



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

CUIDADOS HUMANIZADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Alumna: Martínez Gutiérrez Manuela

Tutora: Juárez Ruíz Josefa Luisa

Dpto: Coordinadora Hospital San Juan de la Cruz - Úbeda

Mayo, 2022

INDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Qué es la humanización.....	7
1.2 Características de la humanización.....	7
1.3 La humanización de los cuidados.....	8
1.4 Atención centrada en la persona.....	12
1.5 Los cuidados intensivos.....	13
1.6 Justificación del estudio.....	16
2. METODOLOGÍA.....	17
2.1 Objetivo.....	17
2.2 Diseño.....	17
2.3 Estrategia de búsqueda.....	17
2.3.1 Diagrama de flujo.....	20
2.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	21
3. RESULTADOS	22
3.1. Uci de puertas abiertas. Flexibilidad de horarios de visita. Presencia y participación de la familia en los cuidados.....	24
3.2 Comunicación.....	28
3.3 Bienestar del paciente.....	32
3.3.1 Otras estrategias para proporcionar bienestar al paciente.....	34
3.3.1.1 Musicoterapia.....	34
3.3.1.2 Favorecer descanso/sueño.....	35
3.3.2 Estrategias humanizadoras ante el COVID-19 para proporcionar bienestar al paciente.....	35
3.4 Cuidados al profesional.....	37
3.5 Síndrome post-cuidados intensivos.....	40
3.6 Cuidados al final de la vida.....	43
3.7 Infraestructura humanizada.....	46
4. DISCUSIÓN.....	50
5. CONCLUSIÓN	52
5.1 Propuestas de mejora.....	52

6. AGRADECIMIENTOS.....	54
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Humanización - Paciente/Familia - Profesional sanitario - Tecnología –UCI..	12
Figura 2. Relación Paciente-Familia-Profesionales sanitarios.....	14
Figura 3. Diagrama de flujo de la revisión bibliográfica.....	20
Figura 4. Otras estrategias para proporcionar bienestar al paciente.....	34
Figura 5. Estrategias humanizadoras ante el COVID-19 para proporcionar bienestar al paciente.....	35

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Organización del trabajo.....	18
Tabla 2: Bases de datos consultadas y cadenas de búsqueda.....	19
Tabla 3: Estrategias para la humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos.....	22
Tabla 4: Resultados en porcentajes de los artículos que apoyan las estrategias e intervenciones para la humanizar los cuidados en la unidad de cuidados intensivos.....	48

APÉNDICE DE ABREVIATURAS

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

CIE: Consejo Internacional de Enfermería

LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud

LTSV: Limitación de Tratamiento de Soporte Vital

PICS: Síndrome Post-Cuidados Intensivos

PubMed: Public Medline

RAE: Real Academia Española

SciELO: Scientific Electronic Library Online

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

TFG: Trabajo de Final de Grado

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

RESUMEN

La humanización de los cuidados se apoya en proporcionar una atención de calidad e integral, que considere a la persona como un todo, considerando las necesidades físicas, psicológicas, sociales y emocionales, así como las necesidades de la familia, teniendo una actitud de respeto y empatía. Los profesionales sanitarios en la UCI, aprenden habilidades comunicativas, debido a que el cuidado es un beneficio para los pacientes, en el que se aporta comprensión, confidencialidad, intimidad y empatía. Los pacientes experimentan dolor, pérdida de privacidad, por lo que produce desorientación y cambios en los ritmos circadianos. Una persona en el hospital necesita ayuda, se encuentra bajo de ánimos y su vida está en peligro debido a la enfermedad que presenta, con lo cual, se debe de proteger y controlar el dolor y la enfermedad y mejorar su salud en lo que se pueda. El objetivo de este trabajo ha sido identificar los cuidados enfermeros más frecuentes que se caracterizan en una unidad de cuidados intensivos humanizada. Para dar respuesta al objetivo planteado, se va a llevar a cabo una revisión narrativa-descriptiva de literatura científica existente sobre este tema, en diferentes bases de datos como: Pubmed, Scopus, Scielo, Lilacs, Cuiden Plus, Medline. Para organizar nuestros resultados, se han llevado a cabo basándonos en el Manual de Buenas Prácticas de HUCI. Los resultados obtenidos nos indican el porcentaje de cada buena práctica que se lleva a cabo en cada uno de los artículos encontrados. Como conclusión estas estrategias tienen la finalidad de proporcionar bienestar al paciente aumentando y consiguiendo el 100% en cada una de ellas, tarea difícil pero no imposible. Actualmente se va por buen camino hacia la humanización de los cuidados pero hay que seguir mejorando.

Palabras clave: humanización de la atención, humanización, cuidados de enfermería, unidad de cuidados intensivos, cuidados intensivos, enfermería.

ABSTRACT

The humanization of care is based on providing quality and comprehensive care, which considers the person as a whole, considering the physical, psychological, social and emotional needs, as well as the needs of the family, having an attitude of respect and empathy. Health professionals in the ICU learn communication skills, because care is a benefit for patients, in which understanding, confidentiality, intimacy and empathy are provided. Patients experience pain, loss of privacy, resulting in disorientation, and changes in circadian rhythms. A person in the hospital needs help, is in low spirits and his life is in danger due to the illness he presents, therefore, pain and illness must be protected and controlled and his health improved as much as possible. The objective of this work has been to identify the most frequent nursing care that is characterized in a humanized intensive care unit. In order to respond to our objective, a narrative-descriptive review of the existing scientific literature on this topic has been carried out in different databases such as: Pubmed, Scopus, Scielo, Lilacs, Cuiden Plus, Medline. The results obtained consist of a series of strategies that will help us to provide humanized care that is an open-door ICU with flexible visiting hours and the presence and participation of the family in care, communication, patient and professional well-being, post-mortem syndrome -intensive care, end-of-life care, humanized infrastructure. In conclusion, it can be said that after applying these strategies, the well-being of patients and family satisfaction increase, with quality care, through health professionals dedicated to humanizing the ICU.

Keywords: humanization of assistance, humanization, nursing cares, intensive care unit, intensive cares, nursing.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Qué es la humanización

Según la Real Academia Española (RAE), humanizar, es el “acto de hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”.¹

Cuando hablamos de humanizar, es todo lo que se realiza para fomentar y preservar la salud, curar las enfermedades y asegurar un entorno que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.²

La humanización supone una necesidad a día de hoy, no solo a nivel sanitario, sino también en las relaciones personales y en todos los ámbitos. A los profesionales sanitarios nos pertenece asumir la responsabilidad de proporcionar unos cuidados de calidad, no solo centrados en las técnicas sino también en la parte humana ofreciendo un enfoque holístico e integral de la atención y el cuidado.³

Cuando una persona se dirige a los profesionales de la salud es porque se encuentra en una situación vulnerable y espera ser tratada humanamente. En esta situación tan crucial deben recibir comprensión, empatía, habilidades para escuchar y calidez de nuestra parte.³

Sin embargo, muchas personas confunden el ser humano con el comportamiento humano. La humanidad es más que cortesía o amabilidad, es nuestro compromiso con nuestros pacientes cuando decidimos ejercer esta profesión, se trata de tratar a las personas como un todo.³

En la actualidad estamos viviendo un avance tecnológico muy importante lo que implica que los profesionales dispongan de unos recursos más avanzados lo que requiere una mayor especialización de estos. Esto no puede ser un impedimento para llevar a cabo unos cuidados humanizados. De ahí que surjan estándares a conseguir que nos valoren la humanización en las UCIS.

1.2 Características de la humanización

Bermejo en su artículo “Humanizar la salud” establece los valores que debe cumplir el personal de enfermería para la buena práctica de enfermería, y con el fin de establecer un “relación de ayuda” que define como “el proceso que pasa de la acogida y escucha que posibilitan la exploración a las respuestas personalizadas que favorecen la autocomprensión del enfermo y de su mundo y la iniciación a la acción”.⁴

1. Empatía: Ser capaz de tomar la perspectiva del paciente y ver las cosas desde el punto de vista de este, captar cómo le afectan las cosas, comprenderlo y dejar que experimente nuestra comprensión ajustada según su experiencia.
2. Autenticidad y congruencia: La relación que existe entre nosotros como personas y lo que enseñamos y practicamos como profesionales.
3. Respeto: Valorar la dignidad humana a la que se cuida. Nos permite identificar sus valores más importantes y tomar medidas para no afectarlos.
4. Comprensión: Comprender a la persona y lo que le sucede desde su perspectiva.
5. Solidaridad: Con los lugares que sufren con las instituciones y sus proyectos, con la mejora de la salud de las personas y del medio ambiente.
6. Tolerancia: No existe una actitud selectiva o de marginación en ningún aspecto de nuestros pacientes frente a cualquiera que necesite de nuestros servicios.
7. Altruismo: Actuar siempre en interés del paciente incondicionalmente.
8. Moderación: Saber medir la intensidad de nuestra actividad y cuándo retrasar nuestra intervención.
9. Equidad: Trabajamos sin preferencia alguna, a menos que sea necesario por la situación del paciente, y aceptamos la importancia de todos por igual.
10. No violencia: No recurrir a la violencia bajo ninguna circunstancia.⁴

1.3 La humanización de los cuidados

El cuidado humanizado se basa en brindar una atención holística e integral y de buena calidad que considere a la persona en su totalidad, teniendo en cuenta las necesidades físicas, así como las emocionales, relacionales y espirituales, así como los diferentes problemas de los pacientes y sus familias, adoptando una actitud basada en el respeto y afecto.^{5,6,7}

Humanizar los cuidados, para Watson, es un acercamiento del profesional de enfermería que aborda los aspectos emocionales, afectivos y “transpersonales” a través de actividades de enfermería, comunicación, resolución de problemas y el desarrollo de la empatía.⁸

Nos hemos alejado de la idea de cuidar a las personas, haciendo mecánicas las tareas e intervenciones de enfermería. Esto ha dado lugar a un cambio en las percepciones sobre

la calidad de nuestro trabajo y resultados y, sobre todo, el hecho de que algunos profesionales de la salud no tienen las actitudes necesarias para enfrentar estas situaciones, que son las posiciones más conflictivas en el campo del paciente global.⁴

El cuidado es una característica inherente a los profesionales de la salud, especialmente a las enfermeras.⁹ Es particularmente importante que la profesión de enfermería piense y se centre en cómo interactuamos y nos conectamos con quienes necesitan cuidados con una atención humanizada.¹⁰ El cuidado humano asume que los profesionales de la salud deben actuar como seres humanos, tener una actitud humana, velar por el bien de los demás y demostrar solidaridad, compasión, respeto y buscar la felicidad de los pacientes. Para empoderar, ayudar y acompañar a los pacientes, los profesionales sanitarios deben estar capacitados profesionalmente para orientar, guiar a los pacientes, es decir, ser muy objetivos y humanos en el trato a los pacientes.¹¹

El cuidado humano incluye el compromiso moral cuyo objetivo es proteger y fortalecer la dignidad humana. La necesidad de un cuidado humanizado requiere un compromiso ético por parte de los profesionales de la salud precisa que todas las personas, sanas y enfermas, mejoren su calidad de vida, participen en la educación sobre todos los cuidados que reciben, y por lo tanto, aumenten la percepción del paciente sobre el cuidado humano.¹²

En este punto, los profesionales sanitarios en especial enfermería deben observar e identificar las necesidades individuales de sus pacientes para brindarles los cuidados adecuados, priorizando el alivio de los síntomas, mejorando su comodidad, ayudando a adaptarse a la enfermedad, siendo conscientes de las posibles consideraciones que se derivan. Con lo cual, es muy importante contar con un plan humano que garantice una atención íntegra y personalizada a las personas, un trato de calidad, donde se fomente la máxima independencia, se fomente y garantice la seguridad y la confianza.⁴

El Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), centra la atención sanitaria en la escucha activa, comunicación, decisiones compartidas y corresponsabilidad, proponiendo una mejora en el funcionamiento del sistema sanitario, mediante estructuras de participación que garantizan la colaboración y la toma de decisiones entre el equipo de salud y los pacientes.¹³

La comunicación es una herramienta esencial para la humanización del cuidado. La comunicación nos brinda la información que necesitamos para llegar a la raíz de los

problemas que abarcaremos a través de nuestras actividades. Con lo cual la capacidad de desarrollar una comunicación efectiva y emocional es fundamental para humanizar el cuidado.⁴

