



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Proyecto de mejora de la calidad de los cuidados humanizados  
en la UCI de pacientes polivalentes

*Project to improve the quality of humanized care in the ICU of  
multipurpose patients*

Autor/es

Cristiana Filipov

Director/es

Ana Gascón Catalán

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

Año 2020/2021

---

## INDICE

1. RESUMEN.....	3
1.1 Abstract.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5-8
3. OBJETIVOS.....	8-9
3.1 Objetivos trabajo fin de grado.....	8
3.2 Objetivos plan de mejora.....	8
3.2.1 Objetivo general.....	8
3.2.2 Objetivos específicos.....	9
4. METODOLOGÍA.....	9-12
4.1 Tipo de trabajo.....	9
4.2 Diseño de trabajo.....	9-10
4.3 Planificación de tareas. Diagrama de Gantt.....	10
4.4 Revisión bibliográfica.....	11-12
5. DESARROLLO.....	12-30
5.1 Planificación.....	12-13
5.1.1 Definición y análisis del problema.....	12-13
5.1.2 Ámbito y sujetos de estudio.....	13
5.2 Realización.....	14-17
5.2.1 UCI de puertas abiertas.....	14
5.2.2 Comunicación efectiva.....	14-15
5.2.3 Bienestar del paciente.....	15-16
5.2.4 Cuidados al final de la vida.....	16
5.2.5 Infraestructura humanizada.....	17
5.3 Evaluación.....	17-29
5.3.1 Indicadores de estructura.....	17-22
5.3.2 Indicadores de proceso.....	22-26
5.3.3 Indicadores de resultado.....	27-29
5.4 Actuación.....	30
6. CONCLUSIONES.....	31
7. BIBLIOGRAFÍA.....	32-35
8. ANEXOS.....	36

## **1. RESUMEN**

### **Introducción**

La humanización de los cuidados intensivos centra la atención en la relación humana enfermera-paciente, considerando a la persona y su dignidad como prioridad máxima. Para ofrecer cuidados de calidad se debe hacer un abordaje holístico del paciente, de sus necesidades biológicas, psicosociales y espirituales. Las prácticas deshumanizadas están asociadas a un alto grado de desarrollo tecnológico. Por consiguiente, los procedimientos asociados al cuidado directo integral quedan en segundo plano, incluso invisibilizándose. La enfermería, como ciencia del cuidado, debe ser capaz de superar la gran demanda sanitaria y la inadecuada gestión de los recursos, para evolucionar hacia la humanización de los cuidados. Es fundamental educar y formar al personal asistencial de los hospitales en el cuidado intensivo para humanizar el entrono sanitario y proporcionar cuidados de calidad.

### **Objetivos**

Proponer un plan de mejora de la calidad de los cuidados humanizados, enfocado a la UCI de pacientes polivalentes.

### **Metodología**

Tras una revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas sobre la humanización de cuidados en la UCI, se ha elaborado un plan de mejora basado en el proyecto de investigación "HU-CI: humanizando los cuidados intensivos", siguiendo el modelo de Deming. Se han elaborado estrategias de actuación aplicables en las unidades de cuidados intensivos.

### **Conclusiones**

El plan de mejora aporta estrategias de trabajo específicas en cuidados humanitarios, necesarias y aplicables en el resto de unidades. Además, incide en la formación de enfermería en habilidades de comunicación efectivas, junto al reconocimiento de los cuidados invisibles.

### **Palabras clave**

Humanización, UCI, paciente crítico, enfermería, cuidados, comunicación, familia.

## **1.1 ABSTRACT**

### **Introduction**

The humanization of intensive care focuses attention on the human nurse-patient relationship considering the person and his dignity as the top priority. To provide quality care, a holistic approach to the patient must be made, with biological, psychosocial and spiritual needs. Dehumanized practices are associated with a high degree of technological development. Therefore, the procedures associated with comprehensive direct care remain in the background, even invisibilizing them. Nursing, as a science of care, must be able to overcome high health demand and inappropriate resource management to evolve towards the humanization of care. Educating and training hospital care staff in intensive care is fundamental to humanize the health environment and provide quality care.

### **Objectives**

To propose a plan to improve the quality of humanized care, focused on the ICU of multipurpose patients.

### **Methodology**

After a bibliographic review in biomedical databases on the humanization of care in the ICU, an improvement plan has been developed based on the research project "HU-CI: humanizing intensive care", following Deming's model. Action strategies have been developed, applicable in intensive care units, specifically focused on Miguel Servet Hospital's multipurpose ICU.

### **Conclusions**

The improvement plan provides specific work strategies in humanitarian care, necessary and applicable in the rest of units. In addition, it impacts on nursing training in effective communication skills, alongside recognition of invisible care.

### **Keywords**

Humanization, ICU, critical patient, nursing, care, communication, family.

## 2. INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos es una organización de profesionales sanitarios que ofrece una asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, y que tiene como función proporcionar una atención óptima a sus pacientes en estado crítico, con la finalidad de su recuperación.<sup>1</sup>

El paciente crítico se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad que representa una amenaza real o potencial para su vida y que, al mismo tiempo, son susceptibles de recuperación. Hay cuatro características básicas que lo definen: enfermedad grave, potencial de revertir la enfermedad, necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuados y necesidad de un área tecnificada (UCI).<sup>2</sup>

En los últimos años, el desarrollo tecnológico en las unidades de cuidados intensivos ha servido para mejorar la supervivencia, reduciéndose las cifras de mortalidad de los pacientes atendidos a menos del 10%. Sin embargo, cuanto más nos acercamos al aspecto técnico del cuidado, más nos acabamos alejando del aspecto humano.<sup>3</sup> Es por ello necesario adaptar tanto el diseño como la organización de la UCI, para mejorar la privacidad, el bienestar y el confort de pacientes y familias.<sup>4</sup>

El entorno de una unidad de cuidados intensivos contiene sofisticadas tecnologías que caracterizan una estructura cerrada en la que los pacientes son aislados de sus familiares, por lo que surge la preocupación por la humanización del mismo. Las prácticas deshumanizadas están asociadas a un alto grado de desarrollo tecnológico y de preparación de los profesionales exclusivamente en ese ámbito, donde el uso de la maquinaria es predominante, de igual modo que los datos objetivos médicos y la centralización de los cuidados fisiológicos del paciente. Por consiguiente, los procedimientos asociados al cuidado directo integral y la subjetividad característica en las relaciones humanas quedan en segundo plano, incluso invisibilizándose.<sup>5,6</sup>

Humanizar es definido por la *Real Academia Española* como "hacer a alguien o algo humano, familiar y afable".

