



## Respuesta emocional de pacientes cardiológicos en estado crítico durante la higiene en cuidados intensivos: estudio prospectivo y descriptivo

Silvia Pérez-Ortega<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6213-8238>


Elena Querol Vallés<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7462-8250>

Judith Prats Barrera<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0009-0004-5438-9266>

Montserrat Venturas Nieto<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2733-2390>

Adelaida Zabalegui<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1205-3997>

**Destacados:** **(1)** Entender las emociones de los pacientes es esencial para cuidados de calidad en UCI. **(2)** Se aporta una amplia visión de lo que piensa la mayoría de los pacientes con respecto a la higiene. **(3)** El estudio permite profundizar en aspectos más íntimos de los cuidados administrados. **(4)** El estudio permite adaptar los cuidados a las necesidades expresadas.





**Objetivo:** analizar la respuesta emocional de pacientes conscientes en estado crítico durante la higiene diaria en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos y compararla en función de experiencias previas o no. **Método:** estudio prospectivo y descriptivo. Encuesta *ad hoc* de 30 ítems realizada a 148 pacientes y basada en la higiene del primer día. Se formulan preguntas sobre los sentimientos durante la higiene y aspectos positivos y negativos de la experiencia. Se compara a los pacientes en función de si se los había higienizado con anterioridad. **Resultados:** el 67,6% fueron hombres y la media de edad fue de 67±15 años. El 45,9% presentó conformismo, el 27% sintió vergüenza y el 86,3% agradeció que le hablaran durante la higiene. Al 33,1% de los pacientes nunca les habían realizado higiene en la cama, eran significativamente más jóvenes y solteros, y tenían menor sensación de limpieza. El 32% expresó que le gustaría que un familiar colaborase en la higiene. **Conclusión:** los pacientes no sienten que se invade su intimidad cuando se los higieniza y aprecian la comunicación con el personal sanitario durante estos cuidados. Los pacientes a quienes no les habían realizado higiene en la cama previamente son más jóvenes, sienten mayor vergüenza y les molestan más las interrupciones, siendo más conscientes de ellas.

**Descriptores:** Higiene; Cuidados de la Piel; Cuidados Críticos; Enfermeras y Enfermeros; Emociones; Unidades de Cuidados Coronarios.

<sup>1</sup> Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España.

<sup>2</sup> University of Barcelona, Barcelona, España.

### Cómo citar este artículo

Perez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Emotional response of critically-ill cardiac patients during hygiene procedures in intensive care: a prospective and descriptive study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4032 [cited   ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4032>

## Introducción

Las unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC) han evolucionado a lo largo de los últimos años hacia unidades de alta complejidad en las que no solo se tratan pacientes con cardiopatía isquémica aguda. Los avances médicos y tecnológicos (dispositivos de asistencia ventricular, terapias de resincronización, optimización de las terapias farmacológicas, entre otras) abren nuevas ventanas terapéuticas a pacientes con insuficiencia cardiaca aguda o arritmias letales<sup>(1-3)</sup>. Esto implica un aumento en la supervivencia de estos pacientes y cronificación de patologías que anteriormente tenían un pronóstico funesto. Por otro lado, el aumento en la cantidad de técnicas terapéuticas disponibles, como son los tratamientos percutáneos de valvulopatías o patología estructural cardiaca, ofrecen opciones terapéuticas a pacientes con elevada comorbilidad que a menudo requiere ingreso en estas unidades; ya sea como postoperatorio inmediato o en caso de darse algún tipo de complicación<sup>(2)</sup>.

Esto hace que, en la actualidad, los sujetos que ingresan a una UCIC sean pacientes muy complejos y que, debido a su condición de pacientes en estado crítico, requieran una serie de cuidados enfermeros que en todo momento garanticen por un lado su seguridad y, por otro, calidad asistencial no solo técnica sino percibida. El objetivo de todos los proveedores de salud es proporcionar atención centrada en el paciente en búsqueda de mejorar la calidad de la atención percibida y de obtener mejores resultados en salud<sup>(4-9)</sup>.

La higiene y el cuidado de piel y mucosas forman parte de las actividades diarias que los trabajadores de Enfermería deben llevar a cabo, generalmente a cargo de dos profesionales, para ayudar a estos pacientes a cubrir su déficit de autocuidado, pudiendo generar sentimientos de dependencia y vulnerabilidad<sup>(10-13)</sup>.

Uno de los derechos que tienen los pacientes en las unidades de cuidados intensivos es recibir atención personalizada y respetuosa por parte de médicos y enfermeros<sup>(14)</sup>. A menudo, actividades como higiene del paciente en la cama pueden realizarse de manera rutinaria por el personal enfermero y producir emociones negativas en los pacientes<sup>(5,15-17)</sup>. En las UCIC algunos pacientes están conscientes, para los que la pérdida de autonomía al realizar la higiene podría suponer una invasión de su intimidad.

