



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de mejora para la humanización de los
cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos

Improvement programme for the humanisation
of citizens in the intensive care unit

Autora

Ana Galilea Mangado

Director

José Manuel Granada López

Facultad Ciencias de la Salud – Universidad de Zaragoza

2021

INDICE

1.-Resumen.....	3
1.-Abstract.....	4
2.-Introducción.....	5
2.1 Justificación.....	8
3.-Objetivos.....	9
4.-Metodología.....	10
4.1 Búsqueda bibliográfica.....	10
4.2 Diseño del programa.....	11
5.-Desarrollo.....	13
5.1 Planificación.....	13
5.2 Hacer.....	21
5.3 Chequear.....	21
5.4 Actuación.....	25
6.-Conclusiones.....	26
7.-Bibliografía.....	27
8.-Anexos.....	29

1.- RESUMEN

Introducción

Debido a sus características, las Unidades de Cuidados intensivos, son servicios en los que las necesidades humanas y emocionales han quedado en un segundo plano. Para que un sistema sanitario sea considerado humanizado es necesaria la participación del ciudadano, de pacientes, de familiares, así como de los profesionales.

La humanización de los cuidados busca mejorar la atención partiendo de una visión integral, donde la persona sea el centro de los cuidados.

Objetivo

El objetivo principal es realizar una serie de estrategias que permitan unos cuidados integrales, donde la persona (paciente, profesional, familiar), sea el centro de los cuidados.

Metodología

Tras una revisión bibliográfica sobre la humanización de los cuidados en la UCI en diferentes bases de datos, se ha desarrollado un programa de mejora siguiendo el Ciclo de Deming, ciclo de mejora continua. Se proponen distintas estrategias para la humanización de los cuidados.

Conclusión

La humanización de los cuidados habitualmente es algo secundario. Mediante la puesta en marcha de un programa que busque esta humanización se ha demostrado su utilidad para mejorar la evolución del paciente.

Palabras clave

Humanización, Unidad de Cuidados Intensivos, cuidados, programa de mejora.

1.- ABSTRACT

Introduction

Taking in consideration its characteristics, intensive care units are services in which human and emotional needs have been left in the background. For a healthcare system to be considered humanized, the participation of citizens, patients, relatives and professionals is necessary.

The humanization of care seeks to improve care based on an integral vision, where the person is the center of care.

Objective

The main objective is to carry out a series of strategies that allow integral care, where the person (patient, professional, family member) is the center of care.

Methodology

After a bibliographic review on the humanization of ICU care in different databases, an improvement program has been developed following the Deming Cycle, a continuous improvement cycle. Different strategies for the humanization of care are proposed.

Conclusion

The humanization of care is usually secondary. Through the implementation of a program that seeks this humanization, its usefulness in improving the patient's evolution has been demonstrated.

Key words

Humanization, Intensive Care Unit, care, improvement program.

2.- INTRODUCCIÓN

Humanizar el cuidado de la salud se refiere a acciones que hacen al hombre más humano, las acciones vinculadas a la dignidad. Este cuidado humano es individual en cada paciente, teniendo en cuenta sus valores, sus vivencias, derechos. (1)

De esta forma se considera al paciente desde una asistencia integral, atendiendo a nivel físico, emocional, social y espiritual. (1)

Un sistema sanitario humanizado, debe de ser un sistema que cuide y promueva la salud, que de participación al ciudadano. (2) Que cubra aspectos como la empatía, la comprensión, así como el respeto hacia el vínculo paciente-familiar. (3)

Es importante que se impulse una formación humanizada a los profesionales de salud. (1)

El avance científico y tecnológico de las unidades de cuidados intensivos ha evolucionado en los últimos años, permitiendo una mejora en la recuperación. Sin embargo, las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias, así como de profesionales han quedado en segundo lugar. (4)

En numerosas ocasiones, las características ambientales de las UCIs las convierten en lugares desfavorables para pacientes, familiares, profesionales. (5)

Esto supone un desafío en la humanización de los cuidados. El paciente se encuentra monitorizado, hay pérdida de la privacidad, distintos equipos informáticos, puede encontrarse sedado, lo que lleva a una dificultad en la comunicación, hay limitación de luz natural, lo que lleva a una desorientación en tiempo y espacio. (6)

Para los familiares, no estar presentes durante gran parte del proceso, la incertidumbre, lleva a una situación de miedo e impotencia. (4)

Otras condiciones de trabajo como la sobrecarga y el estrés, conocido el síndrome de burnout en los profesionales (4), impiden una atención más humanizada. (3)

Cuando las necesidades humanas se dejan de lado se produce una recuperación peor de los pacientes, un aumento de los daños colaterales, estancias hospitalarias mayores, desgaste profesional. (4)

Es necesaria la participación del paciente, familiares, cuidadores, así como del equipo de salud para la implantación de prácticas humanizadas. (3)

Los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, en muchas ocasiones no están en condiciones de participar en la asistencia, por lo que son los familiares o cuidadores aquellos que reciben la información y participan en la toma de decisiones. (7)

Mediante un estudio realizado en 2011 durante cinco meses en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se quiso medir el grado de satisfacción tanto de pacientes, cuando su estado lo permitiera, como de familiares, con el cuestionario FS-ICU 34 en español. (8)

Se analizó la afinidad entre los grados de satisfacción de pacientes y familiares, llegando a la conclusión de que la concordancia no era tan alta como se esperaba. Por esto es el paciente quién debe ser informado y tenido en cuenta durante el proceso asistencial, siempre y cuando su estado lo permita. Sin embargo, cuando las condiciones clínicas no les permitan participar de forma activa, quienes supuestamente mejor conocen sus deseos, sentimientos y valores, son los familiares. (8)

En muchas ocasiones los familiares son desatendidos, no reciben un adecuado apoyo emocional, impidiendo implementar un cuidado integral.

