



Experiencia en la implementación de un protocolo de humanización de una unidad de cuidados intensivos: informe de un caso y revisión de la bibliografía

Experience in the implementation of a humanization protocol for an intensive care unit: a case report and literature review

Experiência na implementação de protocolo de humanização em uma Unidade de Terapia Intensiva: relato de caso e revisão da literatura

Lizbeth Franco Morales,^{*‡} Karen Rivera Martínez,^{*} Omar Flores Ángeles,^{*} Luis Alberto Raygadas Rivera,^{*} Mariana Arciniega Chávez,^{*} Pablo Álvarez Maldonado[‡]

RESUMEN

Introducción: en el entorno dinámico y exigente de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), la humanización de los cuidados representa un paradigma que busca un equilibrio entre el empleo de tecnología avanzada para salvar vidas y la necesidad vital de compasión y empatía en la atención al paciente.

Objetivo: identificar y analizar los diferentes protocolos de humanización que mejoran la experiencia del paciente y su familia en un entorno crítico. Así como mostrar una visión general de estas estrategias examinando los desafíos y el camino a seguir para integrar prácticas humanizadas a partir del desarrollo del Programa H-UCI en nuestra unidad.

Selección y análisis de los artículos: esta revisión se basa en estudios recientes que abordan la humanización de la atención en UCI en adultos. Se incluyen investigaciones que analizan la implementación de protocolos de humanización en PubMed, CINAHL y Cochrane Library, utilizando términos clave relacionados con «humanización en medicina crítica» y palabras clave. Se incluyeron estudios publicados en los últimos 15 años para garantizar la relevancia y actualidad de la información, asegurando así la relevancia y calidad de la información. Tras el análisis de la literatura y la presentación de nuestro protocolo se revela que la humanización en las UCI implica un enfoque multidimensional que abarca desde la comunicación efectiva entre el personal de salud y los familiares, hasta la creación de un ambiente físico que favorezca la comodidad del paciente. Se identifican diversas estrategias, como la inclusión de familiares en el proceso de cuidado, la personalización de la atención y la capacitación del personal en habilidades interpersonales. Estos enfoques no sólo mejoran la satisfacción del paciente, sino que también pueden influir positivamente en los resultados clínicos.

Conclusiones: la humanización en las UCI es esencial para mejorar la calidad de la atención y la experiencia del paciente. Se concluye que, aunque existen desafíos en la implementación de estos protocolos, los beneficios son significativos, tanto para los pacientes como para el personal de salud, constituyendo esto una línea futura a desarrollar por nuestra unidad.

Palabras clave: cuidados humanizados, unidades de cuidados intensivos, experiencia del paciente, prácticas de humanización.

ABSTRACT

Introduction: in the dynamic and demanding environment of Intensive Care Units (ICU), the humanization of care represents a paradigm that seeks a balance between the use of advanced life-saving technology and the vital need for compassion and empathy in patient care.

Objective: to identify and analyze the different humanization protocols that improve the patient and family experience in the critical care setting. As well as to show an overview of these strategies by examining the challenges and the way forward to integrate humanized practices from the development of the H-ICU Program in our unit.

Selection and analysis of articles: this review is based on recent studies that address the humanization of ICU care in adults. We included research

analyzing the implementation of humanization protocols in PubMed, CINAHL and Cochrane Library, using key terms related to «humanization in critical care medicine» and keywords. Studies published in the last 15 years were included to guarantee the relevance and timeliness of the information, thus ensuring the relevance and quality of the information. After analysis of the literature and presentation of our protocol, it is revealed that humanization in the ICU involves a multidimensional approach ranging from effective communication between health care personnel and family members to the creation of a physical environment that favors patient comfort. Various strategies are identified, such as the inclusion of family members in the care process, personalization of care, and staff training in interpersonal skills. These approaches not only improve patient satisfaction, but can also positively influence clinical outcomes.