Diversos estudios evalúan la ansiedad y la depresión en pacientes en estado crítico, así como los diferentes estresores que pueden darse en estos pacientes<sup>(16,18)</sup>. Sin embargo, se carece de cuestionario validado alguno para cuantificar aspectos tan concretos del cuidado enfermero como las sensaciones generadas por la higiene diaria. Se desconocen los sentimientos y las necesidades que

presentan los pacientes conscientes durante la higiene realizada por personal sanitario en la cama.

Nuestro estudio plantea como hipótesis que, en las UCIC, cada vez más tecnificadas, no tenemos suficientemente en cuenta el estado emocional del paciente a la hora de proporcionarle estos cuidados básicos. Conocer la experiencia del paciente nos permitirá establecer líneas de mejora en la atención que ofrecemos, particularmente en la administración de cuidados tan sensibles como necesarios no solamente para favorecer una sensación de bienestar sino para prevenir el contagio de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

El objetivo del estudio es analizar la respuesta emocional de pacientes conscientes en estado crítico durante la higiene diaria en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos y compararla en función de experiencias previas o no.

## Método

### Diseño del estudio

Estudio prospectivo y descriptivo que cumplió con lo propuesto en la lista de verificación *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)<sup>(19)</sup>.

### Lugar

Unidad de cuidados intensivos cardiológicos del Hospital Clínic de Barcelona, institución de nivel terciario de alta tecnología.

En nuestro centro la UCIC cuenta con 16 camas. La unidad se reformó totalmente en el año 2015 y cada paciente dispone de una habitación individual, sin baño, con puertas de cristal que se opacifican y que se abren en su totalidad desde fuera.

El perfil de los pacientes atendidos es muy diverso. Algunos se encuentran sedados, con ventilación mecánica, inestables hemodinámicamente y con dispositivos invasivos de soporte circulatorio; por el contrario, otros se encuentran conscientes en todo momento y, aunque más estables, precisan de ingreso en la UCIC por el elevado riesgo de padecer complicaciones letales.

### Periodo

La recolección de datos se inició en julio de 2021 entre todos los pacientes que de manera consecutiva cumplían con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión hasta completar el tamaño muestral en diciembre de 2021.

## Población

Se realiza una encuesta anónima a los pacientes que ingresan en la UCIC de un hospital de alta tecnología, a las 24-48 horas del ingreso y una vez realizada la higiene en la cama. Se considera para participar en el estudio a los pacientes que cumplen todos los criterios de inclusión y cuando no cumplen ninguno de los criterios de exclusión. La población del estudio correspondió a todos los pacientes mayores de 18 años, conscientes e ingresados en la UCIC durante un mínimo de 48 horas, que estén en reposo, se les haya realizado higiene en la cama y acepten responder la encuesta anónima. Se excluyó a los pacientes con deterioro cognitivo o incapaces de contestar la encuesta, a aquellos con una situación clínica que impidiese responder la encuesta en las primeras 48 horas, y a los que ingresan en la UCIC trasladados de otra unidad u otros hospitales, con una estancia en origen superior a 24 horas.

## Definición de la muestra

Durante el año 2018 ingresaron 625 pacientes en la UCIC, de los cuales 386 estaban conscientes y, por lo tanto, eran posibles candidatos a contestar la encuesta. Ajustando las pérdidas a un 10%, el cálculo de la muestra resultante fue de 148 pacientes.

## VARIABLES DE ESTUDIO

El objetivo del estudio se analiza a través de un cuestionario *ad hoc*. Este instrumento se basa en la higiene del primer día.

Se realiza una revisión bibliográfica en la que no se encuentra ningún cuestionario que valore diferentes aspectos de la higiene en pacientes en estado crítico; sin embargo, se determinan diferentes aspectos que influyen en la percepción de cuidados de calidad y bienestar de los pacientes en las UCI, a saber: comunicación con el paciente, intervenciones humanizadoras, participación de la familia en los cuidados de pacientes en estado crítico, privación del sueño y dolor<sup>(8,18,20-24)</sup>. Basándonos en estos ítems se trabajó una encuesta para valorar la percepción y emociones de los pacientes con respecto a la higiene en la cama. Se realizó una prueba inicial con cinco individuos para garantizar que las preguntas fueran claras, sencillas y comprensibles para los usuarios.

En esta prueba inicial, el 60% fueron hombres y la media de edad fue 70±14 años. Al 60% de los pacientes no les habían realizado higiene en la cama anteriormente. De estos pacientes, el 66% manifestó sentir vergüenza mientras se los higienizaba y que percibieron mucha o bastante invasión de su intimidad. Las interrupciones molestaron un poco o bastante al 40% de los pacientes.

En el 80% de los casos, la higiene estuvo a cargo de dos mujeres; sin embargo, no preguntamos si este hecho era del gusto de los pacientes o no. Un paciente manifestó que agradeció que le permitieran lavarse los genitales él mismo. Solo uno de cinco pacientes manifestó que le gustaría que un familiar colaborase en la higiene.