En estas unidades se ha mantenido de forma relativa a la familia aislada de los pacientes. Queriendo justificar esto en que los familiares impiden un correcto descanso, son un riesgo de infección, producen estrés y agotamiento en el paciente. Sin embargo, los pacientes expresan que se sienten solos y aislados, considerando a los familiares un apoyo fundamental en su recuperación. (9) Varias investigaciones demuestran que esas justificaciones

no son ciertas y afirman que la presencia de la familia es beneficiosa durante el proceso terapéutico del paciente. (10)

Cabe destacar que en entorno laboral son numerosos los factores que pueden desencadenar el estrés, como son la organización del lugar de trabajo, la jerarquía que se impone, así como las relaciones.

Es la sobrecarga tanto física como mental que hay en las unidades de cuidados intensivos, como lo es la responsabilidad sobre la vida de los pacientes y la cercanía a ellos, lo que lleva a ese estrés laboral. (11)

Teniendo en cuenta todos estos factores nace el "proyecto HU-CI (Humanizando los cuidados intensivos)", siendo la persona el centro de los cuidados. (12) Trata de un grupo de investigación multidisciplinar donde médicos y enfermeras de las unidades de cuidados intensivos junto a otros profesionales, pacientes y familiares, buscan mejorar la atención a partir de una visión integral. (13) Abordando aspectos como el bienestar de pacientes, profesionales y familia, una buena comunicación, la participación de familiares, así como una mayor presencia de estos. (6)

Solo se puede llegar a la excelencia con un cambio de actitud frente a estas necesidades humanas y apostar por que la persona sea el centro de los cuidados. Para llegar a ello son muchas las mejoras que se pueden realizar, son muchas las líneas estratégicas a seguir para la humanización de las UCI. (5)

JUSTIFICACIÓN

Son varios estudios los que coinciden en que, las Unidades de Cuidados Intensivos son unidades donde el desarrollo científico, técnico e informático ha tenido un gran auge durante los últimos años, pero que, sin embargo, se ha dejado en un segundo plano a la persona.

Detrás de todo aparato, procedimiento técnico, hay un ser humano que presenta necesidades emocionales y humanas. Son los profesionales quienes, trabajando en equipo y junto a paciente y familiares, son capaces de ayudar, cuidando, atendiendo, acompañando. (4)

Numerosos pacientes y familiares han presentado ansiedad e incluso depresión tras haber sido ingresados en la UCI. La soledad, la pérdida de intimidad y dignidad, el ruido ambiental, han hecho que algunos pacientes describan estas unidades como un lugar frío y triste, en las cuales, para sentirse acompañado y apoyado no vale con la presencia del profesional. Analizando las experiencias de pacientes ingresados en la UCI se ha observado que hay una demanda de mayor información, una necesidad por flexibilizar el horario de visitas, así como de una atención más individualizada. (6)

Como dice Alonso-Ovies y Heras la Calle en su artículo "Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico", humanizar los cuidados es una necesidad. Humanizar los cuidados mejora la evolución de los pacientes, tanto durante la estancia en UCI como tras el alta. (14)

El "modelo teórico de Watson", ampara que se puede mejorar la calidad de los cuidados incorporando aspectos más espirituales y culturales por parte de las enfermeras. (6)

3.- OBJETIVOS

General

Realizar un programa de mejora que permita unos cuidados integrales, donde el paciente sea el centro de los cuidados y se de participación a la familia y los profesionales.

Específicos

- Adaptar los horarios los horarios de contacto con el entorno familiar a su disponibilidad real.
- Mejorar la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares.
- Mejorar la oferta de cuidados al paciente: físicos, espirituales, psicológicos, ambientales.
- Facilitar la participación de los familiares en el proceso terapéutico.
- Prevenir el desgaste profesional en los profesionales.
- Proporcionar formación suficiente en cuidados humanizados a las enfermeras de la UCI.

4.- METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica con palabras clave, sobre la humanización de los cuidados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Los idiomas utilizados han sido castellano, inglés y portugués.

Los criterios de elección han sido en su mayoría, que fueran artículos de revistas escritos por profesionales sanitarios, recogidos en bases de datos especializadas en el campo de la salud. Teniendo en cuenta el periodo de publicación, la mayoría de los artículos son de los últimos 7 años, siendo el más antiguo utilizado de hace 11 años.