*Bermejo J.* señala que "humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual". Según la obra de Bermejo, con la informatización de nuestro día a día, nos vamos alejando de nuestra propia humanidad, mecanizando nuestros sentimientos, acciones y actitudes ante la vida.<sup>7,8</sup>

Esto se asocia al Modelo Afectivo-Efectivo propuesto por *Albert Jovell*, definido como "la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud".<sup>8</sup>

La humanización de los cuidados significa centrar la atención en la relación humana con el paciente atendido, preservando su dignidad y valores, considerándola como prioridad máxima. Los cuidados se deben proporcionar en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, incluyendo a los familiares y haciéndolos partícipes del proceso, recordando que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano.<sup>9,10</sup>

Por ello, es necesario que se establezca una adecuada relación terapéutica enfermera-paciente, y se implique a la familia en sus cuidados; lo que puede tener efectos positivos sobre este, sobre ella y el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación.<sup>9,11</sup>

La humanización de los cuidados de la enfermería es un reto actual en el mundo sanitario, un proyecto en auge de especial importancia en las UCI.<sup>12</sup> Sin embargo, en muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas hacen que se conviertan en ambientes hostiles para los pacientes y sus familias, especialmente por su vulnerabilidad y necesidad de ayuda.<sup>9</sup> La recuperación de la salud en un ambiente "despersonalizado" puede comprometer su bienestar, enfrentándolos a vivir experiencias dolorosas; sobre todo si las instituciones sanitarias y profesionales no ostentan competencias éticas, afectivas y comunicativas suficientes.<sup>13</sup>

La vulnerabilidad del paciente está relacionada con la dependencia física y emocional extrema, junto con la fragilidad ligada a edades tardías y las futuras pérdidas de memoria o lagunas tras el alta, que se asocian a síntomas de ansiedad, depresión y trastorno post-traumático.<sup>14</sup> Las principales situaciones que generan estrés en los pacientes son: situación de riesgo vital, falta de control del medio, despersonalización, aislamiento físico y social, falta de comunicación, espacio físico, percepción sensorial (luces, ruidos), malestar, alteración del patrón sueño-vigilia, falta de información...<sup>15,16</sup>

La enfermería, como ciencia del cuidado, debe ser capaz de superar la gran demanda sanitaria y la inadecuada gestión de los recursos, para evolucionar hacia la humanización de los cuidados. Esta se consigue a través del diálogo, respeto, comprensión, tolerancia, equidad, solidaridad, autenticidad, altruismo, resolución de problemas afectivos y desarrollo de la empatía. Dada la estrecha relación de la enfermera con el paciente y su entorno, esta debe adaptar su forma de trabajar por medio de la escucha activa, el derecho a la intimidad y el respeto a la dignidad del usuario.<sup>7,17</sup>

Es fundamental educar y formar al personal asistencial de los hospitales en el cuidado intensivo, para humanizar las UCI.<sup>11</sup> Tras la realización de un estudio cualitativo en dos UCI de la ciudad de Bogotá, se llegó a la conclusión de que los profesionales implicados concebían como un objetivo terapéutico preservar la calidad de vida durante la estancia del paciente en la unidad, en un ambiente más humanizado.<sup>18</sup>

A pesar del creciente interés de los profesionales sanitarios por introducir cambios en los cuidados intensivos, los horarios de visitas en las UCI de España siguen siendo restrictivos y la implicación familiar en los cuidados de enfermería escasos.<sup>6,16</sup> Dentro del proyecto HU-CI: humanizando los cuidados intensivos, surgido en el Hospital de Torrejón de Madrid en febrero de 2014, se contemplan 8 líneas estratégicas que pueden considerarse a la hora de humanizar las UCI y todas ellas permiten un amplio margen de mejora. Esta guía para la humanización de los cuidados intensivos se está implantando en algunos hospitales, sin embargo, a pesar de sus evidentes beneficios, aún hay profesionales que no llevan a cabo dichas medidas.<sup>8,19</sup> (Anexo I)

Estas áreas de trabajo abarcan aspectos relacionados con los horarios de visita, las habilidades de comunicación, el bienestar del paciente desde una perspectiva integral, la participación de las familias en los cuidados, el síndrome de Burnout, el síndrome post-UCI, la arquitectura e infraestructura humanizada y los cuidados al final de la vida. <sup>9,20</sup> (Anexo II)

También existen otros proyectos, como el surgido en el Hospital Infanta Margarita «1 año: 12 meses para 12 compromisos», en el que se pretendieron implementar herramientas para trabajar un plan de humanización (las familias, pacientes, profesionales, y la comunidad), que se desarrolló a lo largo de 12 meses y que consiguió grandes avances en estrategias de comunicación y motivación del personal sanitario. <sup>21</sup>

El plan de mejora que se va a desarrollar en este trabajo se basa en el proyecto HU-CI, con una serie de pautas específicas extrapolables a la práctica clínica, enfocadas en la Unidad de Polivalentes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS). Por consiguiente, tiene como objetivo introducir la iniciativa de la humanización de los cuidados intensivos en el Sistema Sanitario Público Aragonés y visibilizar su importancia; tomando como referencia otras Comunidades Autónomas de España en las que este proceso ha tenido un mayor auge y se ha conseguido implementar de forma satisfactoria.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo trabajo fin de grado**

Proponer un plan de mejora de la calidad de los cuidados humanizados, enfocado a la unidad de cuidados intensivos de pacientes polivalentes.