El cuestionario inicial no reflejaba algunos aspectos relevantes para el estudio como si el paciente estaba cómodo con los profesionales durante la higiene o algunas de sus preferencias. Es por ello que, de la primera versión del cuestionario a la definitiva tras la prueba, se ampliaron cuestiones sobre situaciones que se producen durante la higiene, como ser la comunicación entre profesionales y paciente; también se añadió la preferencia en cuanto a la cantidad y al sexo de los profesionales que colaboraban en la técnica, así como en la higiene genital.

El cuestionario consta de 30 ítems [9 preguntas con opción múltiple, 8 con puntuación del 1 al 4 en escala Likert (preguntas de estimación), 12 preguntas binarias y 1 pregunta abierta]. Las preguntas se refieren a cómo se ha sentido el paciente cuando se le ha realizado la higiene, cómo se ha llevado a cabo, por quién, si concuerda con sus preferencias, y si le gustaría que un familiar estuviera implicado en este cuidado. Finalmente, se solicita una valoración global y se da opción a un comentario abierto.

Se recogen también datos sociodemográficos principales (sexo, edad, estado civil, familiares convivientes), diagnóstico de ingreso y cantidad y duración de las visitas familiares.

## Recolección de datos

El cuestionario se entrega a los pacientes conscientes entre las 24 y 48 horas posteriores al ingreso en la UCIC, después de que se les haya realizado la higiene en la cama.

Los cuestionarios son realizados por una de las investigadoras que no tiene trato asistencial directo con los pacientes para evitar sesgos de conformidad.

Procedimiento: siguiendo el protocolo del hospital y las recomendaciones de prevención de infecciones en pacientes en estado crítico<sup>(11)</sup>, desde inicios de 2021 la higiene de estos pacientes se realiza en esta unidad con toallitas de clorhexidina, esponja sin jabón para el rostro y, para los genitales, agua y jabón o toallitas de clorhexidina según las necesidades del paciente. Las toallitas se mantienen a una temperatura de 45°C mediante un calentador proporcionado por la empresa.

## Tratamiento y análisis de los datos

Las variables cuantitativas se expresan como media ± Desviación Estándar (DE) o como mediana e

intervalo intercuartílico (Q1-Q3) si no siguen criterios de normalidad. Se comparan mediante la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y se analizan mediante la prueba de chi-cuadrado. Se analiza a los participantes en función de si es la primera vez que se los higieniza en la cama, comparando estos dos subgrupos. En el Grupo A se incluyó a aquellos a quienes alguna vez se les había realizado la higiene en la cama, y el Grupo B estuvo conformado por los que nunca habían sido higienizados en la cama. Se considera significancia cuando  $p < 0,05$ . El análisis estadístico se realiza en IBM SPSS v23.

### Aspectos éticos

Se informó del estudio a los participantes, se proporcionó información por escrito y se solicitó su

consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Medicamentos del centro (HCB/2021/0552).

### Resultados

De 148 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, todos accedieron a participar en el estudio. La media de edad fue  $67 \pm 15$  años y el 67,6% fueron hombres. El 58,5% de los pacientes estaban casados o en pareja. Los pacientes conviven de media con  $2,31 \pm 0,9$  familiares y el 74,7% recibió visitas al momento del ingreso. El principal diagnóstico de ingreso fue Síndrome Coronario Agudo (SCA) con o sin elevación del segmento ST. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del estudio.

Tabla 1 - Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes (n=148). Barcelona, España, 2021

Variáveis	
Edad (DE <sup>*</sup> )	67±15
Sexo (mujeres) n (%)	48 (32,4)
Estado civil n (%)	
Casada/o	74 (50,3)
En pareja	12 (8,2)
Divorciada/o	16 (10,9)
Soltera/o	24 (16,3)
Viuda/o	21 (14,3)
Número convivientes (incluido el paciente) (DE <sup>*</sup> )	2,31±0,9
Visitas al ingreso n (%)	109 (74,4)
Cantidad de visitas al ingreso (DE <sup>*</sup> )	1,34±0,71
Diagnóstico n (%)	
IAMEST <sup>†</sup>	32 (21,6)
IAMSEST <sup>‡</sup>	35 (23,6)
ICA <sup>§</sup>	5 (3,4)
IVAT <sup>  </sup>	15 (10,1)
Mitraclip	5 (3,4)
BAVc <sup>¶</sup>	11 (7,4)
Derrame pericárdico	4 (2,7)
Tormenta arrítmica	6 (4,1)
Otros	35 (23,6)

\*DE = Desviación Estándar; †IAMEST = Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST; ‡IAMSEST = Infarto Agudo de Miocardio Sin Elevación del Segmento ST; §ICA = Insuficiencia Cardíaca Aguda; ||IVAT = Implante de Válvula Aórtica Transcatéter; ¶BAVc = Bloqueo Aurículo-Ventricular completo

Al 66,9% de los pacientes ya los habían higienizado en la cama en internaciones anteriores. Resultó significativo ( $p < 0,005$ ) que los pacientes a los que nunca les habían realizado la higiene eran más jóvenes:  $54 \pm 14$  vs  $73 \pm 11$  años.