Una enfermera con buenas herramientas de comunicación y una buena utilización de la empatía puede reducir la ansiedad de la persona y la percepción positiva del entorno sanitario.⁴

La comunicación con los pacientes se ve favorecida con la reflexión previa, el lenguaje sencillo y comprensible, saber escuchar, comprensión con el paciente, satisfacer la necesidad de información, etc. Se ha comprobado que mantener a los pacientes informados de los cuidados, técnicas y pruebas a las que pueden ser sometidos, es un beneficio para los pacientes, con lo que disminuye la ansiedad, favorece la seguridad en el mismo y mejora el autocuidado. Los componentes que forman parte de la comunicación en el paciente son: hablarle al paciente cerca del oído, despacio y con un tono de voz suave para que pueda comprender lo que le decimos, mostrar escucha activa ante el paciente y familia sin interpretar lo que el paciente nos dice, sino basándonos en las experiencias y sentimientos del mismo, en la escucha activa también participan la parte intelectual y la afectividad, manifestar movimientos con la cabeza o que el paciente abra y cierre la mano, esto se realiza con pacientes que tienen un buen nivel de conciencia y pueden comprender las indicaciones que les realizan los profesionales sanitarios, también se pueden realizar preguntas fáciles y así poder conocer el estado de salud del paciente, se utilizarán hojas con el abecedario e imágenes y papel y lápiz para aquellos pacientes que no pueden comunicarse verbalmente.¹⁴

Los profesionales sanitarios utilizan la tecnología en muchos entornos de la salud, entre ellas; para preservar y proteger la vida humana, llevar a cabo procesos y procedimientos cada vez más complejos y proporcionar información para ayudar a determinar los diagnósticos de enfermería. Los profesionales que atienden a los pacientes de UCI, necesitan utilizar la tecnología para detectar y tratar rápidamente enfermedades graves y potencialmente mortales. El objetivo principal es mantener estables las funciones vitales del paciente en UCI. ¹⁵

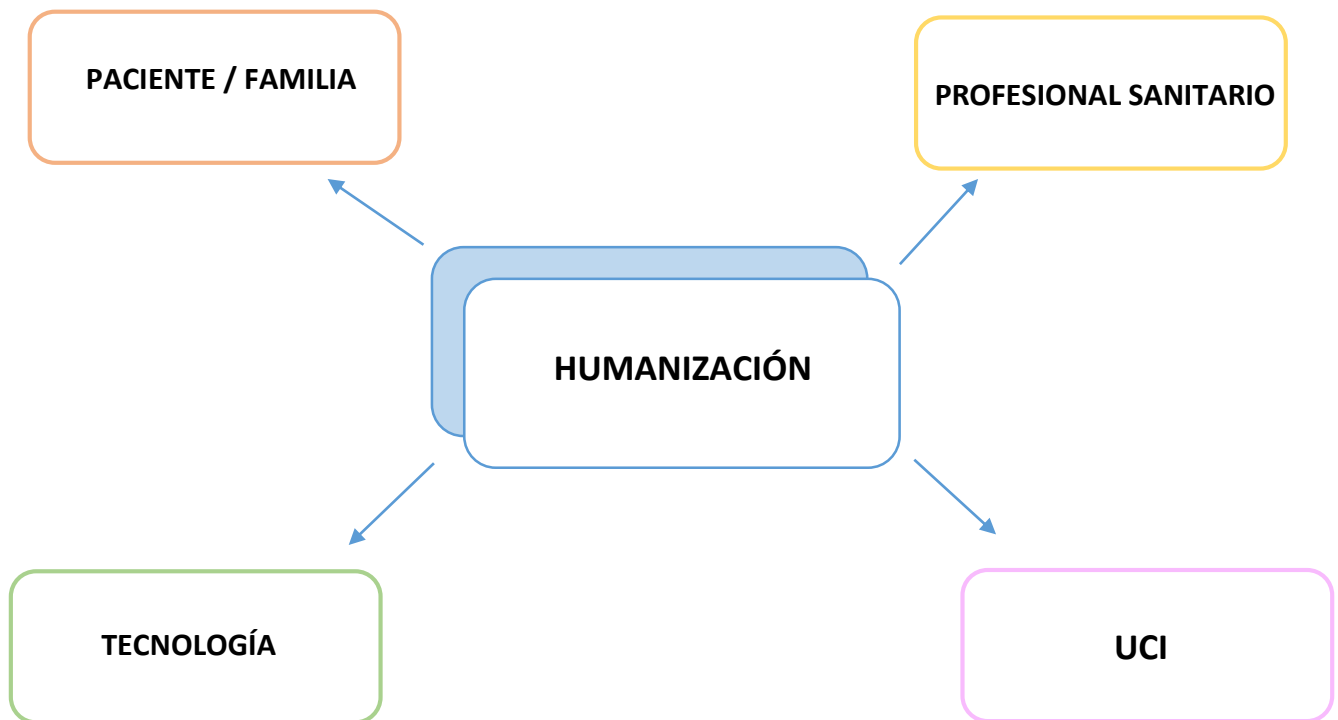
Los avances tecnológicos pueden ser utilizados por profesionales de enfermería como una herramienta para facilitar y optimizar sus servicios, permitiéndoles pasar más tiempo con

los pacientes.¹⁶ Por eso debemos desarrollar este tipo de tecnología además de técnicas formales y especializadas con muchos protocolos y búsquedas bibliográficas.⁴

La tecnología no es algo negativo en sí misma, lo que da significado a la tecnología es la utilización y aplicación en el contexto, a quien la utiliza y a quien la necesita. Los conocimientos de los profesionales de salud, las técnicas y equipos se emplean para satisfacer las necesidades humanas. Aunque el entorno ofrezca mucha tecnología, la relación terapéutica humanizada puede tener lugar reconociendo la dignidad humana del paciente. La enfermera es el intermediario que une la tecnología con la atención de salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en un entorno de tecnología.¹⁷

Es cierto que la tecnología da facilidades a la hora de realizar el trabajo y se complementa con la atención humanizada. El carácter humanitario o deshumanitario de los cuidados a través de los equipos tecnológicos se atribuye a su uso y a la acción de quien conoce y trabaja con los diferentes equipos y la aceptación que haga el paciente de esta tecnología. Por lo que la deshumanización de los cuidados en un entorno de tecnología no se debe a la tecnología en sí misma, sino, a la atención humana que se proporcione. Se debe tener claro que a veces la tecnología es el único soporte para satisfacer las necesidades y cuidados de los pacientes, por lo que no podemos hacer responsable a esta de perder la humanidad en un entorno de grandes tecnologías como es el caso de la UCI.¹⁷

Figura 1. Humanización - Paciente/Familia - Profesional sanitario - Tecnología - UCI.



Fuente: Elaboración propia.

1.4 Atención centrada en la persona

La atención integral intenta buscar el desarrollo de una forma de atender y servicios que va más allá de las prestaciones sanitarias, pretendiendo alcanzar la personalización coordinada y continuada con un profesional que planee, organice y valore las intervenciones que promuevan la autonomía y bienestar de las personas durante su enfermedad o dependencia.¹⁸

La atención debe estar centrada en la persona y en las necesidades que se detecten, por lo que los profesionales sanitarios deben adaptarse a cada persona para apoyarlas en su proceso de atención.¹⁸

El counselling centrado en la persona, significa acompañar holísticamente, es decir, considerar a la persona en todas sus dimensiones, física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa. También se puede entender como un acompañamiento al paciente que genere salud holística.¹⁸

Cuando se dice que se acompaña a la persona en sentido holístico, se genera salud en el ámbito mental, ya que la salud mental no es la ausencia de patologías mentales, sino lo que entendemos como las propias ideas, teorías, modos de interpretar la realidad.¹⁸

La visión holística de la persona en el counselling, aporta acompañar a promocionar salud en una dimensión social. La salud social se identifica favorecedora cuando la persona se relaciona bien consigo misma ya que puede experimentar un equilibrio con su cuerpo, promoviendo el autocuidado, belleza y autoestima, y se relacione con las personas, disfrute y tenga la capacidad de posponer la gratificación. Una persona tiene una buena salud social con las demás personas, cuando las personas hacen un buen uso de la mirada, cuando expresan ternura y cuando se ofrece contacto corporal de forma respetable y positiva sin invadir la intimidad ajena ni la propia.¹⁸

La salud emocional se habla cuando se manejan sentimientos que se reconocen, se dan nombre, se aceptan y se integran. Una persona que controle sus sentimientos de manera asertiva, es una persona sana emocionalmente.¹⁸

Por último se habla de salud espiritual cuando se acompaña de forma holística a la persona, conciencia de ser trascendente, conociendo los propios valores, respetando la diversidad de escalas y gestión saludable de la pregunta por el sentido adhesión o no, libre a una religión liberadora y humanizadora que no genere esclavitudes, moralización ni sentimientos de culpa.¹⁸

1.5 Los cuidados intensivos

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es definida por el Ministerio de Salud y Política Social como un lugar hospitalario, formado por un grupo de profesionales sanitarios, que trabajan de manera estructurada, como un equipo multidisciplinar realizando una secuencia de condiciones para garantizar calidad, estabilidad y eficiencia de la atención a personas en situación de alto riesgo, lo cual es inevitable la utilización de soporte respiratorio, o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de dos órganos o sistemas; y pacientes complicados que necesitan apoyo por fallo multiorgánico.¹⁹

En la unidad de cuidados intensivos, el personal de enfermería aprende habilidades especiales, porque el cuidado supone fijar un beneficio para los pacientes, aportando comprensión emocional, confidencialidad e intimidad. El ambiente de la UCI presenta un desafío para la humanización de la atención, ya que los pacientes están monitorizados, el

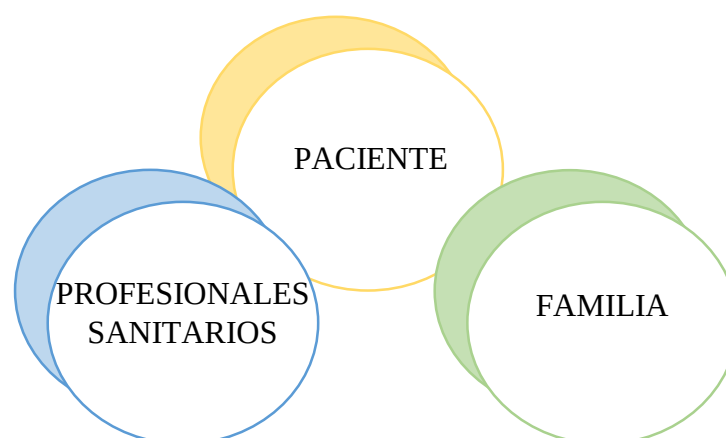
uso de múltiples dispositivos informáticos, experimentan dolor, pérdida de privacidad, presencia de tubos, sondas, luz natural limitada lo cual conduce a cambios en sus ritmos circadianos y su desorientación en términos de tiempo y espacio. Un paciente en el hospital a menudo está desmoralizado y, por lo tanto, necesita ayuda. La enfermedad pone en peligro la vida, por lo que el enfoque debe estar en protegerlo, controlar la enfermedad y el dolor, al mismo tiempo, recuperar o lograr una salud óptima.¹⁴

Los profesionales de cuidados intensivos enfrentan un amplio abanico de factores que pueden conducir a conflictos interpersonales y trastornos mentales y emocionales que interrumpen su trabajo, afectan su ocupación y su vida personal, y pueden contribuir en los resultados de los pacientes.²⁰

Los pacientes presentan un riesgo particular desde el punto de vista físico, dada la gravedad de su estado y el estrés que soportan durante su estancia hospitalaria. En tales casos, el paciente espera recuperarse pero también busca bienestar. A veces, ni siquiera la curación es posible, y la búsqueda del bienestar debe entenderse como el objetivo principal.²⁰

Los familiares y amigos cercanos también se ven afectados y, en muchos casos, sus necesidades físicas y emocionales no se satisfacen de manera óptima. Constituyen aspectos psicosociales de la atención que son abordados en nuestra formación, y que abandonamos para enfocarnos en la enfermedad.²⁰

Figura 2. Relación Paciente-Familia-Profesionales sanitarios.