#### **3.2 Objetivos del plan de mejora**

##### **3.2.1 Objetivo general**

Incrementar la calidad asistencial sanitaria en las unidades de cuidados intensivos, desde la perspectiva integral del paciente, proporcionando cuidados humanitarios.



### **3.2.2 Objetivos específicos**

- Determinar las necesidades básicas y de cuidado de los pacientes ingresados, y de sus familiares.
- Sensibilizar al personal sanitario de la necesidad de contribución de mejoras en la variable humanística del paciente crítico.
- Formar a los profesionales sanitarios a través del desarrollo de competencias integrales enfocadas en la praxis clínica, que fomenten una buena relación terapéutica con el paciente.
- Involucrar al paciente y familia en la toma de decisiones referentes a su cuidado.
- Adecuar el entorno para preservar la intimidad y confort personal, facilitando la comunicación con sus seres queridos.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo de trabajo**

Se trata de un estudio que comprende una revisión bibliográfica de diferentes artículos de evidencia científica sobre la humanización de los cuidados intensivos y un diseño de un plan de mejora.

### **4.2 Diseño trabajo**

El diseño del plan de mejora está basado en el ciclo de mejora de calidad de Deming, que consta de cuatro fases. En ellas se estudia y analiza el proceso que deseamos mejorar, poniendo en marcha los cambios seleccionados. Una vez implantados, se observan y evalúan los efectos producidos mediante la utilización de indicadores. Ello permitirá poder moldear el plan de actuación posteriormente según las conclusiones obtenidas y así poder alcanzar nuestros objetivos.



GRÁFICO 1. Etapas ciclo de Deming.

### 4.3 Planificación de tareas

El diagrama de Gantt es una herramienta útil para planificar y programar tareas a lo largo de un período determinado. Permite realizar el seguimiento y control de la evolución de cada una de las etapas de un proyecto, reproduciendo gráficamente las tareas y su duración.

Como se observa en la tabla expuesta a continuación, el desarrollo del plan se produce entre el mes de febrero y mayo del año 2021. Cada tarea se realiza en un marco temporal determinado, representado gráficamente.

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
ELECCIÓN TEMA	■			
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	■			
INTRODUCCIÓN		■		
OBJETIVOS		■		
PLANIFICACIÓN		■		
ACTUACIÓN		■		
EVALUACIÓN			■	
CONCLUSIÓN				■
RESUMEN Y ÚLTIMOS CAMBIOS				■

TABLA 1. Diagrama de Gantt del trabajo fin de grado (elaboración propia).

#### 4.4 Revisión bibliográfica

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los artículos más novedosos sobre la humanización de cuidados en la UCI. Se han utilizado las siguientes fuentes de información y herramientas bibliográficas: Science Direct, Pubmed, Alcorze, Scielo, Mendeley y Dialnet.

Los descriptores DeCS y palabras clave que se han empleado han sido: humanización cuidados, enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, realidad, humanización cuidados intensivos, asistencia humanizada, calidad asistencial, Intensive Care Unit, critical patients, critically ill, frailty humanization, impact, systematic review. Estos se combinaron entre sí mediante operadores booleanos (AND, OR).

Como criterios de inclusión, se utilizaron los idiomas inglés y español para artículos con una antigüedad máxima del año 2014, seleccionando los artículos más recientes.

Además, se ha complementado la búsqueda de información en otras fuentes como páginas web oficiales o recursos como Google Scholar.

HERRAMIENTAS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	SELECCIONADOS
SCIENCE DIRECT	Humanización cuidados AND UCI	71	5
PUBMED	(Intensive care unit OR critical patients) AND critically ill AND frailty AND systematic review	11	1
	Intensive care unit AND impact AND post-traumatic stress disorder	148	2
MENDELEY	Humanización cuidados UCI	23	5
	Humanización cuidados AND enfermería	100	2

	Unidad de cuidados intensivos AND realidad	50	1
<b>ALCORZE</b>	Asistencia humanizada AND UCI AND humanización cuidados	9	1
<b>SCIELO</b>	Intensive care unit AND humanization	24	1
<b>DIALNET</b>	Humanización cuidados intensivos	47	2
<b>TOTAL DE ARTÍCULOS</b>		483	20

TABLA 2. Elaboración propia.

## 5. DESARROLLO

### 5.1 PLANIFICACIÓN

#### 5.1.1 Definición y análisis del problema

Se han contrastado varios artículos que afirman que existe un déficit de calidad asistencial sanitaria en las unidades de cuidados intensivos, pudiendo derivar de la mecanización de tareas y actividades enfermeras, que promueven un entorno más despersonalizado e impiden preservar la intimidad del paciente. Asimismo, la centralización de los cuidados fisiológicos y médicos puede invisibilizar otras necesidades esenciales del paciente en el ámbito más humanizado del cuidado, y que no siempre se satisfacen. Este problema se plantea porque la prevalencia de la técnica y el equipo informatizado, necesario para la estabilización del paciente, es mayor que la de una relación terapéutica enfermera-paciente y una adecuada comunicación entre ambos.<sup>7</sup>

Dichas carencias se deben a la falta de implantación de los cuidados integrales que requieren los pacientes, o bien a la falta de conocimiento y/o formación de los profesionales en los cuidados humanizados, que ha estado enfocada en el modelo biomédico. La formación profesional ha estado centralizada en

los aspectos de diagnóstico y tratamiento, con espacios restringidos a temáticas de bienestar, empatía, compasión, respeto, apoyo en el final de la vida, comunicación, tolerancia, equidad, entre otros.<sup>8</sup>