En su mayoría, los pacientes están casados o en pareja. Sí fue significativo que entre los pacientes a

quienes nunca se los ha higienizado en la cama había mayor cantidad de solteros: 9,1% vs 31,6%.

Los pacientes a los que nunca los había higienizado en la cama (Grupo B) sintieron significativamente mayor vergüenza. Por el contrario, aquellos a quienes ya les habían realizado la higiene con anterioridad (Grupo A) presentaron mayor conformismo (Tabla 2).

Tabla 2 - Aspectos conductuales: diferencias en función de experiencias previas de higiene en la cama. Barcelona, España, 2021

Aspectos conductuales	TOTAL (n=148)	Grupo A Higiene en la cama realizada con anterioridad (n=99)	Grupo B Higiene en la cama nunca realizada (n=49)	p*
¿Qué pensó cuando le dijeron que iban a higienizarlo en la cama? n (%)				
Vergüenza	40 (27)	10 (10,1)	30 (61,2)	
Alivio	23 (15,5)	17 (17,2)	6 (12,2)	
Conformismo	68 (45,9)	55 (55,6)	13 (26,5)	<0,05
Otros	17 (11,5)	17 (17,2)	0	
¿Sintió que invadían su intimidad? n (%)				
Absolutamente no	86 (58,1)	75 (75,8)	11 (22,4)	
Un poco	39 (26,4)	21 (21,2)	18 (36,7)	
Bastante	12 (8,1)	2 (2)	10 (20,4)	<0,05
Mucho	11 (7,4)	1 (1)	10 (20,4)	
¿Cuántas personas lo higienizaron? (DE <sup>†</sup> )	1,96±0,2	1,97±0,17	1,94±0,24	NS <sup>‡</sup>
¿Cuántas personas habría preferido? n (%)				
La misma cantidad	134 (90,5)	97 (98)	37 (75,5)	
Menos	14 (9,5)	2 (2)	12 (24,5)	<0,05
¿Le resultó agradable que hablaran usted durante la higiene?				
n (%) SI	119 (82,6)	83 (87,4)	36 (73,5)	0,037
¿Le resultó agradable que explicaran historias durante la higiene?				
n (%) SI	107 (74,3)	75 (78,9)	32 (65,3)	NS <sup>‡</sup>
¿Le resultó agradable su profesionalidad?				
n (%) SI	110 (76,9)	76 (80,9)	34 (69,4)	NS <sup>‡</sup>
¿Le resultó agradable la sensación de limpieza?				
n (%) SI	96 (66,7)	69 (72,6)	27 (55,1)	0,028
¿Cómo lo higienizaron? n (%)				
Toallitas de clorhexidina	140 (95,9)	94 (96,9)	46(93,9)	
Agua y jabón	6 (4,1)	3 (3,1)	3 (6,1)	NS <sup>‡</sup>
¿Le permitieron lavarse los genitales?				
n (%)	85 (61,6)	44 (49,4)	41 (83,7)	<0,05
Si la respuesta fue NO, ¿Habría preferido lavarse los genitales usted mismo? n (%) (n=49)				
Absolutamente no	22 (44,9)	22 (53,7)	0	
Un poco	11 (22,4)	8 (19,5)	3 (37,5)	
Bastante	11 (22,4)	7 (17,1)	4 (50)	
Mucho	5 (10,2)	4 (9,8)	1 (12,5)	0,036

p\* = Nivel de significancia. Prueba de chi-cuadrado (Valores de p<0,05 se consideraron significativos); <sup>†</sup>DE = Desviación Estándar. Prueba t de Student; <sup>‡</sup>NS = No Significativo

El 40% de los pacientes del Grupo B sintieron que les invadían su intimidad bastante o mucho y de manera significativa, frente al 3% del Grupo A.

En ambos grupos, la higiene fue llevada a cabo por una media de aproximadamente dos profesionales; sin embargo, 1 de cada 4 integrantes del Grupo B habría preferido que fueran menos.

A más del 70% de los pacientes les resulta agradable que el profesional hable con ellos, explique historias y sea profesional mientras realiza la higiene. Sin embargo, aquellos a quienes ya se los había higienizado con anterioridad lo destacan en mayor porcentaje.

Fue significativo que los pacientes del Grupo A valoraran más positivamente la sensación de limpieza que los del Grupo B.

A los pacientes del Grupo B se les ofreció significativamente más frecuentemente que se lavaran los genitales ellos mismos; además, en este grupo, todos los pacientes prefirieron realizar esta tarea ellos mismos.

En la Tabla 3 se muestran aspectos técnicos de la higiene como las interrupciones, que fueron significativamente mayores en el Grupo B, y que se abrió más la puerta durante la higiene. Las interrupciones molestaron un poco al 83% de los pacientes del Grupo B frente al 24% del Grupo A. Además, al 76% del Grupo B le molestó un poco que se abriera la puerta frente al 32% del Grupo A.