Fuente: Elaboración propia.

El "Proyecto HU-CI", surgió en febrero de 2014, es un proyecto de investigación internacional que promueve una atención de alta calidad, humana y dedicada a las personas y profesionales, planteando aspectos como la comunicación, la salud de los pacientes y la disposición y colaboración de familiares en las unidades de cuidados intensivos.²¹ El objetivo que tiene en común es proporcionar unos cuidados intensivos no solo técnicamente excelentes sino también más humanos, situando al ser humano en el centro, viendo en los profesionales el motor del cambio.²²

Se apoyan en la suposición de que la palabra "humano" se ha vuelto muda como la "H", y para evitarlo, es necesario proporcionar a los profesionales sanitarios las herramientas para manejar las emociones y los comportamientos. Para conseguirlo, una de las metas de este plan es promover la formación en habilidades como puede ser la comunicación, la relación de ayuda, etc. Humanizar el cuidado estableciendo estándares humanitarios para acercarlo a la comunidad.²³

Los objetivos del proyecto HU-CI son los siguientes: ²⁴

- Humanizar las unidades de cuidados intensivos.
- Realizar sesiones de foro y encuentros de pacientes, familias y profesionales de la salud.
- Ofrecer de forma cercana los cuidados intensivos a las personas, así como actividades relacionadas con la humanización de los cuidados.
- Promover la formación en habilidades como la comunicación, la ayuda en las relaciones, etc.
- Establecer pautas para la humanización del cuidado estableciendo estándares y certificando su cumplimiento dentro de la unidad solicitante.²⁴

1.6 Justificación del estudio

En el periodo de formación, nos han enseñado que enfermería es cuidar, con unos cuidados adecuados para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Los cuidados se deben centrar en el paciente y debe ser tratado con dignidad y respeto. La atención a los pacientes está cada vez más tecnificada y menos humanizada, pero no por ello nuestros cuidados deben verse afectados en la calidad humana. La humanización es fundamental en la actualidad, no solo en la salud, sino también en todos los ámbitos. Hay muchos obstáculos que enfrentamos para proporcionar una atención lo más humanizada posible: lenguaje, tecnología, ratio enfermera, comunicación no efectiva. También puede influir el cansancio del personal, la falta de organización entre los equipos, etc.

En muchos casos, cuando se tienen conocimientos necesarios y manejo en la técnica, se lleva una actitud arrogante, dando lugar a que los profesionales no tengan en cuenta las necesidades del paciente, pero sin embargo se dan por hecho y muchas veces no se producen. Esto produce un aumento de ansiedad e insatisfacción al paciente. La tecnología proporciona herramientas más sofisticadas para brindar la atención y cuidados necesarios a los pacientes, pero parece que estén lejos del cuidado y trato humano. Ahora se emplea más tiempo a las técnicas, empleando en menor proporción el aspecto humano de la enfermería y los cuidados que se requieren.

Por lo que es importante crear un plan de humanización que garantice una atención de calidad, única a la persona y se promueva la máxima autonomía, brindando seguridad y confianza.

Los profesionales de enfermería debemos tener presente que atendemos a personas que tienen una enfermedad y no solo una parte sino todo en general, sus habilidades de pensamientos, sus emociones, sus relaciones y valores, por lo que necesitan intervenciones enfermeras como también cuidados invisibles, centrados en las necesidades de cada paciente y su familia y relacionados con la observación, empatía, conocimiento y experiencia.

En este Trabajo de Final de Grado (TFG), el objetivo es identificar qué porcentaje de estrategias del Proyecto HUCI se están llevando a cabo en una unidad humanizada de cuidados intensivos.

2. METODOLOGÍA

2.1 Objetivo

Nuestro objetivo principal de esta revisión bibliográfica es identificar qué porcentaje de estrategias del Proyecto HUCI se están llevando a cabo en una unidad humanizada de cuidados intensivos.

2.2 Diseño

Se trata de una revisión narrativa-descriptiva, que se define como una publicación amplia, apropiada para describir y discutir el desarrollo o el estado de un determinado tema, bajo el punto de vista teórico o contextual. Consiste, básicamente, en localizar, analizar y resumir la literatura publicada en libros, artículos de revistas impresas y/o electrónicas y en la interpretación crítica del propio autor. Con esta información se puede fundamentar el objetivo planteado con anterioridad.²⁵

Población de referencia: Adultos hombres y mujeres mayores de 15 años de edad.

2.3 Estrategia de búsqueda

Esta revisión se ha llevado a cabo realizando una búsqueda bibliográfica entre los meses de Diciembre del 2021 y Abril del 2022 con distintas bases de datos como Pubmed, Scopus, Scielo, Lilacs, Cuiden Plus, Medline.

El proceso de búsqueda se ha llevado a cabo con las siguientes etapas:

- Encontrar un manual para profundizar en los aspectos fundamentales de nuestra materia para describir, comprender y relacionar estos aspectos fundamentales.
- Utilizar vocabularios estandarizados y trilingües para seleccionar palabras clave para nuestras búsquedas a través de consultas de índice de permutación en descriptores de ciencias de la salud.
- Crear cadenas de búsqueda diferentes para cada base de datos seleccionada.
- Realizar pruebas hasta lograr los resultados esperados, incluyendo criterios de inclusión y exclusión previamente seleccionados.
- Seleccionar artículos relevantes para nuestra búsqueda.²⁶

Tabla 1. Organización / Cronograma del trabajo.

CRONOGRAMA DEL TFG	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Elección del tema y planteamiento de objetivos					
Búsqueda bibliográfica					
Metodología e investigación					
Análisis de resultados					
Conclusión					
Otras partes (índice, resumen, anexos)					

Fuente: Elaboración propia.

He realizado una búsqueda en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), para seleccionar las palabras a utilizar en la cadena de búsqueda. Se conocen como:

- En español, palabras clave y son: humanización de la atención, humanización, cuidados de enfermería, unidad de cuidados intensivos, cuidados intensivos, enfermería.
- En inglés, se conocen como keywords y son: humanization of assistance, humanization, nursing cares, intensive care unit, intensive cares, nursing.

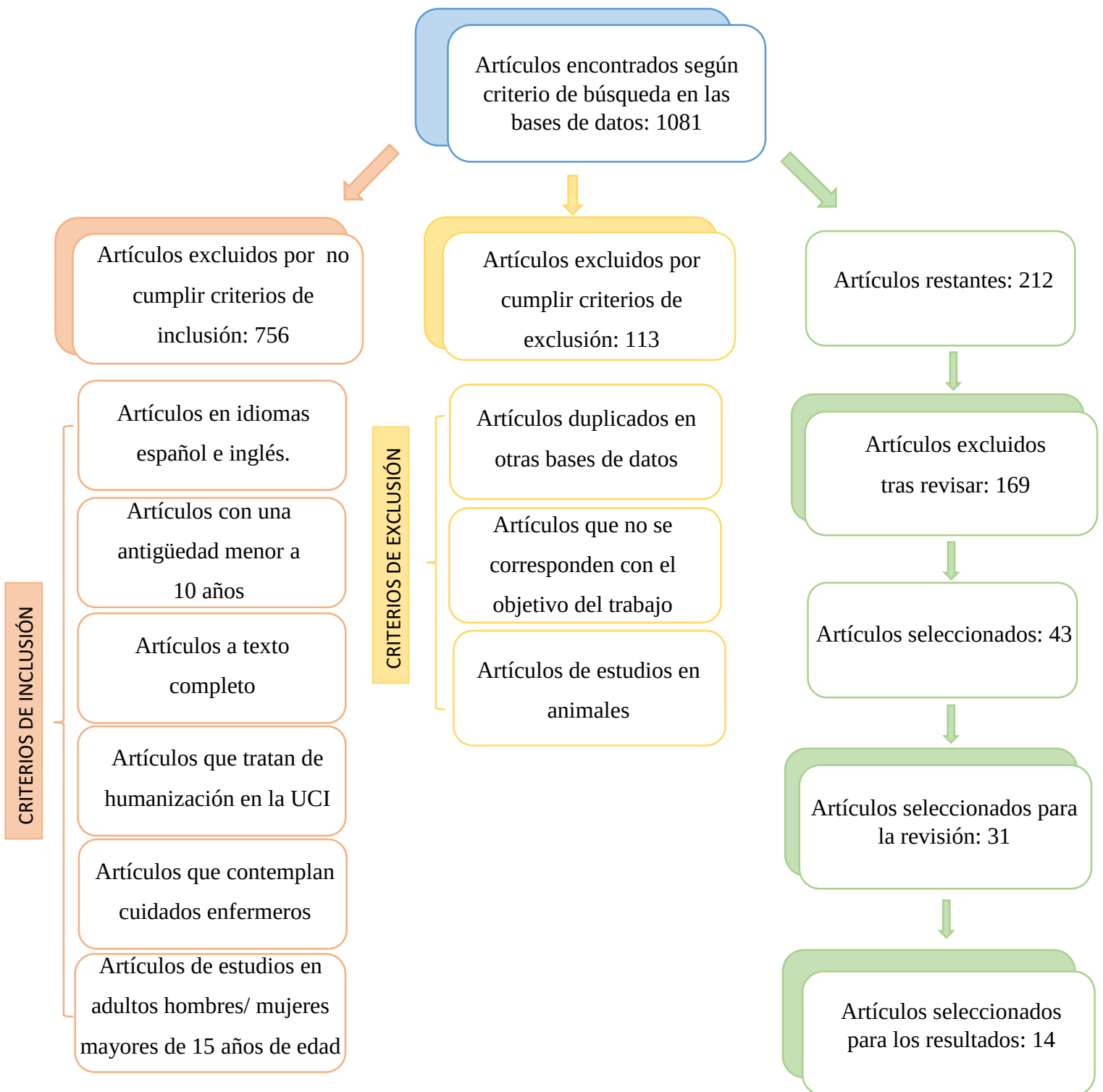
Tabla 2: Bases de datos consultadas y cadenas de búsqueda.

Bases de datos	Cadena de búsqueda	Resultados encontrados (sin filtros)	Documentos descartados (tras filtros)	Documentos revisados (título y/o resumen)	Documentos descartados (tras revisar título y/o resumen)	Muestra final (documentos elegidos que cumplen requisitos búsqueda)
PUBMED	(Nursing Care[mh] OR Care[tiab] OR Nursing[tiab]) AND (Humanization of Assistance[mj:noexp]) AND (Critical Care[mh] OR Intensive Care[tiab] OR Care[tiab] OR Intensive[tiab] OR Critical[tiab])	49	32	17	10	7
LILACS	cuidados enfermeros AND humanización AND cuidados intensivos	197	157	40	32	8
MEDLINE	humanization of assistance AND intensive care units AND nursing care	541	483	58	51	7
SCOPUS	nursing care AND humanization of assistance AND intensive care	114	51	63	54	9
CUIDEN PLUS	humanización AND cuidados intensivos	178	146	32	22	10
SCIELO	humanización AND cuidados intensivos	2	0	2	0	2

Fuente: Elaboración propia.

2.3.1 Diagrama de flujo

Figura 3. Diagrama de flujo de la revisión bibliográfica.



Fuente: Elaboración propia.

2.3.2 *Criterios de inclusión y exclusión*

Los artículos seleccionados se corresponden con los objetivos de esta revisión teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

✓ **Criterios de inclusión**

- Artículos en idiomas español e inglés.
- Artículos con una antigüedad menor a 10 años.
- Artículos a texto completo.
- Artículos que tratan de humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Artículos que contemplan cuidados enfermeros.
- Artículos de estudios en adultos hombres/ mujeres mayores de 15 años de edad.

✓ **Criterios de exclusión**

- Artículos duplicados en otras bases de datos.
- Artículos que no se corresponden con el objetivo del trabajo.
- Artículos de estudios en animales.

3. RESULTADOS

En esta revisión se han seleccionado 14 artículos para los resultados, estos se pueden clasificar en: 12 revisiones narrativas clínicas, 1 estudio descriptivo de corte transversal, 1 revisión sistemática. Todos los artículos cumplen con los criterios que se exponen en el apartado de metodología.

Los resultados de esta revisión narrativa-sistemática se va a basar en el Manual de Buenas Prácticas de HUCI describiendo las 7 estrategias. Los resultados van a ir centrados en las intervenciones que se destacan en cada una de las estrategias posteriormente mencionadas.