Todos estos valores de humanización pueden ser planificados y programados, como el resto de actividades de enfermería desarrolladas actualmente, lo que se denomina "Plan de Acogida de Acompañamiento". Está dirigido a la reducción o desaparición de la ansiedad, evitando sus efectos perjudiciales y aumentando la calidad de los cuidados con mejores resultados. Para ello, se deben emplear buenas herramientas comunicativas con el paciente y la familia que, junto al buen uso de la empatía, pueden conseguir grandes progresos en la disminución de la ansiedad del paciente y el fomento de una percepción más positiva del entorno sanitario.<sup>7</sup>

La iniciativa de cambio ya está en auge, y hay profesionales que ya conocen algunas de las estrategias a implantar. Por ello, es vital hacer un esfuerzo común de mejora dentro de nuestras capacidades y recursos disponibles, facilitados por las diversas unidades asistenciales.

### **5.1.2 Ámbito y sujetos de estudio**

El plan de mejora está enfocado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Miguel Servet. Concretamente, se ha escogido la Unidad de Polivalentes, que atiende pacientes intervenidos de cirugía torácica, vascular, otorrinolaringología, digestivo, maxilo-facial y urología, así como pacientes graves con patología respiratoria, digestiva, urológica e infecciosa.

El proyecto va dirigido a los profesionales de la salud involucrados en los cuidados de los pacientes ingresados en dicho servicio. Tendrá una duración de 3 meses, periodo de tiempo en el cual se llevará a cabo un curso formativo dirigido al personal sanitario y se implantarán nuevas estrategias de trabajo en la unidad. El objetivo es impulsar una iniciativa que se encuentra en auge actualmente, la humanización de los cuidados intensivos en los pacientes críticos que necesitan una atención especializada.

## **5.2 REALIZACIÓN**

Para la ejecución del plan estratégico nos basaremos en el “proyecto de investigación HU-CI: humanizando los cuidados intensivos” citado anteriormente.<sup>8</sup> Contemplaremos las siguientes líneas estratégicas <sup>22</sup>:

### **5.2.1 UCI de puertas abiertas**

El término “puertas abiertas” hace referencia a flexibilizar los horarios de visita de los pacientes dentro de la dinámica de la unidad, es decir, incrementar esas franjas horarias según sus necesidades y las de sus familiares, que reclaman más tiempo para compaginar las visitas con sus obligaciones personales y laborales.

El objetivo es que nuestros pacientes estén acompañados por sus familias el máximo tiempo posible, haciéndolas partícipes de sus cuidados, tanto en los aspectos interprofesionales como en sus rutinas de aseo/alimentación bajo nuestra supervisión. Es importante identificar a los cuidadores principales, porque serán los que participen activamente en dichos cuidados, y a los que se les informe de su evolución y posibles cambios. De igual forma, habrá que respetar la decisión de los pacientes ante la negativa a recibir visitas.

El horario de visita de los familiares se ampliará de forma que la UCI abrirá sus puertas de 11:00 a 14:00 por las mañanas, y de 18.00 a 21:00 por las tardes.

### **5.2.2 Comunicación efectiva**

Al ingreso del paciente se entregará al familiar un tríptico en el cual se especifica dónde está ingresado, los horarios de visita y teléfonos de información. Además, constarán el nombre y teléfono de contacto del familiar más allegado. De este modo, se promueve un continuo feedback con la familia, para mantenerla informada en el transcurso de la estancia hospitalaria.

Asimismo, es importante establecer una correcta comunicación interdisciplinar entre médicos, enfermeros y auxiliares, minimizando los

errores y aumentando la seguridad en la atención. Se establecerán pautas de entrega efectiva de turnos de trabajo y de traspaso de información al alta, para no olvidar detalles importantes sobre el paciente y los aspectos de su cuidado. También se realizarán sesiones conjuntas y/o rondas diarias por el equipo asistencial sobre la evolución del paciente, haciendo uso de la tecnología como importante elemento facilitador en la transmisión de la información (historia clínica, programas informáticos de la unidad, farmatools,...). Esta proporcionará los protocolos a seguir y actuaciones necesarias del equipo multidisciplinar en relación con el paciente, al que se le informará continuamente de su progreso y de los pasos a seguir en su recuperación. Igualmente, se dispondrá de un equipo interprofesional que pueda apoyar las estrategias de comunicación en pacientes con limitaciones del lenguaje (otorrinolaringólogos, logopedas).

Por último, se dispondrá de cursos formativo en habilidades comunicativas a los profesionales de la unidad que lo deseen, que se llevarán a cabo en el salón de actos durante el periodo de un mes. Tendrán una duración de 60 minutos y serán impartidos 2 veces por semana en diferentes turnos, para facilitar su asistencia. Al requerir de aforo limitado, se habilitarán unas listas en las que los interesados se puedan apuntar.

Además, para evaluar los conocimientos iniciales y los nuevos adquiridos, se cumplimentará un cuestionario antes y después de la realización de las sesiones formativas.

### **5.2.3 Bienestar del paciente**

Son muchos los factores que causan sufrimiento y disconfort en el paciente. Su bienestar incluye aspectos físicos (frío, calor, sed, dolor), emocionales (miedo, ansiedad, angustia, incertidumbre) y otros propios de la enfermedad, que lo hacen más vulnerable y dependiente de los profesionales sanitarios. Es por ello que la valoración y el control del dolor, haciendo uso de analgesia y sedación dinámica según la situación del enfermo, junto a la prevención y el manejo del delirium agudo, son piezas imprescindibles para mejorar la estancia de los pacientes.