En su mayoría, los pacientes no tuvieron dolor durante la higiene; tampoco frío ni calor.

Tabla 3 - Aspectos técnicos de la higiene: diferencias en función de experiencias previas de higiene en la cama. Barcelona, España, 2021

Aspectos técnicos de la higiene	TOTAL (n=148)	Grupo A Higiene en la cama realizada con anterioridad (n=99)	Grupo B Higiene en la cama nunca realizada (n=49)	p*
¿Hubo interrupciones durante la higiene?				
n (%) SI	41 (27,7)	22 (22,2)	19 (38,8)	0,028
¿Le molestaron las interrupciones? n (%) (n=39)				
Absolutamente no	19 (48,7)	16 (76,2)	3 (16,7)	0,002
Un poco	12 (30,8)	4 (19)	8 (44,4)	
Bastante	6 (15,4)	1 (4,8)	5 (27,8)	
Mucho	2 (5,1)	0	2 (11,1)	
¿Se mantuvo la puerta cerrada?				
n (%) SI	98 (66,2)	73 (73,7)	25 (51)	0,005
¿Le molestó que abrieran la puerta? n (%) (n=46)				
Absolutamente no	22 (47,8)	17 (68)	5 (23,8)	0,005
Un poco	14 (30,4)	7 (28)	7 (33,3)	
Bastante	8 (17,4)	1 (4)	7 (33,3)	
Mucho	2 (4,3)	0	2 (9,5)	
¿Tuvo dolor? n (%)				
Absolutamente no	123 (83,7)	87 (87,9)	36 (75)	NS <sup>†</sup>
Un poco	19 (12,9)	11 (11,1)	8 (16,7)	
Bastante	4 (2,7)	1(1)	3 (6,3)	
Mucho	1 (0,7)	0	1 (2,1)	
¿Sintió frío o calor? n (%)				
Estuvo bien	101 (69,2)	69 (71,1)	32 (65,3)	NS <sup>†</sup>
Un poco de frío	41 (28,1)	24 (24,7)	17 (34,7)	
Mucho frío	4 (2,7)	4 (4,1)	0	
Turno de higiene n (%)				
Mañana	90 (60,8)	57 (57,6)	33 (67,3)	NS <sup>†</sup>
Noche	56 (37,8)	41 (41,4)	15 (30,6)	
Tarde	2 (1,4)	1 (1)	1 (2)	
Turno de preferencia para la higiene n (%)				
Mañana	119 (80,4)	79 (79,8)	40 (81,6)	NS <sup>†</sup>
Noche	28 (18,9)	20 (20,2)	8 (16,3)	
Tarde	1 (0,7)	0	1 (2)	
¿Le despertaron para higienizarlo?				NS <sup>†</sup>
n (%) SI	48 (32,9)	35 (35,7)	13 (27,1)	NS <sup>†</sup>
¿Tenía alguna prueba/intervención en las siguientes 3 horas?				NS <sup>†</sup>
n (%) SI	42 (29,2)	30 (30,9)	12 (25,5)	NS <sup>†</sup>

p\* = Nivel de significancia. Prueba de chi-cuadrado (Valores de p<0,05 se consideraron significativos); <sup>†</sup>NS = No Significativo

El 38% de los procedimientos de higiene que se realizan en nuestra UCIC se desarrollan en el turno noche, aunque generalmente tienen lugar de 6 a 8 de la mañana y el 87,5% de los pacientes tenían alguna prueba o intervención quirúrgica en las siguientes 3 horas.

La higiene es llevada a cabo en un 67% por dos mujeres y en un 32% por un hombre y una mujer. No se encontraron diferencias entre ambos grupos. En la Tabla 4 se muestran las diferencias entre ambos grupos respecto al sexo de los profesionales que realizan la higiene y las preferencias del paciente.

Tabla 4 - Sexo de los profesionales implicados en realizar la higiene y preferencias: diferencias en función de experiencias previas de higiene en la cama. Barcelona, España, 2021

Sexo de los profesionales implicados en realizar la higiene y preferencias	TOTAL (n=148)	Grupo A Higiene en la cama realizada con anterioridad (n=99)	Grupo B Higiene en la cama nunca realizada (n=49)	p*
¿Qué personal lo higienizó, por sexos? n (%)				
Mujer	99 (66,9)	63 (63,6)	36 (73,5)	
Mujer/Hombre	48 (32,4)	36 (36,4)	12 (24,5)	NS†
Hombre	1 (0,7)	0	1(2)	
¿Qué personal hubiera preferido, por sexos? n (%)				
Mujer	110 (74,3)	73 (73,7)	37 (75,5)	
Mujer/Hombre	31 (20,9)	21 (21,2)	10 (20,4)	NS†
Hombre	7 (4,7)	5 (5,1)	2 (4,1)	
¿Preferiría que un familiar suyo le realizara o colaborara en la higiene?				
n (%) SI	47 (32)	34 (34,7)	13 (26,5)	NS†
Si la respuesta fue SI, ¿Qué parentesco tiene con usted? n (%) (N=48)				
Esposa	22 (45,8)	19 (55,9)	3 (21,4)	
Pareja	4 (8,3)	1 (2,9)	3 (21,4)	
Hija	15 (31,3)	14 (41,2)	1 (7,1)	<0,05
Madre	6 (12,5)	0	6 (42,9)	
Otros	1 (2,1)	0	1 (7,1)	

p\* = Nivel de significancia. Prueba de chi-cuadrado (Valores de p<0,05 se consideraron significativos); †NS = No Significativo