El Manual de Buenas Prácticas de HUCI propone una serie de estrategias donde se contemplen la humanización que se pueden implantar en la práctica clínica y ser evaluadas a posteriori. Este proyecto quiere proporcionar un modelo nuevo de unidades de cuidados intensivos y ofrecer unos cuidados de calidad, no solo desde el punto de vista técnico sino también desde el punto de vista humano.²⁷

Tabla 3. Estrategias para la humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos.

UCI DE PUERTAS ABIERTAS. FLEXIBILIDAD DE HORARIOS DE VISITA. PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA 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
COMUNICACIÓN	Comunicación en el equipo
	Comunicación e información a la familia
	Comunicación con el paciente
BIENESTAR DEL PACIENTE	Bienestar físico
	Bienestar psicológico
	Promoción de la autonomía del paciente
	Bienestar ambiental y descanso nocturno

CUIDADOS AL PROFESIONAL	Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados
	Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar
SÍNDROME POST- CUIDADOS INTENSIVOS	Prevención y manejo
	Seguimiento
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
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 personal
	Distracción del paciente
	Habilitación de espacios en jardines o patios
	Señalización y accesibilidad

Fuente: Manual de Buenas Prácticas de HUCI. ²⁷

3.1 Uci de puertas abiertas. Flexibilidad de horarios de visita. Presencia y participación de la familia en los cuidados

Tanto la visita de la familia como la participación del cuidado al paciente ingresado en la UCI, sigue teniendo restricciones. Se restringe el contacto del paciente con su familia, entre una y tres visitas en el día, con una duración de menos de una hora. Las barreras que hay para iniciar esta estrategia son las costumbres de los profesionales sanitarios y la estructura física del entorno. Realizar visitas abiertas con la presencia de los familiares es beneficioso para la familia y el paciente, mejorando el estrés y delirio del paciente. Se le puede dar la oportunidad a la familia de participar en los cuidados del paciente y en la toma de decisiones favoreciendo así efectos positivos tanto para el paciente como a la familia, minimizando el estrés y facilitando la cercanía y también la comunicación dando la oportunidad a la familia de realizar preguntas y obtener una información más clara.²⁷

Los resultados que ofrecen nuestros artículos son:

La autora Rojas V ²⁸ en su artículo “*Humanización de los cuidados intensivos*” y Heredia Diez VB et al. ²⁹ en su artículo “*Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos*” mencionan que antiguamente en la UCI podíamos observar un letrero “Prohibido el paso”, restringiendo el acceso a las personas que no trabajan en ese servicio. La evidencia ha demostrado que la flexibilidad horaria tiene unos beneficios asociados que superan los riesgos. Los pacientes están más cómodos, se reducen las complicaciones cardiovasculares, aumenta la satisfacción familiar, se brinda información a los equipos y se mejora la comunicación. También hay evidencia que los beneficios asociados con la participación de familiares, superan a los riesgos. Se trata de invitar a los familiares a participar en la atención y cuidados, como en el aseo e higiene, prevención del delirio no farmacológico y sobre todo generando condiciones favorables para el paciente.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Accesibilidad:

- Existe un acuerdo de atención a las familias reflejando un horario de visitas flexible.

Presencia y participación en procedimientos y cuidados:

- Existe un protocolo de atención relativo a participar la familia en los cuidados básicos del paciente (nutrición, higiene, movilización).
- Se facilita y se considera que la familia acompañe al paciente en ciertas situaciones cuando así lo requiera.²⁷

El autor Martínez ZR³⁰ en su artículo “*Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos*”, Fuente-Martos C et al.³¹ en su artículo “*Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos*” y Heras La Calle G et al.³² en su artículo “*Seeking to humanize intensive care*”, indican que se ha demostrado un beneficio mayor en la UCI de puertas abiertas, favoreciendo el bienestar del paciente, la familia y los profesionales de la salud. Se garantiza un aumento del bienestar y beneficios cuando se permite que los pacientes estén acompañados de sus familiares el mayor tiempo posible, así como modificando las normas y protocolos adaptándolos a sus capacidades y necesidades. Los objetivos son eliminar las restricciones tanto temporal, física de contacto y de relación con comunicación insuficiente y tecnificada.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Accesibilidad:

- Existe un acuerdo de atención a las familias reflejando un horario de visitas flexible.

Presencia y participación en procedimientos y cuidados:

- Existe un protocolo de atención relativo a participar la familia en los cuidados básicos del paciente (nutrición, higiene, movilización).²⁷

González Guijarro P et al.¹⁴ en su artículo “*Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos*” y Bautista Rodríguez LM et al.³³ en su artículo “*Family perception of humane care provided by health care personnel*” mencionan que el acceso a la UCI, se está convirtiendo en la herramienta principal para satisfacer las necesidades sociales, emocionales, informativas y de apoyo de los pacientes. El tiempo que están en la visita para la familia es muy importante ya que en ese momento es cuando pueden informarse ante el estado de la persona y hacerle compañía. La visita de los familiares debe ser lo más flexible posible para satisfacer las necesidades del paciente.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Accesibilidad:

- Existe un acuerdo de atención a las familias reflejando un horario de visitas flexible.

Presencia y participación en procedimientos y cuidados:

- Existe un protocolo de atención relativo a participar la familia en los cuidados básicos del paciente (nutrición, higiene, movilización).
- Se facilita y se considera que la familia acompañe al paciente en ciertas situaciones cuando así lo requiera. ²⁷

Velasco Bueno JM et al. ²⁰ en su artículo “*Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades*”, mencionan que aún se sigue restringiendo las visitas de la familia porque se cree que beneficia el cuidado y el trabajo de los profesionales sanitarios, pero esto está más centrado en las necesidades de los profesionales que en las necesidades de los pacientes, que en este caso, los pacientes son los más importantes. Una UCI de puertas abiertas requiere que los profesionales participen, se formen y realicen una serie de cambios en las actitudes y costumbres. También se menciona que, las familias de los pacientes de la UCI pueden participar en los cuidados básicos, siempre y cuando los profesionales estén pendientes. La participación de la familia proporciona beneficios favorables tanto al paciente como a la familia reduciendo el estrés emocional, aportando confianza y cercanía. Esto desencadena una mejor comunicación y con la ventaja de poder realizar preguntas y aclarar la información.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Sensibilización de los profesionales:

- Se realizan actividades/sesiones de reflexión multidisciplinar para flexibilizar las visitas.
- Formación continua de los equipos de atención en competencias no técnicas para facilitar la presencia y participación familiar.

Presencia y participación en procedimientos y cuidados:

- Existe un protocolo de atención relativo a participar la familia en los cuidados básicos del paciente (nutrición, higiene, movilización).

Soporte a los aspectos emocionales, psicológicos y espirituales de la familia:

- Se investiga e identifica cualquier necesidad emocional, psicológica, religiosa y/o espiritual de los miembros de la familia.²⁷

Hosey MM et al.³⁴ en su artículo “*Animal-assisted intervention in the ICU: a tool for humanization*”, mencionan que la intervención asistida con animales, es una intervención no farmacológica que reduce el sufrimiento, ansiedad, depresión y fomenta la recuperación del paciente aliviando los síntomas. Aún hay que seguir investigando sobre dicha intervención ya que hay pocos estudios.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Accesibilidad:

- Existe la posibilidad de entrada de mascotas a dicha unidad.²⁷

Baeza Gómez I et al.²⁴ en su artículo “*Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos*” indican que cuando las condiciones clínicas lo permitan, los familiares de buena voluntad podrán cooperar en cuidados específicos (aseo, nutrición, actividad, etc.) bajo la supervisión y capacitación de profesionales médicos. Brindar a las familias la oportunidad de participar en la toma de decisiones y contribuir a la recuperación del paciente reduce el estrés emocional y promueve la intimidad y el lenguaje entre todas las partes interesadas, lo que tiene efectos positivos en los pacientes, familiares y profesionales. Involucrar a los miembros de la familia en el día a día también mejora la comunicación y brinda oportunidades para hacer preguntas y aclarar información, lo que aumenta la satisfacción de la familia. El objetivo primordial es la recuperación del paciente así como también tienen que interesarse en los consejos e información que el profesional de salud proporcione.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Presencia y participación en procedimientos y cuidados:

- Existe un protocolo de atención relativo a participar la familia en los cuidados básicos del paciente (nutrición, higiene, movilización).

- Los protocolos de enfermería relacionados con la implicación de la familia en el cuidado del paciente crítico incluyen decisiones conjuntas de tratamiento y cuidado en situaciones en las que el estado del paciente lo hace incapacitante.

Soporte a los aspectos emocionales, psicológicos y espirituales de la familia:

- Se investiga e identifica cualquier necesidad emocional, psicológica, religiosa y/o espiritual de los miembros de la familia.²⁷

Escudero D et al.³⁵ en su artículo “*For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change*”, mencionan que las visitas y el horario flexible en la UCI, permite a la familia compaginar sus responsabilidades fuera del hospital con la atención al paciente. En casos críticos o muerte, es necesario la cercanía al paciente y así poder ayudar a la familia en la etapa del duelo. Pacientes vulnerables con alguna discapacidad, como síndrome de Down, o patologías mentales, se permite un familiar acompañante de forma permanente.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Accesibilidad:

- Existe un acuerdo de atención a las familias reflejando un horario de visitas flexible.
- Se distingue al cuidador/acompañante principal con acceso continuo, independientemente de la familia que pueda visitar al paciente en otras horas de visita programadas.

Soporte a los aspectos emocionales, psicológicos y espirituales de la familia:

- Se investiga e identifica cualquier necesidad emocional, psicológica, religiosa y/o espiritual de los miembros de la familia.
- Se proporciona atención psicológica a las familias que lo necesiten.²⁷

3.2 Comunicación

Hay que establecer determinadas pautas para el traspaso de información entre los profesionales para que haya una buena comunicación y una buena interpretación de la información. Se debe proporcionar una información de calidad a la familia y al paciente y los profesionales deben tener habilidades comunicativas a la hora de informar

de situaciones de gran carga emocional. Se debe de mejorar también la comunicación con el paciente con sistemas de lenguaje adecuados para cada uno de los pacientes, ya que la gran mayoría de los pacientes que fallecen no pueden comunicar sus deseos y necesidades en la etapa final de la vida.²⁷

Los resultados que ofrecen nuestros artículos son:

La autora Rojas V ²⁸ en su artículo “*Humanización de los cuidados intensivos*” y Heredia Diez VB et al. ²⁹ en su artículo “*Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos*” mencionan que se recomienda: a) implantar guías de entrega de turnos, ya que esto reduce los errores y aumenta la confianza de la atención; b) utilizar medios tecnológicos como medio de comunicarse para los personas que no pueden hablar o usar un lápiz y papel como prácticas de bajo coste, pueden reducir el estrés y la ansiedad; c) comunicar a diario el estado del paciente, preparar reuniones familiares con metas claras y reconocer la necesidad de información que es lo que más necesitan la familia. Todo esto ayuda a fortalecer el trabajo en equipo, reduciendo los conflictos y aumentando la confianza.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Comunicación en el equipo:

- Existen procedimientos ordenados para transmitir información al cambiar de turno o guardia.
- Los profesionales sanitarios realizan diariamente sesiones conjuntas y/o círculos.

Comunicación e información a la familia:

- Existe un procedimiento común para proporcionar información médico-enfermera a pacientes y familiares que se implementa habitualmente.

Comunicación con el paciente:

- Proporcionar sistemas de comunicación mejorados/alternativos.
- Existe una guía que facilita comunicarse con los pacientes que tienen dificultad en la comunicación.²⁷

Velasco Bueno JM et al. ²⁰ en su artículo “*Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades*”, Baeza Gómez I et al. ²⁴ en su artículo “*Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos, nuevo paradigma de orientación de los*

Cuidados Intensivos” y Heras La Calle G et al. ³² en su artículo “*Seeking to humanize intensive care*” indican que hay personas que mueren en esta unidad y no pueden expresar sus necesidades y deseos ni transmitir información a sus seres queridos. Por lo que es importante mejorar los esfuerzos de comunicación con pacientes con problemas o limitaciones del habla, fomentando la utilización de sistemas de comunicación complementarios (cuando el lenguaje hablado no es suficiente para una comunicación efectiva) y sistemas de comunicación alternativos (sustituir el lenguaje cuando se habla de forma incomprensible o inexistente).

