados intensivos (Proyecto HU-CI).
Fuente: tomado de Heras la Calle G³.

Unas de estas iniciativas son los programas colaborativos *ICU Liberation* (www.iculiberation.org) y *Thrive* (www.sccm.org/MyICUCare/THRIVE), ambos vinculados a la Society of Critical Care Medicine (SCCM) que actúan sinérgicamente al presentar estrategias innovadoras que ponen en práctica la evidencia publicada con respecto a cómo se pueden reestructurar los cuidados de las UCI y post-UCI, respectivamente, para ayudar a mitigar el PICS.

El objetivo de la *ICU Liberation*, implementado en 76 UCI de Norte América, es liberar a los pacientes ingresados en las UCI de los efectos dañinos que suponen el dolor, la agitación, el *delirium*, la sedación, la inmovilidad y la interrupción del sueño, con el objetivo final de mejorar su evolución durante su estancia en la UCI y disminuir el riesgo de las secuelas a largo plazo, una vez hayan salido de la misma. Ello se consigue implementando las guías de manejo del dolor, agitación y *delirium* usando el *ABCDEF Bundle*^{6,7} («A» Assessment, prevention, management of pain; «B» Both spontaneous awakening trials and spontaneous breathing trials; «C» Choice of sedation and analgesia; «D» Delirium assessment, prevention, and management; «E» Early mobility and Exercise; «F» Family engagement and empowerment) (tabla 1).

El paquete ABCDEF tiene sus raíces en otro paquete previo, el *ABCDE Bundle*^{8,9} (Awakening and Breathing Coordination of daily sedation and ventilator removal trials; Choice of sedative or analgesic exposure; Delirium monitoring and management; and Early mobility and Exercise), que perseguía liberar precozmente a los pacientes de la ventilación mecánica y evitar secuelas derivadas de la sedación prolongada, el *delirium* y la inmovilidad. Estos paquetes no tienen un constructo fijo, sino evolutivo y dinámico, sobre el que se pueden añadir nuevas ideas.

Recientemente Pun et al.¹⁰ han publicado un estudio en el que se demuestra el beneficio de aplicar las medidas del paquete ABCDEF en importantes objetivos relacionados con el paciente (alta de la UCI, alta hospitalaria, mortalidad), con los síntomas (ventilación mecánica, coma, *delirium*, dolor, uso de sujeciones mecánicas) y con la organización (reingreso en la UCI, destino al alta). El estudio, llevado a cabo en más de 15.000 pacientes, muestra que la aplicación del 100% de las medidas del paquete condujo a una mejora significativa en todos los resultados (salvo en el dolor) con respecto a la aplicación del paquete no completo (menores porcentajes de medidas aplicadas). Aun no teniendo significación estadística, la aplicación par-

Tabla 1 Esquema del «ICU Liberation ABCDEF bundle», incluyendo síntomas, herramientas de monitorización y *checklist* del paquete de medidas ABCDEF

Síntomas	Monitorización	Cuidados	Hecho
Guías del dolor, agitación, delirio (PAD guidelines)	Herramientas	Paquete ABCDEF	
Dolor	Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)	«A» Assess, prevent and manage pain	☐
	Numeric Rating Scale (NRS)	«B» Both spontaneous awakening trials (SAT) and spontaneous breathing trials (SBT)	☐
	Behavioral Pain Scale (BPS)	«C» Choice of sedation and analgesia	☐
Agitación	Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)	«D» Delirium: assess, prevent and manage	☐
	Sedation-Agitation Scale (SAS)	«E» Early mobility and exercise	☐
	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)	«F» Family engagement and empowerment	☐
Delirio	Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)		☐

Fuente: tomado de Ely EW⁶.

cial del paquete, incluso en bajos porcentajes, tiene un efecto positivo en la evolución de los diferentes ítems medidos.

Y surge la pregunta: si esto se consigue con 6 medidas, ¿qué no se conseguirá con la aplicación de 159?

Este estudio viene a corroborar algo que todos intuíamos y esperábamos, que las medidas de humanización mejoran la evolución de nuestros pacientes en la UCI y tras el alta de ella. Pero ¿realmente es necesario demostrar o comprobar todo en medicina? A veces nos vemos con la necesidad de demostrar la validez en resultados medibles «convencionales» de medidas que llevan intrínsecamente un beneficio para el paciente y el ser humano en general.

Si las medidas de humanización no disminuyesen la mortalidad, la estancia media o el tiempo de ventilación mecánica, ¿no las utilizaríamos a pesar del beneficio neto que producen en el bienestar de pacientes y familias, en la satisfacción, en la disminución de secuelas psicológicas o cognitivas o físicas? ¿Seríamos capaces de retirarlas? ¿Impediríamos la presencia de las familias en la UCI? ¿Abortaríamos una movilización y una fisioterapia física y cognitiva precoces? ¿Evitaríamos aportar atención psicológica y espiritual a pacientes y familiares? ¿Ignoraríamos los beneficios de respetar y promover el descanso nocturno? ¿No mejoraríamos nuestros espacios dotándolos de comodidad, intimidad, luz natural o tranquilidad y silencio? ¿No buscaríamos promover por encima de todo el respeto y la dignidad del ser humano sufriente y dependiente? ¿Nos desentenderíamos del dolor y el sufrimiento? ¿Renunciaríamos a unos cuidados paliativos de calidad en la UCI? ¿Desatenderíamos el proceso de morir? ¿Seríamos capaces de no perfeccionar las mejores herramientas que un profesional sanitario tiene a su alcance: la comunicación, la escucha, la empatía, la compasión? La respuesta que probablemente darían todos los expertos en enfermedad crítica (pacientes, familiares y profesionales) sería «no».

Ya no hay marcha atrás, no hay opción. La UCI del presente y del futuro, la UCI moderna y futurista, la que todos deseamos, se escribe con H.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45:103–28, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Kleinpell R, Buchman TG, Harmon L, Nielsen M. Promoting Patient- and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit: A Dissemination Project. *AACN Adv Crit Care*. 2017;28:155–9, <http://dx.doi.org/10.4037/aacnacc2017425>
- Heras la Calle G. My Favorite Slide: The ICU and the Human Care Bundle. *NEJM Catalyst*. 2018 [consultado 10 Mar 2019] Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/icu-human-care-bundle/>
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. 1.^a edición. Madrid: Proyecto HU-CI; 2018 [consultado 10 Mar 2019] Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
- Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical Care Med*. 2012;40:618–24, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>
- Ely EW. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Crit Care Med*. 2017;45:321–30, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000002175>
- Anderson BJ, Mikkelsen ME. Bringing the ABCDEF Bundle to Life and Saving Lives Through the Process. *Crit Care Med*. 2017;45:363–5, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000002124>
- Pandharipande P, Banerjee A, McGrane S, Ely EW. Liberation and animation for ventilated ICU patients: The ABCDE bundle for the back-end of critical care. *Crit Care*. 2010;14:157, <http://dx.doi.org/10.1186/cc8999>
- Morandi A, Brummel NE, Ely EW. Sedation, delirium and mechanical ventilation: The “ABCDE” approach. *Curr Opin Crit Care*. 2011;17:43–9, <http://dx.doi.org/10.1097/MCC.0b013e3182383427243>
- Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, Byrum D, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med*. 2019;47:3–14, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000003482>