Se establecerán una serie de medidas para mejorar el bienestar físico, psicológico y ambiental del paciente como:

- ✓ Promover medidas que eviten o disminuyan las molestias físicas y que favorezcan la recuperación motora precoz (sujeción física, movilización temprana, analgesia).
- ✓ Limitar el tiempo en el que el paciente está expuesto sin ropa, preservando su dignidad y privacidad.
- ✓ Promover medidas que faciliten el ritmo vigilia-sueño y el descanso nocturno, así como otras medidas de bienestar ambiental, respetando los horarios de sueño del paciente.
- ✓ Permitir el libre uso de dispositivos electrónicos y facilitar el uso de otros medios de entretenimiento, para disminuir el sufrimiento psicológico del paciente.
- ✓ Establecer medidas que promuevan la autonomía del paciente y faciliten su conexión con el exterior (deambulacion controlada, utilización aseo/baño, indicaciones para el autocuidado).
- ✓ Evitar la desorientación del paciente mediante el uso de recursos como relojes y calendarios visibles.

#### **5.2.4 Cuidados al final de la vida**

Aunque el objetivo fundamental de los cuidados intensivos es restituir la situación previa al ingreso del paciente, en ocasiones esto no es posible y debe orientarse a reducir el sufrimiento y ofrecer los mejores cuidados, especialmente al final de la vida. La atención paliativa busca proporcionar un cuidado integral al paciente y su entorno, con intención de permitir una muerte libre de malestar y sufrimiento.

Se deberá acompañar al paciente y familia, proporcionando apoyo e intentando satisfacer sus necesidades emocionales y espirituales en la medida de lo posible. Asimismo, se deberá disponer de un protocolo de cuidados al final de la vida y medidas de soporte físico con sedación paliativa.



### 5.2.5 Infraestructura humanizada

Existen guías publicadas (Evidence Based Design) que buscan reducir el estrés y promover el confort centrándose en las mejoras arquitectónicas y estructurales de las UCI, promoviendo condiciones ambientales ergonómicas en cuanto a luz, temperatura, acústica, materiales, acabados, mobiliario y decoración.

Se deberá asegurar la privacidad del paciente (habitaciones individuales, biombos, cortinas, baños portátiles), el confort ambiental (incluyendo el área de trabajo), el fomento de la distracción del paciente y, si se dispone, fomentar el uso espacios recreativos habilitados para el paciente.

## 5.3 EVALUACIÓN

La evaluación del programa de mejora comprenderá los siguientes indicadores:

### 5.3.1 Indicadores de estructura

TABLA 3. Indicador de estructura 1

PARÁMETROS	INDICADOR
INDICADOR	Disponibilidad del salón de actos del hospital.
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: nº sesiones sin incidencias en la reserva de aula x 100. -Denominador: nº total de sesiones. -Periodo de tiempo: dos veces por semana durante un mes.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Colaboración con la Unidad de Docencia del HUMS en la obtención del aula.
JUSTIFICACIÓN	Es necesario disponer de un espacio físico para impartir las sesiones formativas, con aforo disponible para todos los asistentes.

TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Durante la planificación del proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable se encargará de la reserva.
ESTÁNDAR	Aforo disponible para el 100% de los asistentes.

*TABLA 4. Indicador de estructura 2*

<b>PARÁMETROS</b>	<b>INDICADOR</b>
INDICADOR	Disponibilidad de recursos tecnológicos suficientes para la realización del curso formativo.
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: conectividad redes wifi en el salón de actos. -Denominador: conectividad redes wifi en la totalidad del hospital. -Periodo de tiempo: durante la puesta en marcha de las sesiones formativas.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se comprobará el correcto funcionamiento de la red wifi para poder visualizar correctamente el material informativo.
JUSTIFICACIÓN	Es necesario asegurar que las redes wifi tienen la cobertura técnica suficiente para que las sesiones clínicas puedan impartirse correctamente.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora.

FRECUENCIA DE RECOGIDA	Durante la planificación del proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable junto con un profesional del servicio de informática del HUMS, se encargarán de examinar el correcto funcionamiento de las redes wifi.
ESTÁNDAR	Conexión wifi completa.

*TABLA 5. Indicador de estructura 3*

<b>PARÁMETROS</b>	<b>INDICADOR</b>
INDICADOR	Disponibilidad de personal sanitario que imparta las sesiones.
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: nº de sesiones realizadas sin imprevistos x 100. -Denominador: nº total de sesiones. -Periodo de tiempo: durante la puesta en marcha de las sesiones formativas.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se contactará con profesionales sanitarios con experiencia dispuestos a impartir el curso formativo.
JUSTIFICACIÓN	Es imprescindible contar con personal cualificado en competencias comunicativas, para instruir al resto.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora.

FRECUENCIA DE RECOGIDA	Durante la planificación del proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable organizará la participación del personal implicado a lo largo del programa formativo.
ESTÁNDAR	El 80% del personal debería estar cualificado en habilidades comunicativas.

*TABLA 6. Indicador de estructura 4*

<b>PARÁMETROS</b>	<b>INDICADOR</b>
INDICADOR	Presencia de medidas facilitadoras para el acceso a los recursos tecnológicos en la unidad asistencial.
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: nº de manuales/guías para el acceso a los recursos digitales x 100. -Denominador: nº total de recursos de la unidad asistencial. -Periodo de tiempo: durante la puesta en marcha del plan de mejora.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se hará una recopilación de cuáles son las herramientas que dispone la UCI para facilitar el acceso y uso adecuado de los recursos digitales.
JUSTIFICACIÓN	Es necesario conocer el funcionamiento de la tecnología utilizada en el servicio, para agilizar el proceso asistencial y dotar al personal de las aptitudes básicas en informática.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.

RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Durante la realización del proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable del plan de mejora se encargará de recopilar los recursos empleados, que serán comunicados por el supervisor de la unidad.
ESTÁNDAR	El 70% del personal sanitario de la UCI debería conocer las medidas facilitadoras, y compartirlas con sus compañeros.

*TABLA 7. Indicador de estructura 5*

<b>PARÁMETROS</b>	<b>INDICADOR</b>
INDICADOR	Cantidad de espacios habilitados para realizar las rondas diarias del equipo asistencial y compartir información con los familiares.
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: nº de salas de reunión disponibles y accesibles por los familiares x 100. -Denominador: nº de salas existentes en la unidad. -Periodo de tiempo:
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se preguntará al supervisor de la unidad el número de salas disponibles para dicho fin.
JUSTIFICACIÓN	Debe existir un espacio dirigido a las familias y al resto del equipo multidisciplinar, para informar de los cambios evolutivos del paciente.

TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio del proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable del plan de mejora se encargará de contabilizar las salas disponibles.
ESTÁNDAR	Al menos, el 20% del espacio de la unidad debe contener salas habilitadas para reuniones.

### 5.3.2 Indicadores de proceso

TABLA 8. Indicador de proceso 1

PARÁMETROS	INDICADOR
INDICADOR	Actitud de cambio y participación del equipo asistencial en las modificaciones del plan de mejora.
DIMENSIÓN	Participación.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: nº de profesionales sanitarios que acceden a formar parte de este proyecto de forma activa x 100. -Denominador: nº total de profesionales. -Periodo de tiempo: durante la puesta en marcha del proyecto.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se contabilizará la participación del personal, y se valorará su motivación por el cambio.
JUSTIFICACIÓN	Es fundamental introducir las estrategias humanitarias entre los propios profesionales

	involucrados en el cuidado del paciente, por lo que participación es clave.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Durante la realización del proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable del plan de mejora recogerá los datos personales del personal involucrado.
ESTÁNDAR	Se estima un mínimo de 80% de participación en el proyecto para conseguir los resultados esperados.

*TABLA 9. Indicador de proceso 2*

<b>PARÁMETROS</b>	<b>INDICADOR</b>
INDICADOR	Participación activa del personal sanitario en las sesiones formativas.
DIMENSIÓN	Participación.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: nº de personal apuntado en la lista de asistentes x 100. -Denominador: nº total de personal sanitario de la UCI. -Periodo de tiempo: durante la puesta en marcha de las sesiones formativas.

ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se explicará la relevancia de asistir a las sesiones para aumentar los conocimientos sobre la materia impartida. Además, se informará de que la asistencia es voluntaria, pero recomendable para su formación como profesionales de la salud.
JUSTIFICACIÓN	Es importante valorar el interés que tiene el personal de la unidad para formarse en estrategias comunicativas.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	La enfermera responsable del plan de mejora y de la coordinación de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al finalizar las sesiones.
FUENTE	La enfermera responsable se encargará de recoger los datos de asistencia de los participantes.
ESTÁNDAR	Se espera un mínimo de 80% de participación de los asistentes al curso.

*TABLA 10. Indicador de proceso 3*

PARÁMETROS	INDICADOR
INDICADOR	Proporción de pacientes que se sienten apoyados en la unidad, y que afirman que reciben los cuidados pertinentes.
DIMENSIÓN	Proporción.



DESCRIPCIÓN	-Numerador: nº total de pacientes que manifiestan recibir los cuidados y el apoyo que necesitan x 100. -Denominador: nº total de pacientes ingresados. -Periodo de tiempo: durante la puesta en marcha del proyecto.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se valorará la percepción del paciente en todos los ámbitos de su cuidado, efectuando escucha activa.
JUSTIFICACIÓN	Las manifestaciones de los pacientes con respecto a los cambios introducidos son cruciales a la hora de valorar la efectividad de un plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermeras de la unidad, responsables del cuidado del paciente.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Durante la realización del proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable del plan de mejora recogerá los datos proporcionados por las enfermeras de la UCI.
ESTÁNDAR	Al menos el 90% de los pacientes se sienten satisfechos con los cuidados recibidos.

*TABLA 11. Indicador de proceso 4*

PARÁMETROS	INDICADOR
INDICADOR	Proporción de profesionales sanitarios que comunican la información adecuada con el equipo multidisciplinar.

DIMENSIÓN	Proporción.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: nº de profesionales que participan en las reuniones multidisciplinarias x 100. -Denominador: nº de profesionales sanitarios de la unidad. -Periodo de tiempo: durante la puesta en marcha del proyecto.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se habilitarán unas listas en las que se apuntarán los asistentes a las reuniones diarias que se efectúen en la unidad.
JUSTIFICACIÓN	Es imprescindible comunicar correctamente la información clínica al resto del equipo para asegurar la continuidad del proceso asistencial, y hacerlo de forma óptima.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Durante la realización del proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable obtendrá información de las listas en las que figurarán los participantes.
ESTÁNDAR	Como mínimo, el 70% de los profesionales sanitarios participan en las reuniones informativas.

### 5.3.3 Indicadores de resultado

TABLA 12. Indicador de resultado 1

PARÁMETROS	INDICADOR
INDICADOR	Satisfacción de los pacientes y familiares con los cambios efectuados en la unidad, cuya percepción de la calidad del cuidado es mayor.
DIMENSIÓN	Satisfacción.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: nº total de pacientes que evalúan positivamente los cambios efectuados x 100. -Denominador: nº total de pacientes ingresados. -Periodo de tiempo: durante el transcurso del proyecto.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Una vez llevadas a cabo las estrategias implantadas, se proporcionarán encuestas de satisfacción a los pacientes y familiares que evalúen la calidad asistencial.
JUSTIFICACIÓN	Es necesario conocer la percepción de los propios pacientes y allegados durante el ingreso, para determinar la eficacia del proyecto.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermeras de la unidad.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al finalizar la implantación del proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable del plan de mejora recogerá la información proporcionada por el personal de la unidad.
ESTÁNDAR	Se espera un grado de satisfacción superior al 85%.