Búsqueda bibliográfica:

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ENCONTRADOS	UTILIZADOS
SCIELO	Humanizar and cuidados intensivos	4	1 (5)
CUIDEN	Enfermería and UCI and humanizar	43	1 (6)
SCIENCEDIRECT	Satisfacción and familia and UCI	234	2 (7, 8)
SCIELO	Unidad cuidados intensivos and familia	28	2 (9, 12)
PUBMED	Intensive care unit and family and nursing	80	1 (10)
PUBMED	Burnout and family and intensive care unit	12	1 (11)
SCIELO	Ciclo Dming and plan de mejora	3	1 (15)
SCIENCEDIRECT	Humanización and cuidados intensivos	120	1 (20)

LIBRO	BIBLIOGRAFÍA
Manual práctico de enfermería de cuidados intensivos.	4
La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes.	18
Manual de buenas prácticas de humanización en las unidades de cuidados intensivos.	13

REVISTA	BIBLIOGRAFÍA
Revista Cuidarte	1
Fundación Caser	2
Revista Enfermagem UFPI	3
Revista Medicina Intensiva	14

PAGINA WEB	BIBLIOGRAFIA
NNNconsult https://www.nnnconsult.com/	19
Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. https://cursos.seguridaddelpaciente.es/formacion-seguridad-paciente-prevencion-eventos-adversos-asistencia-sanitaria/	17

Diseño del programa

Para realizar este trabajo se ha utilizado el Ciclo de Deming (ANEXO I). Se trata de un ciclo de mejora continua de la calidad, que consta de cuatro etapas: Planificar (Plan), Hacer (Do), Chequear (Check), Actuar (act).

Este modelo debe de llevarse a cabo una y otra vez, de esta forma permite reevaluar, observando los cambios y pudiendo realizar mejoras. (15)

Este ciclo de mejora continua es considerado como una estrategia para alcanzar una calidad asistencial de excelencia. (16)

Definida esta por el instituto de medicina (IOM), como el "grado por el que los servicios asistenciales incrementan la probabilidad de que los individuos obtengan unos resultados de salud deseados, en concordancia con el conocimiento profesional actual". (17)

Requiere que se identifique y defina las actividades de cada proceso, definir los responsables y finalmente medir los resultados.

Si no se alcanza el objetivo se deberán poner en marcha nuevas mejoras o realizar pequeños cambios. (18)

Ámbito

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

Población diana

Usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

5.- DESARROLLO

Planificación (plan)

A) Definición del problema

Necesidad de unos cuidados más humanizados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Se identifican los problemas detectados, los resultados esperados y las intervenciones propuestas, siguiendo las taxonomías NANDA, NIC y NOC: (19)

[00054] Riesgo de soledad r/c aislamiento físico, aislamiento social.

➤ NOC

[1503] Implicación social: interacciona con miembros de la familia (150303).

[1504] Soporte social: refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas (150405).

➤ NIC

[5440] Aumentar los sistemas de apoyo: determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.

[5330] Control del estado de ánimo: Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.

[00157] Disposición para mejorar la comunicación: expresa deseo de mejorar la comunicación

➤ NOC

[0902] Comunicación: entorno favorecedor de la comunicación (90213), utiliza dispositivos alternativos de comunicación (90211), dirige el mensaje de forma apropiada (90207).

➤ NIC

[4920] Escucha activa: Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados y además atender al contenido de la conversación.

[5820] Disminución de la ansiedad: Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso, Crear un ambiente

que facilite la confianza, Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

[6480] Manejo ambiental: Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible, controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos, individualizar las restricciones de visitas para que se adapten a las necesidades del paciente o de la familia/allegado.