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Comunicación con el paciente:

- Proporcionar sistemas de comunicación mejorados/alternativos.
- Existe una guía que facilita comunicarse con los pacientes que tienen dificultad en la comunicación.
- Se capacita a profesionales sanitarios, pacientes y familia en la utilización de sistemas de comunicación alternativos y extendidos.²⁷

Bautista Rodríguez LM et al. ³³ en su artículo “*Family perception of humane care provided by health care personnel*”, mencionan que cuando el personal médico le informa verbalmente sobre el estado y evolución del paciente y sobre los procedimientos que se van a seguir realizando, la familia del paciente debe de quedarse satisfecha, disminuyendo así la ansiedad del paciente. La información proporcionada a la familia debe ser sencilla, clara y concisa. La comunicación no verbal es la capacidad del profesional de la salud de mostrar empatía y confianza visualmente con la postura, gestos, tono de voz así como mantener la mirada cuando se mantiene una conversación con un familiar. La familia comenta que los profesionales sanitarios no proporcionan contacto físico, con el que los familiares se sienten más arropados y comprendidos.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Información y comunicación a la familia:

- Existe un procedimiento común para proporcionar información médico-enfermera a pacientes y familiares que se implementa habitualmente.
- Existen otras formas de comunicación que facilitan la información y comunicación con pacientes y familiares, como horarios de visitas y sesiones

informativas, mensajes telefónicos y dispositivos telemáticos en casos puntuales.²⁷

González Guijarro P et al.¹⁴ en su artículo “*Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos*”, coinciden con Carvajal Muriel A et al.³⁶ en su artículo, “*Humanización de los cuidados durante la pandemia Covid-9 en una Unidad de Cuidados Intensivos*”, mencionan que los componentes que forman parte de la comunicación en el paciente son: hablarle al paciente cerca del oído, despacio y con un tono de voz suave para que pueda comprender lo que le decimos, mostrar escucha activa ante el paciente y familia, manifestar movimientos con la cabeza, realizar preguntas fáciles y así poder conocer el estado de salud del paciente, se utilizarán hojas con el abecedario e imágenes y papel y lápiz para aquellos pacientes que no pueden comunicarse verbalmente.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Comunicación con el paciente:

- Proporcionar sistemas de comunicación mejorados/alternativos.
- Existe una guía que facilita comunicarse con los pacientes que tienen dificultad en la comunicación.²⁷

Escudero D et al.³⁵ en su artículo “*For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change*”, mencionan que la comunicación entre el paciente intubado y el profesional sanitario es bastante complicada y frustrante. Esto requiere esfuerzo, tiempo e interés por lo que se debe de desarrollar nuevas formas de comunicación no verbal para comunicarnos con los pacientes intubados, siendo las imágenes y abecedario insuficientes en estos casos.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Comunicación con el paciente:

- Proporcionar sistemas de comunicación mejorados/alternativos.
- Existe una guía que facilita comunicarse con los pacientes que tienen dificultad en la comunicación.
- Se capacita a profesionales sanitarios, pacientes y familia en la utilización de sistemas de comunicación alternativos y extendidos.²⁷

3.3 Bienestar del paciente

El bienestar del paciente debe ser una meta tan importante como la curación de este. Los pacientes sufren dolor, malestar por exceso de ruido o luz, dificultad en el descanso e incluso se ven limitados en el movimiento por la utilización de contenciones o dificultad en la comunicación. Para beneficiar el confort de los pacientes se debe de valorar y controlar el dolor, la sedación adecuada y manejo del delirio. Los pacientes se sienten solos, sienten dependencia, sienten que han perdido la intimidad, por lo que se debe de promover una formación adecuada a los profesionales y tomar medidas que vayan encaminadas a minimizar estos síntomas y promover el bienestar del paciente.²⁷

Los resultados que ofrecen nuestros artículos son:

La autora Rojas V ²⁸ en su artículo “*Humanización de los cuidados intensivos*”, indica que el miedo y el dolor son algunas de las emociones que los pacientes suelen expresar. El malestar al ingreso varía desde físicamente hasta emocionalmente. Se recomienda evaluar de manera biopsicosocial al paciente y dar respuesta temprana a sus necesidades en función de las elecciones disponibles en la unidad. Esto producirá unos mejores resultados clínicos a corto, medio y largo plazo así como reduciendo el riesgo de síndrome post-UCI.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Bienestar psicológico:

- Se proporcionan actividades para dar apoyo a la necesidad espiritual que tenga el paciente. ²⁷

Heredia Diez VB et al. ²⁹ en su artículo “*Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos*”, indican que es necesario aumentar la autonomía de los pacientes, favoreciendo su bienestar físico, psicológico y descanso nocturno. Se asegura la utilización de medios de entrenamiento, la capacidad de caminar fuera de esta unidad en pacientes capacitados para realizar esta actividad, regular la iluminación y el ruido ambiental y adaptar las actividades para facilitar la vida nocturna.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Bienestar psicológico:

- Se recomienda utilizar medios de entretenimiento para pacientes con buen estado (lectura, deportes, medios de comunicación, radio, TV, etc.).
- Se proporciona una guía para realizar paseos fuera de la UCI para aquellos pacientes que tienen la oportunidad de realizarlos.

Bienestar ambiental y descanso nocturno:

- Se identifican y desarrollan intervenciones de control del ruido en el entorno.
- Se da la existencia de un protocolo de medidas de descanso durante la noche.
- Se regula la luz en el entorno durante la noche con posibilidad de reducir la intensidad de la luz en lugares comunes e individualizados en cada box.
- En los protocolos se proporciona la adecuación de los horarios de las actividades o técnicas a las horas de descanso de los pacientes durante la noche.²⁷

Baeza Gómez I et al.²⁴ en su artículo “*Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos*” y Heras La Calle G et al.³² en su artículo “*Seeking to humanize intensive care*” indican que el estrés mental y emocional pueden ir en aumento además de las causas físicas. El paciente se siente solo, aislado, asustado, desconectado, pierde la intimidad y dignidad, dependencia de otras personas e inseguridad por falta de información y comunicación. Hay que considerar la valoración y apoyo a las necesidades como un componente importante de la atención. Proporcionar y realizar medidas para tratar o aliviar estos síntomas del paciente, asegurando que: la salud del paciente que es el enfoque principal de la atención al paciente en estado crítico.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Bienestar psicológico:

- Se proporcionan actividades para dar apoyo a la necesidad espiritual que tenga el paciente.²⁷

Velasco Bueno JM et al.²⁰ en su artículo “*Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades*”, mencionan que la enfermedad produce sufrimiento y dolor, sumándole las intervenciones que se le realizan al paciente que algunas de ellas pueden producir dolor y malestar. Para mejorar el bienestar del paciente, hay que realizar una valoración y control del dolor, una sedación adecuada al paciente, prevención y manejo del delirio, siempre y cuando se formen a los profesionales y se

promuevan medidas para tratar estos problemas teniendo en cuenta siempre el bienestar del paciente.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Bienestar físico:

- Existe documentos actualizados al día de control de dolor y sedación.
- Existe documentos actualizados de prevención y manejo del delirio en el paciente.²⁷

3.3.1 Otras estrategias para proporcionar bienestar al paciente

Figura 4. Otras estrategias para proporcionar bienestar al paciente.



Fuente: Elaboración propia.

3.3.1.1 Musicoterapia

Fuente-Martos C et al. ³¹ en su artículo “*Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos*”, mencionan que el término musicoterapia es la utilización de la música a través de una persona especialista, dedicada a pacientes para facilitar la comunicación, relación y otras muchas más metas terapéuticas, con el objetivo de producir cambios y mejorar las necesidades. La musicoterapia (intervención no farmacológica) ayuda a minimizar los fármacos y sedantes facilitando otras formas de expresión. Se ha demostrado que la música disminuye los niveles de estrés y ansiedad, mejorando la frecuencia respiratoria y cardiaca y la presión arterial, y lo más importante, disminuyendo el dolor.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Bienestar ambiental y descanso nocturno:

- Se realizan actividades relacionadas con la música. ²⁷

3.3.1.2 Favorecer el descanso/sueño

González Guijarro P et al.¹⁴ en su artículo “*Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos*”, mencionan que, el descanso es importante para el proceso de la enfermedad. El descanso de los pacientes está alterado por la excesiva luz y el ruido ya sea por el profesional sanitario, los monitores o alarmas. Ante esto, se debe de reducir la luz, cerrar las puertas, hablar en voz baja, minimizar el ruido.

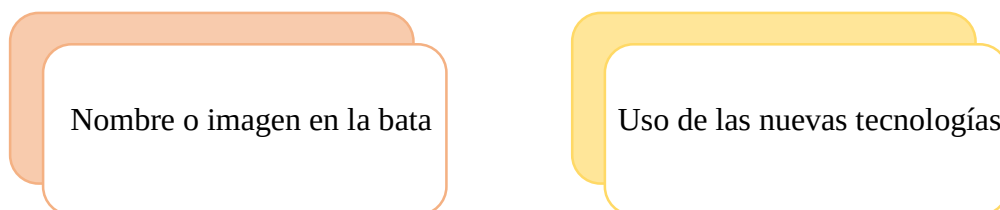
En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Bienestar ambiental y descanso nocturno:

- Se identifican y desarrollan intervenciones de control del ruido en el entorno.
- Se da la existencia de un protocolo de medidas de descanso durante la noche.
- Se regula el sonido de las alarmas y otros equipos según el momento del día en el que nos encontremos.
- Se regula la luz en el entorno durante la noche con posibilidad de reducir la intensidad de la luz en lugares comunes e individualizados en cada box.
- En los protocolos se proporciona la adecuación de los horarios de las actividades o técnicas a las horas de descanso de los pacientes durante la noche.²⁷

3.3.2 Estrategias humanizadoras ante el COVID-19 para proporcionar bienestar al paciente

Figura 5. Estrategias humanizadoras ante el COVID-19 para proporcionar bienestar al paciente.



Fuente: Elaboración propia.

Bambi Stefano RN et al.³⁷ en su artículo, “*COVID-19 en Unidades de Cuidados Críticos: Repensando la Humanización de los Cuidados de Enfermería*”, mencionan que ante la utilización de equipos de protección individual (EPI) esto es un obstáculo de comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios, por lo que se pensó en escribir el nombre y profesión en la parte delantera y trasera de los trajes, para así facilitar a los

pacientes la identificación de cada profesional que les atiende y disminuir la ansiedad, desorientación y frustración. Los pacientes con COVID-19 deben permanecer aislados y no pueden recibir visitas, la solución ante esto es, el uso de móviles y tablets para mantener el contacto con las personas del exterior, es decir su familia. Se ha visto que las TV y la radio, mejora el estado de ánimo de los pacientes, así como manteniéndolos informados de las noticias que suceden en el exterior.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Bienestar psicológico:

- Se recomienda utilizar actividades de entretenimiento para pacientes con buen estado (lectura, deportes, medios de comunicación, radio, TV, etc.).

Promoción de la autonomía del paciente:

- Se proporciona el uso adecuado de teléfonos móviles y otros medios tecnológicos para ofrecer contacto con la familia y amigos. ²⁷

Carvajal Muriel A et al. ³⁶ en su artículo, “*Humanización de los cuidados durante la pandemia Covid-9 en una Unidad de Cuidados Intensivos*”, mencionan que se ha establecido la utilización de las videollamadas para que los pacientes estén en contacto con sus familiares, así como para informar a la familia del estado y evolución de los pacientes. Hay que dar importancia a la escucha activa que proporcionará el profesional de salud beneficiando y mejorando el bienestar del paciente así como la satisfacción y relajación. Otra técnica que sería conveniente realizar es la vibración de todo el cuerpo ya que estos pacientes no pueden realizar ninguna actividad física, con lo que se mejora su estado y minimiza los días de estancia en esta unidad. Los profesionales que llevan los equipos de protección individual (EPI) les dificultan la comunicación con los pacientes, por lo que se proporciona imágenes para favorecer la confianza y comunicación.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Bienestar psicológico:

- Se recomienda utilizar actividades de entretenimiento para pacientes con buen estado (lectura, deportes, medios de comunicación, radio, TV, etc.).