TABLA 13. Indicador de resultado 2

PARÁMETROS	INDICADOR
INDICADOR	Mejora de los conocimientos de los profesionales sanitarios en habilidades comunicativas.
DIMENSIÓN	Mejora.
DESCRIPCIÓN	<p>-Numerador: nº de profesionales que afirman haber aumentado sus conocimientos x 100.</p> <p>-Denominador: nº de profesionales que han participado en el proyecto.</p> <p>-Periodo de tiempo: durante el transcurso del proyecto.</p>
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se proporcionarán cuestionarios, tanto al principio como al final de las sesiones formativas para contrastar los conocimientos de los participantes, y la evolución de los mismos.
JUSTIFICACIÓN	Es importante afianzar los nuevos conocimientos y desarrollar habilidades para humanizar el entorno sanitario, y reforzar la relación terapéutica con el paciente.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del proyecto.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al finalizar la implantación del proyecto, junto con el curso formativo en habilidades comunicativas.
FUENTE	La enfermera responsable del proyecto obtendrá los datos del personal de la unidad, según su percepción subjetiva.
ESTÁNDAR	Al menos un 90% del personal habrá mejorado sus habilidades comunicativas.

TABLA 14. Indicador de resultado 3

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO 3
INDICADOR	Mejora objetivable en la comunicación interdisciplinar y con el paciente y familia.
DIMENSIÓN	Mejora.
DESCRIPCIÓN	<p>-Numerador: nº de trabajadores que verbalizan mejoras en la comunicación de información clínica x 100.</p> <p>-Denominador: nº de trabajadores de la unidad.</p> <p>-Periodo de tiempo: durante el transcurso del proyecto.</p>
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Una vez instruido el personal en estrategias comunicativas, se analizarán los cambios cualitativamente.
JUSTIFICACIÓN	La coordinación del equipo asistencial es clave para asegurar una atención al paciente de calidad. Por ello, es fundamental transmitir la información de forma correcta y trabajar conjuntamente, tanto entre profesionales como con el paciente y la familia, para agilizar el proceso de recuperación al alta.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable de la unidad.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al finalizar el proyecto.
FUENTE	La enfermera responsable del plan de mejora recogerá la información proporcionada por el personal de la unidad.
ESTÁNDAR	El 80% de los trabajadores afirman una mejora notable en la comunicación de la información.

#### **5.4 ACTUACIÓN**

Una vez obtenidos los datos tras la realización del programa, se analizarán los resultados en base a la consecución de los objetivos. Se considerarán positivos cuando se hayan llevado a cabo las actuaciones planificadas de forma satisfactoria. De esta forma, se tendría en cuenta la incorporación de las acciones de mejora en la unidad.

En cambio, si los resultados han sido negativos o insuficientes, se realizará una reevaluación de todo el proceso para poder hallar las causas del problema e implantar mejoras que favorezcan la ejecución de los objetivos.

En cuanto a la impartición de las sesiones formativas, se observará si se ha originado un incremento de conocimientos por parte del personal sanitario asistente.

Finalmente, determinados dichos parámetros, se propondrán los cambios pertinentes, si precisasen.

## **6. CONCLUSIONES**

Actualmente, la necesidad de humanización en la asistencia sanitaria se encuentra en pleno auge, ya que la mayoría de las medidas existentes para humanizar los cuidados en las UCI son insuficientes. Es imprescindible mejorarlas e implantarlas de forma paulatina y continua en todos los ámbitos del cuidado, aumentando así la capacidad del personal sanitario para cubrir las necesidades de los pacientes. No obstante, es conveniente que el resto de servicios también incluyan y apliquen dichas medidas.<sup>21</sup>

En nuestro país, son pocos los planes de humanización autonómicos que están actualizados, de modo que la humanización de los cuidados sanitarios no ocupa el nivel de importancia que debería. Por ello, es fundamental que las estrategias de trabajo específicas en cuidados humanitarios, planteadas en nuestro plan de mejora, se lleven a cabo adecuadamente e incrementen la calidad asistencial de la unidad. De esta forma, se podrían implantar de manera progresiva en las diferentes UCI del hospital, así como en el resto de hospitales pertenecientes al Servicio Aragonés de Salud.

Finalmente, cabe destacar la importancia de que la enfermería se forme en habilidades de comunicación y en cómo proporcionar cuidados integrales al paciente de forma eficiente. Es necesario otorgar mayor protagonismo a la humanización en la asistencia sanitaria, y lograr un mayor reconocimiento en los denominados cuidados invisibles.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez IP, De la Torre AE, Somoza JE et al. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y política social; 2010 [consultado 10 febrero 2021]. Disponible en:  
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
2. Aguilar García CR, Torres CM. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crít [Internet]. 2017 [consultado 15 febrero 2021];31(3):171-173. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti173k.pdf>
3. Calle GH La, Lallemand CZ. HUCI is written with H as in HUMAN. Enfermería Intensiva [Internet]. 2014 [consultado 9 febrero 2021];25(4):123-4. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113023991400087X?via%3Dihub>
4. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med Intensiva [Internet]. 2014 [consultado 13 marzo 2021];38(6):371-5. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4831488>
5. Gerhardt PC, Rêgo, AnderSanches R de CN da S, Carreira L, Pupulim JSL, Radovanovic CAT. Perceptions of health professionals about humanization in intensive care unit adult. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2016 [consultado 9 febrero 2021];20(1). Disponible en:  
[http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en\\_1414-8145-ean-20-01-0048.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0048.pdf)
6. Valvidares Mayor M. Enfermería integral : revista científica del Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. de Valencia. Enfermería Integr [Internet]. 2017 [consultado 13 marzo 2021];(116):51-57. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126514>
7. Oliva Mederos JR. La humanización de los cuidados de enfermería intensiva: la posición de las enfermeras de UCI frente al aspecto humano del cuidado intensivo [Internet]. Universidad de La Laguna.