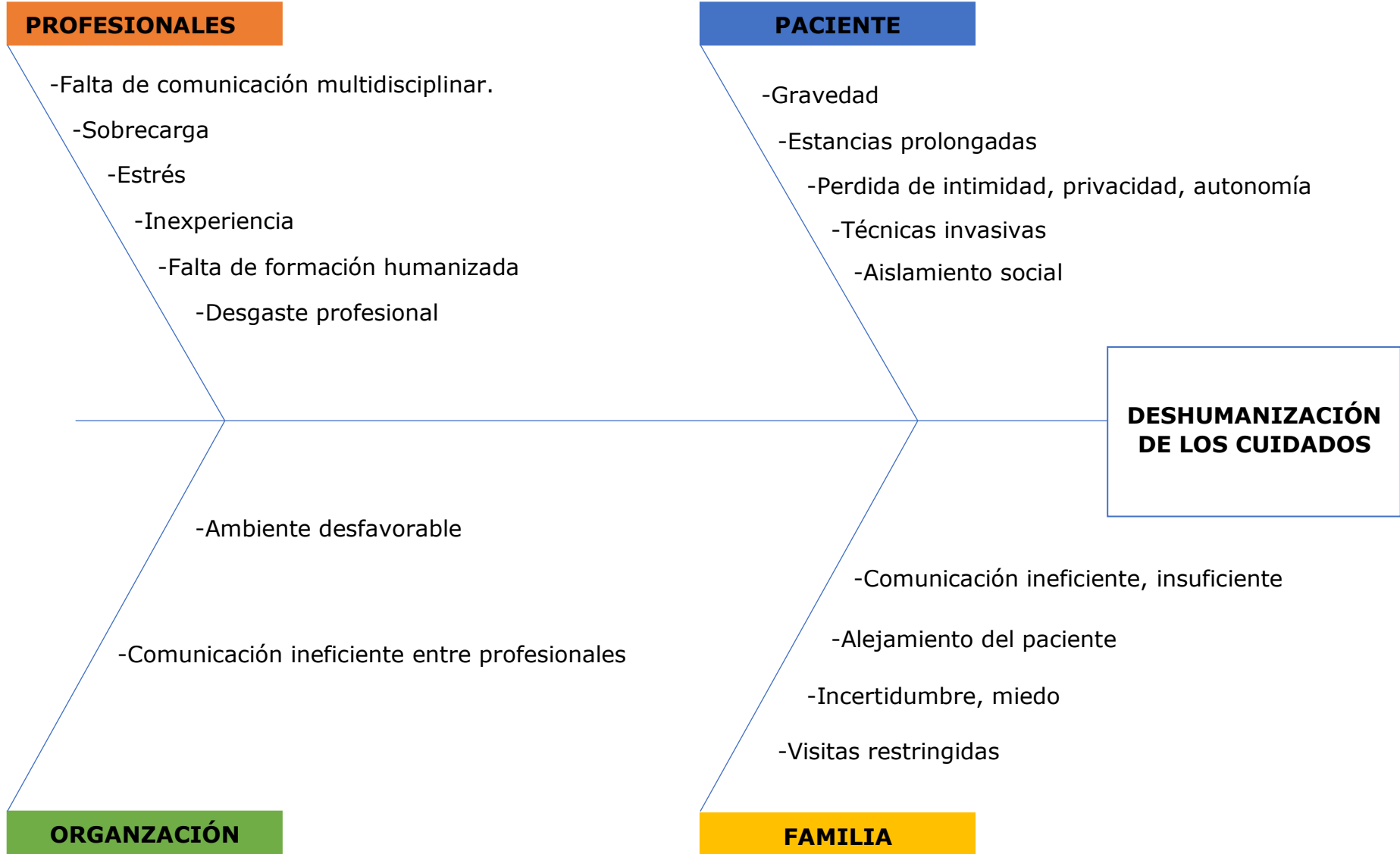
B) Análisis causal

Se realiza una revisión bibliografía acerca de los cuidados humanizados en la UCI.

Para conseguir una mejora de los aspectos mencionados, se desarrolla un esquema DAFO que, ayudará además a la realización de las distintas intervenciones.

DEBILIDADES	FORTALEZAS
Falta de formación en cuidado humanizado. Falta de comunicación. Aislamiento.	El avance de las UCI.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Falta de organización Riesgo de deshumanización.	Conseguir unos cuidados más humanizados en la Unidad de Cuidados Intensivos

Para la identificación del problema y su análisis causal se ha utilizado el diagrama de causa-efecto de Ishikawa, también conocido como diagrama de espina de pescado, debido a su forma similar a un esqueleto de un pescado.



C) Desarrollo del problema

El entorno técnico en las Unidades de Cuidados Intensivos supone un desafío para la humanización de los cuidados. (6)

El paciente y los familiares entregan el control de sus vidas, así como su privacidad e intimidad a un equipo de profesionales que trabajan por y para la supervivencia del paciente. (12)

Ante el riesgo de deshumanización que presentan estas unidades respecto al cuidado integral, se manifiesta la necesidad de realizar procedimientos con carácter humanizador, ya que se han confirmado necesidades más humanas como una atención más personalizada en cada paciente, mayor comunicación, necesidad de flexibilizar las visitas, entre otras. (6)

En este plan de mejora se busca promover una atención más humanizada, centrada en la persona (paciente, familia/cuidador, profesional), abordando aspectos como la presencia y participación de familiares/cuidadores, la comunicación (con el paciente, con la familia, en el equipo), el bienestar del paciente, así como el cuidado del profesional.

Las propuestas se pueden clasificar en las siguientes estrategias:

UCI de puertas abiertas (flexibilización del horario de visitas) y participación de los familiares en el proceso asistencial.

La familia se considera esencial en la recuperación del paciente. (6)

El objetivo de esta propuesta está enfocado a facilitar el contacto entre familiar-paciente mediante la eliminación de las visitas restrictivas. (4)

Las visitas con una menor restricción presentan beneficios tanto para pacientes como para familiares, como una mayor satisfacción y aceptación de la situación y menor grado de incertidumbre, mejor comunicación, un paciente más cómodo, facilitando además el acompañamiento. (20)

La mayor presencia de familiares permite y favorece además la participación de los mismos en los cuidados y la asistencia. Dar la oportunidad de participar en la toma de decisiones y en los cuidados presenta efectos positivos, reduciendo el estrés y facilitando la comunicación entre el equipo asistencial y familiar. (13)

Para llegar a esta propuesta se deben de poner en marcha distintas estrategias como, la formación al equipo asistencial sobre los beneficios que una UCI de puertas abiertas, evitar barreras innecesarias que impidan el contacto (guantes, bata, mascarilla), siempre y cuando la situación lo permita, formación de los familiares en los cuidados básicos, como la alimentación, higiene, movilización, siempre y cuando deseen participar de forma activa en la asistencia, debiendo tener en cuenta las necesidades emocionales y psicológicas de familiares. (13)

Comunicación.

El objetivo es mejorar la comunicación entre profesionales, familiares y pacientes.