Promoción de la autonomía del paciente:

- Se proporciona el uso adecuado de teléfonos móviles y otros medios tecnológicos para ofrecer contacto con la familia y amigos.²⁷

Fuente-Martos C et al.³¹ en su artículo “*Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos*” y la autora López Perales B³⁸ en su artículo “*Humanizando en UCI COVID*”, mencionan que se proporciona información telefónica a las familias sobre los cuidados realizados en los pacientes, así como también la utilización de teléfonos y tablets, se les pide a los familiares un correo electrónico al que se le envía un video al ingreso del paciente en la unidad, en el cual se enseña el trabajo que se realiza. Los pacientes que necesitan sedación se les proporcionan música y audios de grabación de su familia que les ayuda a seguir manteniendo el contacto con sus seres queridos. Las personas que fallecen en la unidad, se les da la mano y se lee las cartas de despedida.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Bienestar físico:

- Existe documentos actualizados al día de control de dolor y sedación.

Promoción de la autonomía del paciente:

- Se proporciona el uso adecuado de teléfonos móviles y otros medios tecnológicos para ofrecer contacto con la familia y amigos.

Bienestar ambiental y descanso nocturno:

- Se realizan actividades en relación con la música.²⁷

3.4 Cuidados al profesional

El equipo sanitario que trabaja en esta unidad se implica, se compromete y obtiene una gran satisfacción profesional cuando todo va bien y se cumplen las expectativas. A pesar de esto, hay veces que las cosas no van bien, se produce un desgaste emocional que provoca falta de cuidado de la propia salud y del bienestar, lo que se llama “Síndrome Burnout” caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización con la presencia de sentimientos de baja autoestima profesional. Esto puede influir de forma profesional en la calidad de los cuidados proporcionado a los pacientes. Se han establecido estrategias para reducir la aparición y minimizar sus consecuencias, proporcionando una adecuada

solución a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales sanitarios de la UCI.²⁷

Los resultados que ofrecen nuestros artículos son:

Baeza Gómez I et al.²⁴ en su artículo “*Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos*” y la autora Rojas V²⁸ en su artículo “*Humanización de los cuidados intensivos*”, indican que el “síndrome de burnout” es una alteración que presenta agotamiento emocional, pérdida de personalidad con un aumento de la baja autoestima profesional. Estas dificultades perjudican la calidad de la atención, los resultados del paciente y la satisfacción del usuario y la familia. Se plantea dos clases de prevención y manejo: Mejorar el ambiente de la unidad de cuidados intensivos y las actividades centradas en resolver la confrontación del ambiente a las personas. Por lo que el enfoque debe ser multidimensional, ofreciendo el desarrollo de habilidades de comunicación, la cooperación, la participación en la toma de decisiones, el reconocimiento y el liderazgo, así como estimulación en el autocuidado y estabilidad.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Promocionar bienestar y prevenir el desgaste profesional:

- Se realizan sesiones programadas y rutinarias de los profesionales de UCI para establecer actividades de actuación y organización en el trabajo.
- Se fomentan actividades en grupo para fomentar las relaciones positivas entre integrantes del equipo.²⁷

Heredia Diez VB et al.²⁹ en su artículo “*Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos*”, indican que se debe evaluar regularmente el desgaste, las actividades que ayuden a lidiar con las emociones y el estrés, el autocuidado, la capacidad de intercambiar turno y las tareas que ofrezcan relaciones positivas en el equipo.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados:

- Se utiliza herramientas adecuadas para la valoración habitual del proceso de desgaste profesional y el *engagement*, utilizando herramientas adecuadas.

Promocionar bienestar y prevenir el desgaste profesional:

- Se proporciona la opción de modificar los turnos del trabajo y ajustar los horarios según las necesidades de los profesionales.
- Se organiza actividades para prevenir la presencia de dificultades emocionales y soporte del profesional, ofreciendo la presencia de psicólogos.
- Se fomentan actividades en grupo para fomentar las relaciones positivas entre integrantes del equipo.²⁷

Velasco Bueno JM et al.²⁰ en su artículo “*Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades*” y Heras La Calle G et al.³² en su artículo “*Seeking to humanize intensive care*” mencionan que cuando se producen problemas o algo no va bien, esto afecta a los profesionales a nivel personal, emocional y en su trabajo influyendo en la calidad de los cuidados y la implicación hacia los pacientes. Hay que cuidar al profesional, ya que si algo va mal, los cuidados proporcionados no van a ser de buena calidad y el paciente no se va a encontrar bien, esto al fin y al cabo es una cadena. Para reducir los problemas de los profesionales y el “síndrome de burnout” hay que establecer una serie de métodos para dar respuesta a las necesidades que surgen durante el trabajo.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados:

- Se realizan actividades de formación en conocimientos y gestión del estrés y desgaste de los profesionales, así como de impulso del *engagement* (o asociación con el trabajo), habilidades emocionales y psicosociales en el trabajo.²⁷

Fuente-Martos C et al.³¹ en su artículo “*Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos*” mencionan que se imparten clases de habilidades en comunicar, tomar decisiones y de motivar a los profesionales. También se realizan técnicas de relajación como el reiki y terapia cráneo-chacral. Con esto se intenta mejorar la salud física, emocional y espiritual de los profesionales de la salud.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados:

- Se realizan actividades de formación en conocimientos y gestión del estrés y desgaste de los profesionales, así como de impulso del *engagement* (o asociación con el trabajo), habilidades emocionales y psicosociales en el trabajo.²⁷

Bambi Stefano RN et al.³⁷ en su artículo, “COVID-19 en Unidades de Cuidados Críticos: Repensando la Humanización de los Cuidados de Enfermería” y la autora López Perales B³⁸ en su artículo “Humanizando en UCI COVID”, menciona que los profesionales sanitarios han sufrido miedo, preocupación, de no saber qué va a pasar ni cuándo va a terminar la pandemia, con lo cual es necesario la presencia de psicólogos en estas unidades de cuidados intensivos para prevenir la ansiedad o la depresión.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Promocionar bienestar y prevenir el desgaste profesional:

- Se organiza actividades para prevenir la presencia de dificultades emocionales y soporte del profesional, ofreciendo la presencia de psicólogos.²⁷

3.5 Síndrome post-cuidados intensivos

El síndrome post-cuidados intensivos afecta a muchos pacientes después del estado crítico. Este síndrome tiene unas características determinadas que pueden ser a nivel físico (dolor, malnutrición, úlceras por presión), neuropsicológico (alteraciones de la memoria, atención), emocional (ansiedad, depresión) y puede verse afectada la familia ocasionando problemas sociales. Los profesionales sanitarios y la familia son fundamental para minimizar estos síntomas. Los profesionales sanitarios deben proporcionar apoyo a la familia tanto para manejar el estrés como la toma de decisiones, ya que se pueden producir crisis familiares con preocupación y confusión provocando un descuido de la salud en la familia.²⁷

Los resultados que ofrecen nuestros artículos son:

La autora Rojas V²⁸ en su artículo “Humanización de los cuidados intensivos”, nos indica según la Sociedad Americana en Cuidados Críticos el “síndrome burnout” como agravamiento de los problemas de salud física, mental o cognitiva que se relacionan con la enfermedad que perduran al alta. Se han establecido aspectos para la recuperación, como estrategias para el alivio del dolor y sedación, prevención del delirio, movilización temprana, cuidado personal y familiar y capacitación continua por parte de equipos

interdisciplinarios. Una forma de bajo coste que puede llegar a disminuir el síndrome post-UCI es la iniciativa conocida como “Diarios de UCI”.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Prevención y manejo:

- Existe un protocolo interprofesional para prevenir y manejar este síndrome para pacientes y familiares que se encuentren en la unidad.
- Existe documentos actualizados al día de control de dolor y sedación.
- Existe documentos actualizados de prevención y manejo del delirio en el paciente.
- Existe documentos de movilización temprana.
- Existe un documento que dispone de los Diarios de UCI en la unidad. ²⁷

Heredia Diez VB et al. ²⁹ en su artículo “*Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos*”, indican que se incluye síntomas físicos, neuropsicológicos y emocionales que se desarrollan en la estancia en la UCI y pueden perdurar después del alta. Los profesionales sanitarios y los miembros de la familia pueden lidiar con esto. Las pautas recomendadas para la prevención, detección y tratamiento en pacientes y familiares, incluye evaluación cognitiva, psicológica y funcional al alta. Se recomienda la prevención del delirio, la movilización temprana, la adherencia a las estrategias de dolor y sedación, y el cuidado personal y centrado en la familia.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Prevención y manejo:

- Existe un protocolo interprofesional para prevenir y manejar este síndrome para pacientes y familiares que se encuentren en la unidad.
- Existe documentos actualizados al día de control de dolor y sedación.
- Existe documentos actualizados de prevención y manejo del delirio en el paciente.
- Existe documentos de movilización temprana.

Seguimiento:

- Se lleva a cabo una evaluación funcional física que aparezca en la documentación de alta al paciente.
- Se lleva a cabo una evaluación psicológica que aparezca en la documentación de alta al paciente.

- Se lleva a cabo una evaluación cognitiva que aparezca en la documentación de alta al paciente.²⁷

Velasco Bueno JM et al.²⁰ en su artículo “*Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades*” y Baeza Gómez I et al.²⁴ en su artículo “*Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos*”, indican que este problema comienza mientras el paciente se encuentra ingresado en la UCI y pueden durar después de regresar a casa. La calidad de vida de los pacientes y su familia se puede ver afectada a medio y largo plazo. Los profesionales sanitarios deben proporcionar la continuidad de la atención sanitaria para apoyar estas necesidades. La familia es una parte esencial para mitigar el síndrome post-UCI. La enfermedad de los pacientes de cuidados intensivos, provoca peleas familiares y dichos sentimientos de confusión y preocupación puede hacer que las familias descuiden su salud, por lo que se debe de apoyar a los familiares que lo necesiten.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Prevención y manejo:

- Existe un protocolo interprofesional para prevenir y manejar este síndrome para pacientes y familiares que se encuentren en la unidad.

Seguimiento:

- Existe un seguimiento fuera del hospital de pacientes y familias con este síndrome al alta de la unidad de cuidados intensivos.
- Se lleva a cabo “grupos de apoyo” para pacientes de UCI y para sus familiares que han estado con anterioridad en esta unidad.²⁷

Heras La Calle G et al.³² en su artículo “*Seeking to humanize intensive care*” mencionan que, afecta a un gran número de pacientes tras un estado crítico. Este síndrome se caracteriza por síntomas físicos (como dolor persistente, debilidad adquirida en la UCI, desnutrición, úlceras por presión, trastornos del sueño y necesidad de utilizar dispositivos), síntomas neuropsicológicos (déficits cognitivos, como trastornos de la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento mental), o síntomas emocionales (ansiedad, depresión y estrés postraumático) y también pueden afectar a los familiares del paciente, causando problemas sociales. Los profesionales sanitarios facilitan la atención necesaria para solucionar estos problemas.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Prevención y manejo:

- Existe un protocolo interprofesional para prevenir y manejar este síndrome para pacientes y familiares que se encuentren en la unidad. ²⁷

Carvajal Muriel A et al. ³⁶ en su artículo, “*Humanización de los cuidados durante la pandemia Covid-9 en una Unidad de Cuidados Intensivos*” mencionan que para reducir los efectos de este síndrome se pueden realizar consultas post uci tanto para todos los pacientes en general no solo para pacientes covid, para así realizar un seguimiento y actuar antes las posibles complicaciones que se puedan derivar y poder aumentar la satisfacción en ellos.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Seguimiento:

- Existe un seguimiento fuera del hospital de pacientes y familias con este síndrome al alta de la unidad de cuidados intensivos.
- Existe consultas de pacientes en seguimiento, con riesgo de síndrome post- UCI cuando son dados de alta del hospital en el que se encuentren.²⁷

3.6 Cuidados al final de la vida

En los cuidados intensivos hay ocasiones que no se pueden cambiar la situación previa del paciente, con lo cual se debe de encaminar a minimizar el sufrimiento ofreciendo unos buenos cuidados al paciente. Los cuidados intensivos ofrecen un cuidado integral y holístico al paciente y a su entorno, permitiendo una muerte sin malestar ni sufrimiento tanto para el paciente como para su familia. En estos casos los profesionales sanitarios deben de tener herramientas para dar posibles soluciones a estas situaciones cuando se produzcan diferentes opiniones entre profesionales y la familia.²⁷

Los resultados que ofrecen nuestros artículos son:

La autora Rojas V ²⁸ en su artículo “*Humanización de los cuidados intensivos*”, indica que aún siguen falleciendo personas en la UCI, por lo que significa que los cuidados paliativos están disponibles para los pacientes que necesitan estos cuidados mediante el desarrollo de unos protocolos de cuidados al final de la vida, garantizando una muerte libre de sufrimiento y tristeza, respetando las prioridades del paciente y la familia. Según

los estudios se ha observado la incorporación de cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos, además de ahorrar en coste, se facilita la comunicación, así como atendiendo las necesidades físicas, psicosociales y espirituales.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Protocolización de cuidados al final de la vida:

- Existe un protocolo interprofesional de cuidados al final de la vida en el paciente crítico, adaptado a las recomendaciones de las Sociedades Científicas.
- Existe un método para identificar las necesidades paliativas en pacientes que se encuentran en la UCI.