El 32% de los pacientes preferiría que un familiar realizara o colaborase en la higiene, sin diferencias entre los grupos. El 5% de los pacientes reflejaron en la pregunta abierta que preferían ser higienizados con agua y jabón en lugar de con toallitas de clorhexidina.

## Discusión

La atención sanitaria debe individualizarse e implementar cuidados centrados en el paciente; por ello, cada vez revisten más relevancia aquellos estudios enfocados en la experiencia de paciente<sup>(4-5,9)</sup>. No existe gran evidencia sobre la experiencia en los cuidados enfermeros en UCI, y principalmente se limita a estudios cualitativos<sup>(13,25)</sup>.

Dado que no todo puede individualizarse, ya que en ocasiones influye la organización, el personal o la infraestructura de las UCI, es necesario conocer qué piensan los pacientes mayormente, para así adaptar nuestras unidades al beneficio de una mayor cantidad de pacientes.

En su mayoría, los pacientes conscientes a los que se les realiza la higiene en la cama por primera vez presentan vergüenza, y el 40% siente bastante o mucha invasión de su intimidad.

También les molesta en mayor medida que se abran las puertas o haya interrupciones. Sin embargo, en ingresos posteriores, los pacientes ya no sienten que la higiene en la cama sea una invasión de su intimidad:

manifiestan más conformismo ante esta técnica, les resulta más agradable el contacto con el personal de Enfermería (mientras hablan durante la higiene) o su profesionalidad y disfrutan más de la sensación de limpieza.

Los pacientes a los que nunca se los ha higienizado en la cama también son más jóvenes y con mayor cantidad de solteros, lo que podría aumentar el hecho de que sientan mayor vergüenza.

La higiene es llevada a cabo en el 67% por dos mujeres y en el 32% por un hombre y una mujer. Este dato resulta equiparable con el sexo de los profesionales sanitarios de la unidad.

Las interrupciones en la UCI son frecuentes; se estima 1 interrupción cada 3 minutos, mayoritariamente relacionadas con el desarrollo del trabajo o con los pacientes<sup>(3,26)</sup>. De los resultados de nuestro estudio se extrae que hubo significativamente más interrupciones y que se abrió la puerta más veces en los pacientes del Grupo B. Este dato se presenta extraño, y más bien podría responder a que estos pacientes eran más conscientes de estas interrupciones, siendo éstas más molestas.

A pesar de que se recomienda favorecer el descanso nocturno y no realizar procedimientos de higiene durante la noche, a un tercio de estos pacientes se los higieniza en el turno noche, generalmente de 6 a 8 de la mañana, siguiendo el sistema de organización del hospital. Al 12,5% de estos pacientes se les despertó para realizar esta técnica sin la existencia de ninguna prueba o intervención



temprana<sup>(24)</sup>. Debemos seguir trabajando en este sentido para favorecer el descanso de los pacientes siempre que sea posible.

El principal factor estresante de los pacientes en la UCI es el dolor<sup>(8,18,27)</sup>. Es importante destacar que los pacientes estudiados calificaron a la higiene como no dolorosa.

El hecho de que, según la bibliografía<sup>(18)</sup>, estar separado de la familia sea uno de los factores más estresantes de la UCI contrasta con lo descubierto en este estudio, en el que se halló un pequeño porcentaje de pacientes que preferían participación de la familia en sus cuidados. Los pacientes estudiados estaban conscientes y mayormente estables cuando se realizó la encuesta, que además fue entre las 24 y 48 horas posteriores al ingreso, hecho que podría influir en que no quisieran que los familiares participaran de los cuidados de UCI.

La participación de las familias puede mejorar los resultados psicosociales, emocionales y físicos de los pacientes en estado crítico y mitigar el riesgo de morbilidad psicológica relacionada con su experiencia en la UCI<sup>(22-23)</sup>. Por ello, sería necesario desarrollar estudios con pacientes que se mantengan admitidos en la UCI durante periodos extensos de tiempo, ya que ingresos más prolongados en UCI provocan experiencias más negativas<sup>(15,18)</sup>, al igual que analizar la opinión de la familia respecto a su implicancia en la colaboración de los cuidados.

Los pacientes cardiológicos son pacientes crónicos que suelen reingresar por descompensaciones o empeoramiento a lo largo de su vida. Como profesionales sanitarios, es grato pensar que, en los siguientes ingresos, a los pacientes les resulta más agradable que los higienicen y disfruten más de nuestra compañía.