- Comunicación entre profesionales: En la UCI hay una gran suma de información que hace que sea difícil una comunicación más clara y completa. Esto toma gran importancia por ejemplo a la hora de un cambio de turno. Se debe estructurar la información de forma organizada. (13) Valorando establecer espacios donde los profesionales compartan información, acordar tratamientos y cuidados, permitiendo así una comunicación más efectiva. (4)
- Comunicación con la familia: Debe garantizarse el derecho a una información de calidad. En muchas ocasiones debido a la situación clínica del paciente, son los familiares quienes reciben la información.
Se requieren habilidades comunicativas en momentos de dar información sensible, por lo que se plantean cursos de formación en comunicación de noticias difíciles.

Es necesaria una comunicación adecuada y empática, adaptándose a las necesidades. Y contemplar una información conjunta médico – enfermera. (13)

- Comunicación con el paciente: Muchos de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos presentan dificultades a la hora de expresarse, por ello son muchas veces los familiares quienes actúan por ellos.

Uno de los objetivos de la comunicación se centra en mantener informado al paciente de todo cuidado y procedimiento que se realiza, reduciendo la ansiedad y favoreciendo la seguridad.

Se debe utilizar un lenguaje sencillo, comprensible, saber escuchar, comprender, empatizar, utilizar un tono de voz suave. A pacientes que presentan un nivel de conciencia alterado o pacientes que están intubados con incapacidad para hablar, deben facilitarse herramientas de comunicación, como lápiz y papel, láminas de pictogramas y palabras clave (ANEXO III). Debe darse importancia al lenguaje no verbal, como una caricia, dar la mano, una mirada...Esto hace que el paciente se sienta más cercano con el profesional. (6)

Todas estas estrategias de comunicación permiten un aumento en la confianza, reducen los errores y fortalecen el trabajo en equipo. (20)

Bienestar del paciente.

El objetivo pretende conseguir el mayor confort del paciente en todas sus dimensiones: física, psíquica, espiritual, ambiental, así como fortalecer su autonomía.

La propia enfermedad genera dolor, miedo e incertidumbre en el paciente. Las intervenciones, procedimientos, y técnicas que se realizan, hacen que este malestar aumente.

No se debe olvidar que además del dolor físico también existe un sufrimiento psicológico. (4)

Fomentar medidas que disminuyan e incluso eviten molestias físicas es imprescindible, así como promover medidas que minimicen la pérdida de fuerza y masa muscular, con el objetivo de favorecer una recuperación precoz y la autonomía del paciente. (4)

Para ellos se aplican diversas medidas: (13)

- Manejo del dolor, sedación y delirio, mediante el uso de escalas de medición, como la escala visual EVA. (ANEXO II)
- Fisioterapia y movilización precoz y promover la deambulación controlada, por ello será necesario un fisioterapeuta integrado en el equipo asistencial. Con el objeto de minimizar la pérdida de masa muscular.
- Evitar sujeciones mecánicas, en la medida de lo posible.
- Utilización de baño/aseo cuando sea posible.
- Promover la reubicación tiempo-espacio, importante para ello el acompañamiento familiar.

Para lograr el bienestar total, será necesario un ambiente favorable, una infraestructura adecuada que facilite el descanso, que permita un ambiente tranquilo, sin factores estresantes.

Para ello es necesario promover medidas de confort ambiental: (13)

- Control del ruido ambiental, así como el tono de alarmas y otros dispositivos.
- Ajustar la intensidad de la luz por la noche.
- Evitar interrumpir los horarios de descanso para realizar procedimientos, estos deben realizarse fuera de estos momentos.
- Boxes con luz natural, que permitan una orientación tiempo - espacio.
- Suministrar en pacientes conscientes tapones y antifaces.

Atender los aspectos psicológicos es clave en la humanización de los cuidados. El aislamiento, la soledad, la falta de intimidad, el miedo, la incertidumbre, hacen de estas unidades un mal recuerdo. (4)

Es necesario promover actividades que eviten ese sufrimiento psicológico. (13)

- Permitir medidas de entretenimiento: leer, TV, radio, juegos, aparatos electrónicos.
- Psicólogos integrados en el equipo asistencial.
- Favorecer la autopercepción.
- Visitas flexibles.
- Teléfono móvil con el que poder comunicarse con el exterior, siempre y cuando este permitido y las circunstancias los permitan.

Cabe añadir que para un bienestar completo del paciente se debe evitar el síndrome Post-UCI.

Este síndrome se caracteriza por la presencia de síntomas físicos como dolor persistente, debilidad...psicológicos como alteraciones de la memoria, de la atención, del comportamiento o emocionales, ansiedad, estrés... (13) Empieza a aparecer en la UCI y puede persistir en la vuelta a casa. Por ello es necesario promover medidas de prevención y tratamiento, y realizar un seguimiento tras el alta. (4)

Cuidados al profesional.