Soporte a las necesidades y preferencias emocionales y espirituales:

- Se proporcionan actividades de apoyo emocional para el paciente y familia en los momentos al final de la vida. ²⁷

Heredia Diez VB et al. ²⁹ en su artículo “*Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos*”, indican que los cuidados al final de la vida y los cuidados intensivos deben de realizar conjuntamente, ya que a veces no se llega a la curación, debiendo evitar el sufrimiento. Se debe utilizar protocolos que limiten el soporte vital y se facilite el acompañamiento familiar.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Protocolización de cuidados al final de la vida:

- Existe un protocolo interprofesional de cuidados al final de la vida en el paciente crítico, adaptado a las recomendaciones de las Sociedades Científicas.

Acompañamiento en situaciones al final de la vida:

- Se favorece la compañía continua de la familia de los pacientes en los momentos al final de la vida.

Protocolo de limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV):

- Hay un protocolo de Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV). ²⁷

Velasco Bueno JM et al. ²⁰ en su artículo “*Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades*” y Baeza Gómez I et al. ²⁴ en su artículo

“Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos” mencionan que en esta unidad cuando no es posible la curación de la enfermedad, se debe de minimizar el sufrimiento y el dolor, proporcionando unos cuidados de calidad al final de la vida. Las decisiones sobre el final de la vida inevitablemente difieren entre los profesionales de la salud y los miembros de la familia. Los profesionales sanitarios deben de adquirir de habilidades y herramientas necesarias para solucionar conflictos incluyendo la comunicación abierta y constructiva de situaciones como habilidades de afrontamiento para minimizar la carga emocional.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Protocolización de cuidados al final de la vida:

- Existe un protocolo interprofesional de cuidados al final de la vida en el paciente crítico, adaptado a las recomendaciones de las Sociedades Científicas.

Protocolo de limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV):

- Se da formación específica al profesional en temas de bioética y legal en relación con la toma de decisiones y cuidados al final de la vida. ²⁷

Heras La Calle G et al. ³² en su artículo “*Seeking to humanize intensive care*” mencionan que, los cuidados paliativos buscan brindar una atención integral al paciente y su entorno, con la intención de permitir una muerte libre de molestias y sufrimientos para el paciente y sus familiares, de acuerdo con sus deseos clínicos, culturales, éticos y estándares. La decisión de limitar el soporte vital, que se realiza con frecuencia en el paciente, se puede tomar siguiendo las pautas y recomendaciones que se establecen en las sociedades científicas. La presencia de protocolos y evaluación continua de la atención brindada constituyen requisitos indispensables. Las decisiones complicadas que se toman en el cuidado de pacientes críticos al final de la vida pueden generar discrepancias entre los profesionales de la salud y entre los profesionales de la salud y las familias de los pacientes. Los profesionales sanitarios deben de adquirir de habilidades y herramientas necesarias para solucionar conflictos incluyendo la comunicación abierta y constructiva de estas situaciones como estrategias de afrontamiento para minimizar la carga emocional.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Protocolización de cuidados al final de la vida:

- Existe un protocolo interprofesional de cuidados al final de la vida en el paciente crítico, adaptado a las recomendaciones de las Sociedades Científicas.

Protocolo de limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV):

- Hay un protocolo de Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV).
- Se da formación específica al profesional en temas de bioética y legal en relación con la toma de decisiones y cuidados al final de la vida.²⁷

3.7 Infraestructura humanizada

El entorno de la UCI debe de ofrecer un ambiente saludable, mejorando el estado físico y psicológico de los pacientes. Se propone adaptar las necesidades del paciente trabajando en el entorno y con unas condiciones favorables, proporcionando una calidad y comodidad tanto para los pacientes como para los profesionales. Aparte de rediseñar este entorno, se puede rediseñar las salas de espera ofreciendo una mayor comodidad a las familias.²⁷

Los resultados que ofrecen nuestros artículos son:

Velasco Bueno JM et al.²⁰ en su artículo “*Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades*” y la autora Rojas V²⁸ en su artículo “*Humanización de los cuidados intensivos*”, Heredia Diez VB et al.²⁹ en su artículo “*Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos*” y Heras La Calle G et al.³² en su artículo “*Seeking to humanize intensive care*”, indican que lo conveniente es comenzar por cambios con un coste bajo o sin coste, los efectos a corto plazo aumentarán la motivación del grupo y demostrarán que la humanización del cuidado es en beneficio del paciente, la familia y del equipo. Este proceso se verá enriquecido sumando esfuerzos individuales y sumando experiencias de otras unidades y de otros hospitales, en los que se puede aprender a cambiar y progresar en la creación de una UCI más humana. El entorno debe promocionar una mejora física y psicológicamente en los pacientes, profesionales y en la familia. El espacio debe tener en cuenta las necesidades e intentar crear un hogar más confortable. Debe de haber una adecuada señalización y poder personalizar una sala con fotos familiares, dibujos y mensajes emotivos.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Confort ambiental del paciente:

- Se ofrece elecciones de “personalización del entorno” (imágenes de los familiares, dibujos de familias, tarjetas con textos de cariño, fotografías de grupos de música o equipos de fútbol, etc.).

Confort en el área de familiares:

- Existe la presencia de señales correctas y visibles de los boxes y una adecuada señalización de entrada manteniendo la correcta función establecida para la unidad.²⁷

González Guijarro P et al.¹⁴ en su artículo “*Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos*” y Baeza Gómez I et al.²⁴ en su artículo “*Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos*”, mencionan que se pueden fomentar la remodelación de los espacios para que las técnicas como la calidad de atención vayan de la mano y también la comodidad, disminuyendo los errores profesionales y aumentando los mejores resultados de las personas enfermas como reducir el número de días de estancia en dicha unidad por lo que provocaría un coste menor. Las salas de espera deben de ser rediseñadas para que tenga aspecto de “salas de estar” y que los familiares se encuentren cómodos y tengan un buen funcionamiento.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica:²⁷

Confort en el área de familiares:

- Existe una guía hacia la utilización de las “salas de estar” del entorno en la que se encuentran la familia el tiempo que no están en la unidad.
- Existen habitaciones para la familia en momentos difíciles, que proporcionan privacidad, siempre que sea posible.²⁷

Escudero D et al.³⁵ en su artículo “*For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change*”, mencionan que, la falta de reloj y luz natural produce alteraciones en tiempo y lugar a los pacientes. Muchos pacientes de esta unidad se quejan por el exceso de ruido y de luz, lo que provoca mala calidad de sueño y delirio a corto y largo plazo. Para mejorar la calidad del sueño y disminuir el delirio se podrían realizar unas series de actividades como apagar la luz, usar antifaz o tapones para los

oídos e incluso minimizar el nivel de ruido, teniendo en cuenta lo importante que es el descanso nocturno.

En este artículo se cumplen las siguientes buenas prácticas de esta línea estratégica: ²⁷

Confort ambiental del paciente:

- Se proporciona luz natural con bastante cantidad y calidad para el paciente, con la alternativa de atenuar cuando se quiera.
- Se proporciona mobiliario adecuado y bien distribuido, para ofrecer un espacio funcional, con una circulación propia, así como evitando interrupciones y obstáculos innecesarios.
- Se ofrece un control autónomo e individual en cada box de temperatura, humedad y ventilación según las normas UNE e ISO publicadas.
- Existe sistemas de control de luz, con suficiente cantidad en todos los boxes de los pacientes.
- Se identifican y desarrollan intervenciones para el control del ruido en el entorno.

Orientación del paciente:

- Se establece contacto visual con el exterior (ventana a una altura adecuada), para mantener el ciclo circadiano y la orientación.
- Se facilita herramientas para favorecer la orientación temporal con un fácil acceso y buena visibilidad (como reloj y/o calendario). ²⁷

Tabla 4. Resultados en porcentajes de los artículos que apoyan las estrategias e intervenciones para humanizar los cuidados en la unidad de cuidados intensivos.

ESTRATEGIAS	INTERVENCIONES	ARTICULOS QUE HABLAN
UCI DE PUERTAS ABIERTAS. FLEXIBILIDAD DE HORARIOS DE VISITA. PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS	Sensibilización de los profesionales	80%
	Accesibilidad	
	Presencia y participación en procedimientos y cuidados	
	Soporte a las necesidades emocionales y psicológicas de los familiares	

COMUNICACIÓN	Comunicación en el equipo	65%
	Comunicación e información a la familia	
	Comunicación con el paciente	
BIENESTAR DEL PACIENTE	Bienestar físico	70%
	Bienestar psicológico	
	Promoción de la autonomía del paciente	
	Bienestar ambiental y descanso nocturno	
CUIDADOS AL PROFESIONAL	Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados	60%
	Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar	
SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS	Prevención y manejo	40%
	Seguimiento	
CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	Protocolización de cuidados al final de la vida	35%
	Acompañamiento en situaciones al final de la vida	
	Cobertura de necesidades y preferencias emocionales y espirituales	
	Protocolo de limitación de tratamientos de soporte vital	
INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	Confort ambiental del paciente	50%
	Orientación del paciente	
	Confort en el área de familiares	

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los resultados encontrados en esta revisión, nos reflejan que hay una gran evidencia sobre estas intervenciones acerca del cuidado humanizado sobre todo la estrategia de UCI de puertas abiertas, flexibilidad horaria, presencia y participación familiar en los cuidados seguido del bienestar del paciente y de la estrategia de comunicación, siendo estas estrategias muy importantes en la humanización de los cuidados sin dejar atrás las demás estrategias que aunque tengan menor proporción en esta revisión, siguen siendo importantes en la humanización de los cuidados.

4. DISCUSIÓN

Humanizar la asistencia sanitaria es centrarnos en la persona, de forma holística, tratándola como un ser único y abordando las necesidades físicas, psicológicas, sociales y emocionales. Se debe garantizar un entorno humanizado que favorezca el bienestar de la persona, promoviendo y protegiendo su salud y aportando unos cuidados de calidad. En la humanización de los cuidados intervienen un equipo multidisciplinar de profesionales tanto sanitarios como de otra índole (trabajadores sociales, administrativos etc.,) la familia y el paciente.

Los profesionales sanitarios llevan a cabo unas técnicas muy especializadas como ocurre en la UCI. Esto no le impide seguir avanzando hacia una UCI humanizada y creando estándares de calidad que nos sirven como guía y referencia de las unidades para realizar este cuidado humanizado.

La primera estrategia de la que hablamos “UCI de puertas abiertas, flexibilidad de horarios de visita y presencia y participación de la familia en los cuidados”; con un 80% de resultados de esta revisión, se ha visto que las visitas y el cuidado familiar mejora el estrés y la ansiedad del paciente. A pesar de tener un alto porcentaje no lo dejaremos a un lado y debemos de ir haciendo hincapié para que este resultado no decaiga, sino que se mantenga e incluso pueda seguir en aumento y sigamos produciendo efectos positivos tanto para el paciente como para la familia.

En la segunda estrategia “comunicación”; esta nos da un porcentaje del 65% que aunque siendo bueno está muy lejano de nuestro objetivo de conseguir el 100%. Habría que seguir haciendo hincapié en establecer determinadas pautas para que el proceso de información mejore desarrollando estrategias o ideas para eliminar las dificultades que presenta cada paciente.