Un estudio cualitativo del año 2008 evaluó la percepción de los pacientes respecto a la higiene en la UCI, hallándose sensaciones negativas como falta de respeto e insensibilidad por parte de los profesionales<sup>(13)</sup>. En nuestro estudio, la percepción de los pacientes fue mayoritariamente positiva, destacando que les resultaba agradable el contacto y la comunicación con el personal de Enfermería. Posiblemente, en los últimos años hemos mejorado nuestra atención a los pacientes, situándolos en el centro del cuidado, y esto favorece una mejor percepción de su estancia en la UCI<sup>(21)</sup>.

Hablar con los pacientes mientras se los higieniza puede contribuir a minimizar el estrés en la UCI<sup>(5,20)</sup>. Según un estudio que evalúa la percepción del baño con toallitas de clorhexidina, esta práctica es rechazada por el 16% de los pacientes. En nuestro estudio, solamente el 5% manifestó preferir el baño con agua y jabón, quizás ya que se explica a los pacientes el beneficio esperado de prácticas de prevención de infecciones que se realizan a diario<sup>(25)</sup>.

El estudio fue realizado con restricciones de visitas por la pandemia de COVID-19, limitadas a una hora por la mañana y a una por la tarde, sin permitir intercambiar familiares, lo que impidió que el tiempo de visita fuera amplio. Este hecho, conjuntamente con que la encuesta se realizara durante los primeros dos días de ingreso, pudo influir en que los pacientes no quisieran que sus familiares participaran de cuidados propios en la UCIC.

Para el cálculo de la muestra se utilizaron los datos del año 2018, ya que por cuestiones organizativas durante 2019 hubo mayor cantidad de pacientes sedados e intubados, no representativos de la tendencia en la unidad. Los datos de 2020 también fueron descartados para el cálculo muestral, ya que sufrieron alteraciones por consecuencia de la pandemia de COVID-19.

Como limitaciones del estudio, el cuestionario no fue validado mediante análisis de sus propiedades psicométricas (fiabilidad, validez, etc.), y únicamente se realizó una prueba inicial con 5 sujetos, por lo que podría tener cierto sesgo de elaboración. En el diseño del estudio no se contempló la perspectiva de género y se catalogó a los pacientes según su sexo biológico.

## Conclusión

Este estudio concluye que, a nivel global, los pacientes no sienten invasión de su intimidad cuando se les realiza la higiene en la cama y que aprecian una comunicación fluida con el personal sanitario mientras se desarrollan estos cuidados.

Los pacientes que ingresan en la UCIC por primera vez y a quienes no se los había higienizado en la cama son más jóvenes, sienten mayor vergüenza ante los profesionales sanitarios y les molestan más las interrupciones, siendo más conscientes de ellas.

Como responsables de la higiene de pacientes en estado crítico, los enfermeros deben procurar mantener la intimidad mientras se realiza la técnica y minimizar las interrupciones que puedan incomodar al paciente.

Los pacientes aprecian y agradecen que se les ofrezca lavarse los genitales ellos mismos. Es necesario sensibilizar los profesionales acerca de la importancia de implicarlos activamente durante el procedimiento, invitando sistemáticamente a los pacientes a lavarse ellos mismos las zonas que puedan (incluidos los genitales), siempre que sea posible.

Cierto porcentaje de pacientes apreciarían que un familiar participase al momento de la higiene. Se requieren futuros estudios para evaluar la voluntad de los familiares de participar más activamente en los cuidados.