Cuando el paciente mejora, se proporciona una gran satisfacción al profesional, sin embargo, cuando las cosas no van bien, se puede producir deterioro emocional, que puede afectar a la salud y el bienestar, apareciendo así el llamado "Síndrome de Burnout". (13)

El objetivo es informar sobre el síndrome de desgaste profesional, prevenirlo y promocionar el bienestar. (4)

Para ello será necesaria una formación sobre que es este síndrome, sobre el control del estrés, permitir además la participación de los profesionales en la organización de la unidad, habilitar una zona adecuada de descanso, facilitar el cambio de turno a las necesidades

personales, así como habilitar material adecuado a las necesidades particulares, para evitar lesiones. Otra de las medidas será promover la relación multidisciplinar con diversas actividades como, seminarios formativos conjuntos, con el objeto de mejorar así la comunicación en la unidad. (13)

Hacer (do)

Esta fase consiste en implantar el plan de mejora elaborado y realizar su seguimiento.

En primer lugar, se forma un grupo organizativo del plan, compuesto por distintos profesionales de la salud, con el objeto de que se valore el programa desde diferentes perspectivas y con una visión global.

Previamente a ejecutar las actividades se valoran las causas del problema definido, para ello se ha realizado el diagrama de Ishikawa.

Posteriormente se realizan varios seminarios formativos sobre el plan y el cuidado humanizado a los profesionales de la salud (ANEXO IV) y se buscan las estrategias, descritas anteriormente en el desarrollo del programa, que ayuden a conseguir los objetivos del plan de mejora.

Finalmente se implanta el plan en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y se realiza el seguimiento.

Chequear (check)

Los indicadores son utilizados para medir y realizar el seguimiento del plan de mejora, permiten conocer la evolución y planificar resultados. (18)

Para facilitar la lectura de estos indicadores se presenta cada uno en una tabla.

INDICADOR	Disponibilidad de lugares habilitados donde compartir información sobre el proceso asistencial.
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Nº de lugares habilitados DENOMINADOR: Nº de lugares de la unidad totales PERIODO DE TIEMPO: Durante el desarrollo del programa
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se preguntará a la organización de la unidad la disponibilidad de un lugar que poder habilitar para reuniones de profesionales, así como reuniones con familiares.
JUSTIFICACIÓN	Es necesario saber los cuartos que hay libres o aquellos que pueden ser habilitados, ya que es algo imprescindible a la hora de desarrollar el plan de mejora. Dependiendo de la cantidad disponible, se podrá determinar qué lugares son los más adecuados para desarrollar la estrategia.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermeros responsables del plan de mejora.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio de la preparación del plan.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
FUENTE	Las personas responsables de la organización del plan de mejora, se encargará de examinar y evaluar los lugares
ESTÁNDAR	Se esperan al menos dos cuartos habilitados.

INDICADOR	Familiares a favor de participar de manera más activa en los cuidados.
DIMENSIÓN	Participación.
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Nº de familiares dispuestos DENOMINADOR: Nº de familiares total PERIODO DE TIEMPO: Durante el desarrollo del programa
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se realiza una sesión informativa sobre cómo va a ser la participación en los cuidados.

JUSTIFICACIÓN	Es fundamental contar con los familiares en el proceso asistencial, con el objetivo de mostrar efectos positivos en la recuperación.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Organización del plan de mejora
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio de la preparación del plan.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
FUENTE	Las personas responsables de la organización del plan de mejora, se encargarán de dar la sesión informativa.
ESTÁNDAR	Se espera un 70% de participación.

INDICADOR	Pacientes que reciben visitas flexibilizadas.
DIMENSIÓN	Cantidad.
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Nº de pacientes que reciben visitas flexibilizadas DENOMINADOR: Nº de pacientes total PERIODO DE TIEMPO: Durante el desarrollo del programa
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Es necesario un número mínimo de pacientes que reciban visitas fuera del horario común.
JUSTIFICACIÓN	Es importante valorar como afecta el cambio del horario de visitas tanto en pacientes como familiares y profesionales.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Organización del plan de mejora.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio y durante el desarrollo del plan.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
FUENTE	Las personas responsables de la organización del plan de mejora, se encargarán de recoger el número de pacientes.
ESTÁNDAR	Se espera un 70% del total.

INDICADOR	Grado de satisfacción de pacientes que reciben unos cuidados humanizados, centrados en la persona.
DIMENSIÓN	Satisfacción.
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Nº de pacientes satisfechos DENOMINADOR: Nº total de pacientes participes en el programa PERIODO DE TIEMPO: Al finalizar el programa
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El grado de satisfacción será determinado por la conformidad de los pacientes que han participado en el programa.
JUSTIFICACIÓN	Es fundamental conocer la satisfacción de los pacientes para poder seguir con el programa o poder realizar cambios.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Organización del plan de mejora
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al final de la implantación del programa.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
FUENTE	La organización del plan será la encargada de valorar la satisfacción.
ESTÁNDAR	Se espera un alto grado de satisfacción.

INDICADOR	Grado de satisfacción de profesionales tras implantar el programa.
DIMENSIÓN	Satisfacción.
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Nº de profesionales satisfechos DENOMINADOR: Nº total de profesionales de la unidad PERIODO DE TIEMPO: Al finalizar el programa
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	La satisfacción será determinada por el grado de bienestar de los profesionales, así como por su conformidad respecto al plan.
JUSTIFICACIÓN	Conocer la satisfacción de los profesionales es imprescindible para poder continuar con el programa. Son una pieza imprescindible en el proceso asistencial.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Organización del plan de mejora

FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al final de la implantación del programa.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
FUENTE	La organización del plan será la encargada de valorar la satisfacción.
ESTÁNDAR	Se espera un alto grado de satisfacción.