La tercera estrategia “bienestar del paciente”; con un porcentaje del 70%, a pesar de ser un porcentaje alto que debemos de seguir trabajando. Es una de las estrategias más importantes para el paciente que ayuda/interviene en su proceso de curación.

La cuarta estrategia “cuidados al profesional”; este es uno de los puntos más importantes y novedosos para asegurarnos la humanización del paciente. Como vemos el 60% supera la media, esto nos está indicando que debemos seguir apostando por el cuidado profesional. Ocuparnos del profesional hará que este se encuentre motivado, dotándole

de una serie de herramientas que aumente su satisfacción profesional y puedan así ofrecer cuidados de calidad y humanizados.

La quinta estrategia “síndrome post-cuidados intensivos”; tiene un porcentaje bajo de un 40% lejos del 100%. Si bien, hay que tener muy presente que este síndrome afecta de forma multifactorial al paciente, familia y al profesional por lo que hay que hacer mayor incidencia para minimizar los efectos producidos por este síndrome.

La sexta estrategia “cuidados al final de la vida”; pone de manifiesto un 35%, algo que nos debería de hacer pensar que no estamos cubriendo de manera satisfactoria esta estrategia. Esto nos hace pensar que debemos de aumentar nuestras actuaciones dirigidas al cuidado al final de la vida. Esta es muy importante tanto para la familia como para el paciente ya que son los últimos momentos y uno de los más difíciles. Se debe de proporcionar y asegurar una muerte sin sufrimiento y sin dolor.

La última estrategia “infraestructura humanizada”; nos da un 50% de resultados, lo que nos dice que en la actualidad se está llevando a cabo mejoras en la infraestructura humanizada y entorno de las UCIS, viéndose una mejora en el estado físico y psicológico de los pacientes. Aun así debemos de seguir adaptando la UCI de forma humanizada para que el índice que nos da esta estrategia logre aumentar y no decaiga.

La mayoría de los resultados nos reflejan una actitud positiva hacia la humanización de los cuidados, aun así hay que seguir trabajando y no debemos de relajarnos para así poco a poco seguir avanzando y llegar a cubrir el 100% de estas estrategias y obtener unas UCIS humanizadas.

Los profesionales sanitarios tenemos que situar al paciente en el centro del cuidado, llevando a cabo nuestro cuidado de forma holística, atendiendo todas sus dimensiones y ante situaciones críticas vean en los profesionales sanitarios consuelo, apoyo y a profesionales que les cuidan con respeto, cariño y con derecho a ser cuidados dignamente; cuidados humanizados.

5. CONCLUSIÓN

Todas estas estrategias anteriormente mencionadas tienen la finalidad de proporcionar bienestar al paciente. Es evidente que nuestro trabajo debe de ir orientado a aumentar y conseguir el 100% en cada una de ellas, tarea difícil pero no imposible. Actualmente se va por buen camino hacia la humanización de los cuidados pero hay que seguir mejorando.

5.1 Propuestas de mejora

Para finalizar esta revisión bibliográfica se expone una serie de propuestas de mejora para seguir avanzando en el cuidado humanizado, teniendo en cuenta tanto al profesional sanitario como al paciente y la familia. Estas pueden ser:

Hacer especial hincapié en una formación continuada reglada para todos los profesionales sobre humanización en UCI:

- Tener una visión abierta de una UCI humanizada para aumentar la calidad de los cuidados.
- Protocolos para la mejora de la humanización:
 - o El cuidador principal entre a colaborar en determinadas horas en la higiene del paciente de UCI.
 - o La TV o radio puede mejorar el estado de ánimo del paciente, así como reducir la sensación de aislamiento.
 - o Aplicar la actividad de musicoterapia ya que se ha visto que disminuye la ansiedad y el estrés de los pacientes y también disminuir dosis de fármacos.

Llevar a cabo de forma regular 1 vez al mes sesiones clínicas de actualización de conocimientos en algunos aspectos de la humanización.

Seguimiento/continuidad en la atención humanizada tanto a pacientes como a familiares:

- Cuando el paciente sea dado de alta a planta, un profesional de UCI hará un seguimiento de los cuidados del paciente en planta para garantizar su continuidad y la humanización de los cuidados.
- Si el paciente falleciera, le enviamos una carta de condolencia a la familia.
- Fomentar el continuo saber sobre la comunicación eficaz del profesional hacia el paciente y la familia.

- Realizar convivencias de pacientes y familias para expresar sus vivencias y así poder crear y mejorar alternativas para seguir mejorando en la calidad y en el cuidado humanizado.

Educación para la salud para pacientes y familiares:

- Sesiones de seguimiento para pacientes que han estado en la UCI para producir una mejora en su salud mental y física y también tener en cuenta las necesidades de las familias de los propios pacientes.

6. AGRADECIMIENTOS

Agradecer a todas las personas que me han acompañado en este camino, entre los que se encuentra mi familia por el apoyo y confianza que han depositado en mí, mis amigas, mis compañeros de clase, profesores por transmitir la pasión por esta bonita profesión, es decir, la enfermería, haciendo ver que el esfuerzo, constancia y trabajo en grupo terminan en resultados muy gratos, así como mi tutora de este proyecto, por ayudarme y orientarme en la elaboración del trabajo, pues su ayuda ha sido determinante durante estos meses. Todos y cada uno de vosotros, habéis sido los pilares en mi formación y aprendizaje que han hecho posible aportarnos un crecimiento personal y profesional, sin vosotros no hubiera sido posible.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, Definición de humanizar. Edición del Tricentenario [Internet]. [citado 1 Febrero 2022]; Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>
2. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Ed. Desclée De Brouwer; 2014.
3. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de 2016-2019. España; 2016 [citado 22 Febrero 2022]
4. Bermejo Higuera, JC. Humanizar la salud. Counselling en salud. Archivos de la Memoria. 2013[citado 03 Febrero 2022]; 10(1). Disponible en: <http://ciberindex.com/c/am/e1000>
5. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm [revista en Internet] 2014 [citado 03 Febrero 2022]; 17(1): 70-74. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/>
6. Ariza Olarte C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm Universitaria [revista en Internet] 2012 [citado 22 Enero 2022]; 1 (9). Disponible en : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632012000100006
7. Castañeda Valencia CR, Orozco Giraldo MJ, Rincón Mancera GP. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. Hacia promoció. salud. [revista en Internet] 2015 [citado 22 Enero 2022]; 20(1): 13-34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01217577201500010000
8. J. Watson. Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. Connecticut: Appleton-Century Croft, 1985.
9. Suazo I, Pérez-Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Martos Martínez Á, Simón Márquez M del M, Barragán Martín AB, et al. Sensibilidad Moral, Empatía y Comportamiento Prosocial: Implicaciones para la Humanización del Cuidado de Enfermería. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública [Internet].2020 [citado 2 Marzo 2022]; 17 (23): 8914. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17238914>

10. Díaz Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristobal E, Cano Valero M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enf Global* [Internet]. 2020 [citado 2 Marzo 2022]; 19(2):640-72. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/392321>
11. Beltrán O. The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. *Invest Educ Enferm*. 2016 [citado 02 Marzo 2022]; 34(1): 18-28. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a03>
12. Giménez FN. El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería. *Notas enferm*. [Internet]. 9 de noviembre de 2021 [citado 03 Marzo 2022]; 21(38):43-5. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/35475>
13. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Estrategia de Humanización Compartida. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2020. [citado: 18 Marzo 2022]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA_v12042021.pdf
14. González Guijarro, P; Amezcua, M. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Ética de los Cuidados*. 2018; 11. [citado 24 Enero 2022]; Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e11934>
15. Escobar-Castellanos B, Cid-Henriquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioeth*. [Internet]. 2018 Jun [citado 03 Marzo 2022]; 24(1):39-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>
16. Duarte da Costa T, Candido de Oliveira Salvador PT, Pereira Santos VE, Vieira Tourinho FS. Humanización del proceso de atención de enfermería en una Unidad de Terapia Intensiva: Diálogo descrito versus observado. *Ética de los Cuidados*. 2013 [citado 03 Marzo 2022]; 6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et8072.php>
17. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm* [Internet]. 2009 Mar [citado: 19 Marzo 2022]; 18(1):32-36.

Disponible

en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962009000100007&lng=es

18. Bermejo Higuera JC. Atención centrada en la persona. 2014. [citado: 18 Marzo 2022]. Disponible en: <https://www.josecarlosbermejo.es/atención-centrada-en-la-persona/>
19. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos, Estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid; 2010 [citado 09 Febrero 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3baLleZ>
20. Velasco Bueno, JM; Heras La Calle, G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. Ética de los Cuidados. 2017; [citado 09 Febrero 2022]10(20). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>
21. Heras Zaforteza G. HUCI se escribe con H de Humano. Enferm Intensiva. 2014; 25(4):123-4. [citado 09 Febrero 2022] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-huci-se-escribe-con-h-S113023991400087X>
22. Calle GH La, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2017; [citado 09 Febrero 2022]29(1):9–13. Disponible en: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-507X.20170003>
23. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [citado 3 Marzo 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/34BP9U5>
24. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2020 [citado 24 Enero 2022];(48):111-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008&lng=es
25. Terezinha Rother E. Revisión sistemática X revisión narrativa. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 [citado 21 Enero 2022]; 20(2): 9-10. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n2/es_a01v20n2.pdf
26. Pino Casado R, Frias Osuna A, Palomino Moral PA. Búsqueda bibliográfica en Enfermería Comunitaria. Apuntes y materiales de clase de Enfermería

- Comunitaria II. Tema 16. Universidad de Jaén, Departamento de Enfermería; 2014.
27. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [citado 3 Marzo 2022]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
 28. Rojas, V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019 [citado 06 Marzo 2022]; (30):120-125. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
 29. Heredia Diez VB, Torralba Elía L, Torralba Elía M, Villagrasa Alloza M, Torralba Sánchez S, Sanz Rosa J. Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos. 2021 [citado 06 Marzo 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/humanizacion-de-los-cuidados-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
 30. Martínez ZR. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crit. 2021[citado 06 Marzo 2022]; 35(3):144-147. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/100003>
 31. Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernández E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. 2017; [citado: 11 Marzo 2022] 0210-5691. Disponible en: [10.1016/j.medin.2017.08.002](https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002)
 32. Heras La Calle, G; Cruz Martin, M; Nin, N. Seeking to humanize intensive care. Rev Bras Ter Intensiva. 2017; [citado: 11 Marzo 2022] 29(1):9-13. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
 33. Bautista Rodríguez LM, García Calderón YP, Medina Chaves LJ, Cruz Hernández KG. Family perception of humane care provided by health care personnel. Rev. cienc. ciudad. 2018 [citado 06 Marzo 2022]; 15(2):8-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.1398>
 34. Hosey MM, Jaskulski J, Wegener ST, Chlan LL, Needham DM. Animal-assisted intervention in the ICU: a tool for humanization. Crit Care 2018. [citado: 11 Marzo 2022] 22, 22 Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-018-1946-8>

35. Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Med Intensiva*. 2014; [citado: 11 Marzo 2022] 38:371-375. Disponible en: [10.1016/j.medine.2014.01.001](https://doi.org/10.1016/j.medine.2014.01.001)
36. Carvajal Muriel A, Márquez de Torres P, Calero Mercado N. Humanización de los cuidados durante la pandemia Covid-9 en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Paraninfo Digital*. 2021;[citado: 11 Marzo 2022] Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e33012d>
37. Bambi, Stefano RN, MSN, PhD; Iozzo, Pasquale RN, MSN; Rasero, Laura RN, MSN; Lucchini, Alberto RN COVID-19 en Unidades de Cuidados Críticos: Repensando la Humanización de los Cuidados de Enfermería, Dimensiones de la Enfermería en Cuidados Críticos. 2020. [citado: 11 Marzo 2022] 39(5): 239-241. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000438>
38. López Perales B. Humanizando en UCI COVID. *Paraninfo Digital*. 2021; [citado: 11 Marzo 2022] (33): e33041n. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e33041n>
39. Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra. Oficina de Referencia. Guía para citar y referenciar. Estilo Vancouver [Internet],2022. [citado 10 Febrero 2022]. Disponible en: <https://goo.gl/LaUj46>