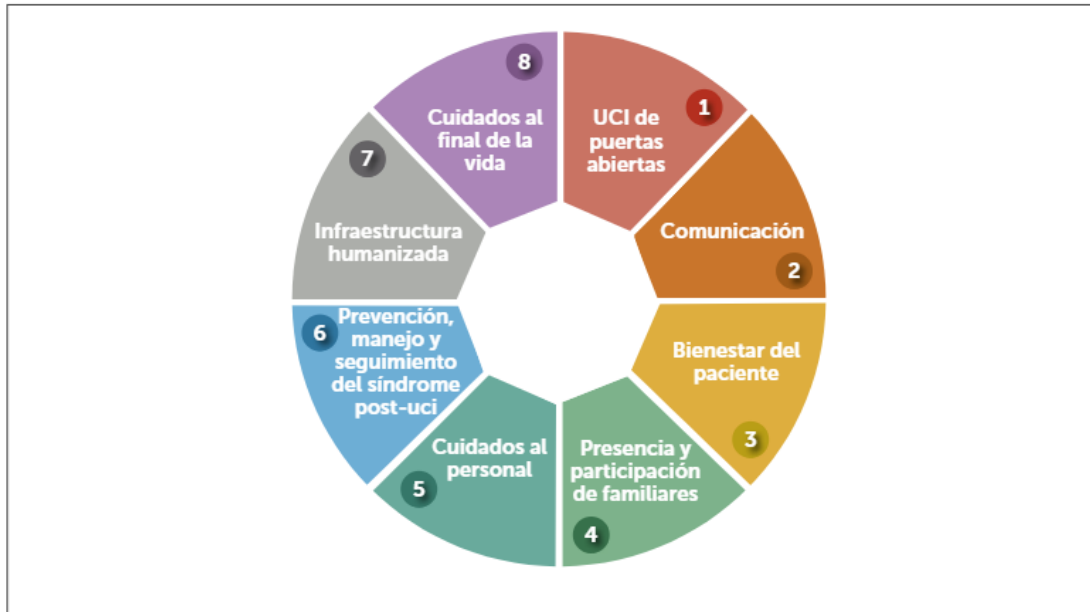
- 2017 [consultado 21 febrero 2021]. Disponible en:  
<http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/5357>
8. Rojas V. Humanización De Los Cuidados Intensivos. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019 [consultado 10 febrero 2021];30(2):120–5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
  9. Calle GH La, Martin MC, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Seeking to humanize intensive care. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2017 [consultado 15 febrero 2021];29(1):9–13. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n1/0103-507X-rbti-29-01-0009.pdf>
  10. Rodríguez del Río L. Cuidados enfermeros y humanización de la asistencia sanitaria. Nursing care and humanization of health care. Rev Enfermería CyL [Internet]. 2019 [consultado 10 abril 2021];11(1):17. Disponible en:  
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/238/206>
  11. Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. Nurse-family relationship. Beyond the opening of doors and schedules. Enfermería Intensiva [Internet]. 2020 [consultado 13 marzo 2021];31(4):192–202. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2529984020300501>
  12. Correa-Perez L. Humanización en la UCI desde una perspectiva antropológica: la percepción del cuerpo y la identidad del sujeto en los pacientes en la unidad de cuidado intensivo. Acta Colomb Cuid Intensivo [Internet]. 2018 [consultado 15 marzo 2021];18(3):175–8. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0122726218300193>
  13. Castañeda C, Orozco M, Rincón G. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico. Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2015 [consultado 13 marzo 2021];20(1):13–34. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772015000100002&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000100002&lang=es)

14. Brandao Barreto B, Luz M, Nogueira M, Rios O, Lopes AA, Gusmao-Flores D. The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Critical care* [Internet]. 2019 [consultado 14 marzo 2021]; 23(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2678-0>
15. Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* [Internet]. 2017 [consultado 13 marzo 2021];43(8):1105–1122. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28676896/>
16. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2015 [consultado 13 marzo 2021];30(5):243–250. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5189030>
17. Levi P, Patrician PA, Vance DE, Montgomery AP, Moss J. Post-traumatic stress disorder in intensive care unit nurses: a concept analysis. *Workplace Health Saf* [Internet]. 2021 [consultado 13 marzo 2021];69(5):224-234. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33357068/>
18. Hernández-Zambrano SM, Carrillo-Algarra AJ, Augusto-Torres C, Katherine-Marroquín I, Enciso-Olivera CO, Gómez-Duque M. Perspective of health personnel on end-of-life care in Intensive Care Units. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2020 [consultado 21 febrero 2021];31(4):170–183. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2529984020300483>
19. Alonso-Ovies, Heras la Calle G. Humanizing care reduces mortality in critically ill patients. *Med Intensiva* [Internet]. 2020 [consultado 21 marzo 2021];44(2):122–124. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173572720300047>

20. Serrano García P. Análisis del cambio actual hacia la humanización de los cuidados enfermeros en las unidades de pacientes críticos. Rev Científica del CODEM [Internet]. 2018 [consultado 21 febrero 2021];1(18). Disponible en:  
<https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/18>
21. De la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. Med Intensiva [Internet]. 2018 [citado 13 marzo 2021];42(2):99–109. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569117302206>.
22. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid; 2017 [citado 21 marzo 2021]. Disponible en:  
<https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>

## ANEXOS

### ANEXO I: Líneas de investigación Proyecto HU-CI



Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid; 2017 [citado 21 marzo 2021]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>

### ANEXO II: Marco conceptual de la humanización de los cuidados intensivos



Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid; 2017 [citado 21 marzo 2021]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>