Actuación (act)

Se analizarán los resultados en base a los objetivos. Se valorará si unos cuidados más humanizados en las Unidades de Cuidados Intensivos, mejoran la evolución de los pacientes, así como el bienestar de estos, profesionales y familiares.

En caso de que se observe una mejora se continuará con el programa realizando evaluaciones de forma continua.

Si, por el contrario, los resultados no son los esperados se deberá reevaluar el proceso.

6.- CONCLUSIONES

- La Unidad de Cuidados Intensivos es una unidad donde humanizar los cuidados es una necesidad. Según la bibliografía esta humanización mejora la evolución de los pacientes de forma significativa.
- Para que el programa de mejora planteado, basado en la humanización de los cuidados en la UCI a través de una serie de estrategias, pueda llevarse a cabo de forma exitosa, será necesario que, en primer lugar, se cree una atmósfera de aceptación, donde cada persona participante entienda la necesidad de humanizar y este dispuesta a seguir las indicaciones. Requiriendo la participación de pacientes, familiares, profesionales, organización.
- La propuesta es un pilotaje mediante la implantación y seguimiento continuo, evaluación del proceso y resultados, con los indicadores señalados, y si es favorable, se podrá implementar esta planificación en otras unidades de hospitales de Aragón, atendiendo a las particularidades de cada centro mediante la adaptación de este plan.
- En el caso de que los resultados del programa no sean los esperados, será necesaria una reevaluación que permita llegar al capítulo final, donde las estrategias planteadas no solo formen parte del plan, sino que sean una de las actividades del servicio.
- Las necesidades humanas también forman parte del plan de supervivencia del paciente, siendo imprescindible una visión holística de la persona para su recuperación.

7.- BIBLIOGRAFÍA

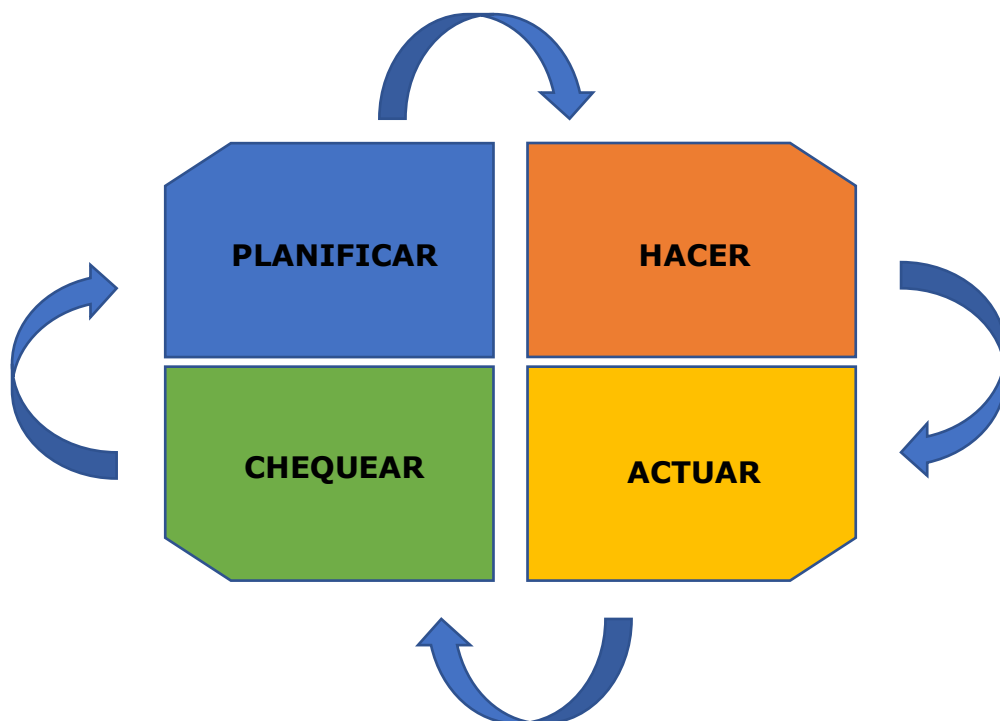
1. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid.* 2016;7(1):1227-31.
2. Bermejo Higuera JC, Villacieros Durbán M. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. *Fund Caser para la Depend.* 2013;1-23.
3. Queiroz RFDS, Souza VS de, Costa MAR, Oliveira JLC de, Benedetti GMDS, Barbieri A. Visit in the intensive therapy unit: perspectives of patients and family / Visita na unidade de terapia intensiva: perspectivas de pacientes e familiares / Visita en la unidad de terapia intensiva: perspectivas de pacientes y familiares. *Rev Enferm da UFPI.* 2020;9(1):65.
4. Esteban Galbete MT. Humanización de los cuidados en la UCI. En: Vasco U del P, editor. *Manual práctico de enfermería de cuidados intensivos.* Bilbao; 2020. p. 357-66.
5. La Calle GH, Martin MC, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2017;29(1):9-13.
6. González Guijarro P, Amezcua Martínez M. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Ética de los Cuidados [Internet]* 2018 [Consultado 02 Abril 2021]; (11):18. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e11934>
7. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva.* 2015;39(1):4-12.
8. Holanda Peña MS, Talledo NM, Ots Ruiz E, Lanza Gómez JM, Ruiz Ruiz A, García Miguelez A, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva.* 2017;41(2):78-85.
9. Duque Delgado L, Rincón Elvira EE, León Gómez VE. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica. *Rev Ene Enfermería [Internet].* 2020;14 (3):25. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/%0AENE/article/view/1125>
10. Vázquez Calatayud M, Eserverri Azcoiti MC. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enferm Intensiva.* 2010;21(4):161-4.
11. Da Silva JLL, Da Silva Soares R, Dos Santos Costa F, De Souza Ramos D, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015;27(2):125-33.
12. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Project " Humanizing Intensive Care ", new paradigm of guidance in Intensive Care Unit. *Rev Bio y Der*