## Referencias

- Jorge P, Ariza-Solé A. Cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos: un binomio indisoluble. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(11):1002. <https://doi.org/10.1016/j.recsp.2021.07.002>
- Ferrer M, García-García C, El Ouaddi N, Rueda F, Serra J, Oliveras T, et al. Transitioning from a coronary to a critical cardiovascular care unit: trends over the past three decades. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2021;10(4):437-44. <https://doi.org/10.1177/2048872620936038>
- Sasangohar F, Donmez B, Easty A, Storey H, Trbovich P. Interruptions experienced by cardiovascular intensive care unit nurses: an observational study. *J Crit Care*. 2014;29(5):848-53. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.05.007>
- Kang J, Lee M, Cho YS, Jeong JH, Choi SA, Hong J. The relationship between person-centred care and the intensive care unit experience of critically ill patients: A multicentre cross-sectional survey. *Aust Crit Care*. 2022;35(6):623-9. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.10.010>
- Hong J, Kang J. Development and validation of a patient version of person-centered critical care nursing questionnaire: a methodological study. *SAGE Open*. 2020;10(2):215824402092442. <https://doi.org/10.1177/2158244020924423>
- Calviño-Günther S, Vallod Y. Patient care: From body to mind. In: Boulanger C, McWilliams D, editors. *Passport to Successful ICU Discharge*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 29-42.
- Tsogbadrakh B, Kunaviktikul W, Akkadechanunt T, Wichaikhum OA, Turale S. Nurse and patient perceptions of quality nursing care in Mongolian public hospitals. *PRIJNR [Internet]*. 2020 [cited 2023 Mar 18];24(4):514-26. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/237091>
- Diğın F, Kızılıcak Özkan Z, Kalaycı E. Intensive care experiences of postoperative patients. *J Patient Exp*. 2022;9:23743735221092490. <https://doi.org/10.1177/23743735221092489>
- Youn H, Lee M, Jang SJ. Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;73(103293):103293. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103293>
- Toledo LV, Sampaio NV, Salgado PO, Brinati LM, Domingos CS, Souza CC, et al. Déficit no autocuidado para banho: caracterização do diagnóstico de enfermagem em pacientes críticos. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020; (43):e3284. <https://doi.org/10.25248/reas.e3284.2020>
- Díaz E, Turégano C. Daily skin antisepsis and hygiene in the critically ill patient. *Med Intensiva*. 2019;43(Suppl 1):13-7. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.010>
- Pérez-Ortega S, Durán VH, Gracia SV, Ferri EF, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, et al. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. *Enferm Cardiol [Internet]*. 2021 [cited 2023 Mar 18]. Available from: [https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/627258790ab95\\_ART-2-82AO02.pdf](https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/627258790ab95_ART-2-82AO02.pdf)
- Nakatani AYK, Souza ACS, Gomes IV, Sousa MM. O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem recebe. *Cien Cuid Saúde [Internet]*. 2004 [cited 2023 Mar 18];3(1):13-22. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5511>
- Estacio Almeida EV, Zambrano Zambrano KJ, Bravo Bravo KG, Rosales Cevallos AE. Bioética y aspectos médico-legales en la Unidad de Cuidados Intensivos. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015. *Recimundo [Internet]*. 2019 [cited 2023 Mar 18];3(3):952-69. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/556>
- Bani Hani DA, Alshraideh JA, Alshraideh B. Patients' experiences in the intensive care unit in Jordan: A cross-sectional study. *Nurs Forum*. 2022;57(1):49-55. <https://doi.org/10.1111/nuf.12650>
- Zengin N, Ören B, Üstündag H. The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care*. 2020;25(2):109-16. <https://doi.org/10.1111/nicc.12465>
- Veje PL, Chen M, Jensen CS, Sørensen J, Primdahl J. Bed bath with soap and water or disposable wet wipes: Patients' experiences and preferences. *J Clin Nurs*. 2019;28(11-12):2235-44. <https://doi.org/10.1111/jocn.14825>
- Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda R. Psychological distress in patients admitted in an Intensive Care Unit. *Rev Psicopatol Psicol Clín [Internet]*. 2014 [cited 2023 Mar 18];18(2):129. Available from: <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12769>
- von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):573. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
- Uhel S, Robin V, Fely L, Vaux M, Allix-Beguec C, Briatte I. The effect of therapeutic communication when washing patients. *Soins*. 2020;65(845):10-3. [https://doi.org/10.1016/S0038-0814\(20\)30075-X](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(20)30075-X)
- Guijarro PG, Amezcua M. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Ética de los Cuidados [Internet]*. 2018 [cited


- 2023 Mar 18];11. Available from: <http://ciberindex.com/c/et/e11934>
22. Wong P, Redley B, Digby R, Correya A, Bucknall T. Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care*. 2020;33(4):317-25. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.002>
23. Heydari A, Sharifi M, Moghaddam AB. Family participation in the care of older adult patients admitted to the intensive care unit: A scoping review. *Geriatr Nurs*. 2020;41(4):474-84. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.020>
24. Grimm J. Sleep deprivation in the intensive care patient. *Crit Care Nurse*. 2020;40(2):e16-24. <https://doi.org/10.4037/ccn2020939>
25. Caya T, Knobloch MJ, Musuuza J, Wilhelmson E, Safdar N. Patient perceptions of chlorhexidine bathing: A pilot study using the health belief model. *Am J Infect Control*. 2019;47(1):18-22. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.07.010>
26. Santomauro C, Powell M, Davis C, Liu D, Aitken LM, Sanderson P. Interruptions to intensive care nurses and clinical errors and procedural failures: A controlled study of causal connection: A controlled study of causal connection. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1433-40. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000528>
27. Edeer AD, Bilik Ö, Kankaya EA. Thoracic and cardiovascular surgery patients: Intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care*. 2020;25(4):206-13. <https://doi.org/10.1111/nicc.12484>

---

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui. **Obtención de datos:** Silvia Pérez-Ortega. **Análisis e interpretación de los datos:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui. **Análisis estadístico:** Silvia Pérez-Ortega. **Redacción del manuscrito:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui.

---

Autor de correspondencia:  
Silvia Pérez-Ortega  
E-mail: [sperezo@clinic.cat](mailto:sperezo@clinic.cat)  
 <https://orcid.org/0000-0001-8625-8667>

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

Recibido: 20.04.2023  
Aceptado: 27.07.2023

Editor Asociado:  
César Calvo-Lobo

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.