[Internet] 2020 [Consultado 2 Marzo 2021];48:111-26. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n48/1886-5887-bioetica-48-0111.pdf>

13. 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 [acceso 15 de marzo de 2021]. Disponible en:
<http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
14. Alonso-Ovies Á, Heras la Calle G. Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Med Intensiva*. 2020;44(2):122-4.
15. Villar FP. Plan de mejora continua en prevención-tratamiento de úlceras por presión según el ciclo de Deming. *Gerokomos*. 2013;24(2):125-31.
16. Rodríguez Reinado C, Blasco Hernández T. Recomendaciones para la buena práctica en la implementación del ciclo de mejora en calidad asistencial. *Guía para profesionales sanitarios*. 2013;55.
17. Aibar Remón C, Aranaz Andrés JM. Gobierno de España. Calidad asistencial y seguridad del paciente. Conceptos esenciales. Unidad 1. *Minist Sanid Serv Soc e Igual*. 2019;1-23.
18. Aibar Remón C, Arenas Sangrador LA, Salas Valero M. Fuentes de información en calidad asistencial y seguridad de pacientes. *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes*. 2017. 973-980 p.
19. NNNconsult [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en:
<http://www.nnnconsult.com/>
20. Rojas V. Humanization of intensive care. *Rev Clínica Las Condes*. 2019;30(2):120-5.

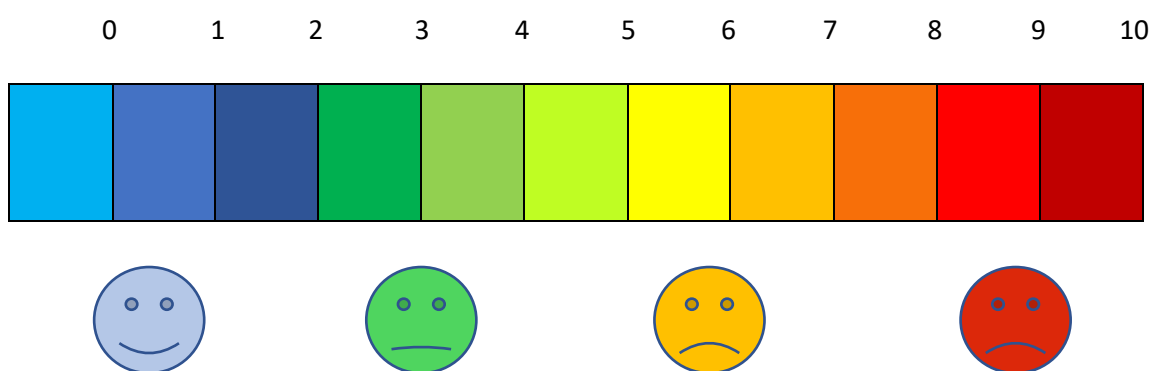
8.- ANEXOS

ANEXO I: Ciclo de Deming.



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO II: Escala EVA visual.



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO III: Panel de comunicación.

PANEL DE COMUNICACIÓN

Para cuidarle nos importa saber qué necesita y cómo se siente

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ENFERMERO/A		MÉDICO/A													
SÍ		NO		A VECES			¿MIRAR?	¿CUÁNDO?	¿QUÉ HORA ES?																	
 QUIERO BEBER		 QUIERO ANDAR		 SILENCIO			 NO PUEDO TRAGAR		 DOLOR		FRONTAL					ESPALDA										
 QUIERO COMER		 QUIERO SENTARME		 QUIERO DORMIR			 NO PUEDO RESPIRAR		 PICOR																	
 QUIERO ORINAR		 QUIERO INCORPORARME		 NO PUEDO DORMIR			 ME MAREO		 TENGO FRÍO																	
 QUIERO HACER CACA		 CAMBIAR DE POSICIÓN		 QUIERO ACOSTARME			 QUIERO VOMITAR		 FIEBRE		 QUIERO MIS GAFAS					 QUIERO MI AUDIFONO										

JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD
Servicio Andaluz de Salud

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Panel de comunicación [Internet]. 2019 [citado 6 mayo 2020]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PanelEspa%C3%B1ol.pdf

ANEXO IV: Cronograma de Gantt sobre los seminarios formativos en cuidados humanizados a los profesionales.

CRONOGRAMA DE GANTT	Semana 1	Semana 2	Semana 3
Compartir opiniones sobre los cuidados humanizados			
Clase formativa			
Lluvia de ideas para el programa			

Fuente: Elaboración propia.