Conclusions: humanization in ICUs is essential to improve quality of care and patient experience. It is concluded that, although there are challenges in the implementation of these protocols, the benefits are significant, both for patients and health personnel, constituting a future line to be developed by our unit.

Keywords: humanized care, intensive care units, patient experience, humanization practices.

RESUMO

Introdução: no ambiente dinâmico e exigente das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a humanização do cuidado representa um paradigma que busca o equilíbrio entre o uso de tecnologia avançada para salvar vidas e a necessidade vital de compaixão e empatia no atendimento ao paciente.

Objetivo: identificar e analisar os diferentes protocolos de humanização que melhoram a experiência do paciente e sua família em ambiente crítico 1.2. Além de mostrar um panorama dessas estratégias, examinando os desafios e o caminho a seguir para integrar as práticas humanizadas a partir do desenvolvimento do Programa H-UTI em nossa unidade.

Seleção e análise dos artigos: esta revisão baseia-se em estudos recentes que abordam a humanização do atendimento em UTI em adultos. A pesquisa que analisa a implementação de protocolos de humanização está incluída no PubMed, CINAHL e na Biblioteca Cochrane, utilizando termos-chave relacionados a «humanização em medicina intensiva» e palavras-chave 2.3.4.5. Foram incluídos estudos publicados nos últimos 15 anos para garantir a relevância e atualidade das informações, garantindo assim a relevância e qualidade da informação.

Após a análise da literatura e a apresentação do nosso protocolo, revela-se que a humanização na UTI envolve uma abordagem multidimensional que vai desde a comunicação eficaz entre o pessoal de saúde e os familiares, até a criação de um ambiente físico que promova o conforto do paciente. São identificadas diversas estratégias, como a inclusão dos familiares no processo de cuidado, a personalização do cuidado e a capacitação da equipe em habilidades interpessoais. Essas abordagens não apenas melhoram a satisfação do paciente, mas também podem influenciar positivamente os resultados clínicos.

Conclusões: a humanização nas UTIs é essencial para melhorar a qualidade do atendimento e a experiência do paciente. Conclui-se que, embora existam desafios na implementação destes protocolos, os benefícios são significativos, tanto para os pacientes como para o pessoal de saúde, constituindo uma linha futura a ser desenvolvida pela nossa unidade 3,4,5.

Palavras-chave: cuidado humanizado, unidades de terapia intensiva, experiência do paciente, práticas de humanização.

* Hospital Moscati, Querétaro. México.

‡ Hospital Español, Ciudad de México. México.

Recibido: 03/03/2024. Aceptado: 04/07/2024.

Citar como: Franco ML, Rivera MK, Flores AO, Raygadas RLA, Arciniega CM, Álvarez MP. Experiencia en la implementación de un protocolo de humanización de una unidad de cuidados intensivos: informe de un caso y revisión de la bibliografía. Med Crit. 2024;38(6):510-519. <https://dx.doi.org/10.35366/119241>

Abreviaturas:

H-UCI = Humanizando los Cuidados Intensivos

UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

INTRODUCCIÓN

La atención en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se caracteriza por su alta complejidad y el manejo de pacientes en estado crítico, lo que puede generar un ambiente estresante tanto para los enfermos como para sus familiares.^{1,2}

En este contexto, la implementación de protocolos de humanización se ha convertido en una necesidad imperante para garantizar que la atención no sólo sea técnica y eficiente, sino también compasiva y centrada en el paciente.^{3,4} La humanización en la UCI implica reconocer la individualidad de cada paciente, así como la importancia del apoyo emocional y la comunicación efectiva con sus seres queridos. Diversas investigaciones han demostrado que un enfoque humanizado en el cuidado intensivo puede mejorar significativamente la experiencia del paciente y su familia, aliviando la angustia emocional y contribuyendo a mejores resultados clínicos.¹ Esto incluye prácticas como la inclusión de familiares en el proceso de toma de decisiones, la personalización de la atención y la creación de un entorno que fomente la conexión humana y el bienestar.²

A pesar de los desafíos inherentes a la atención en UCI, como la presión del tiempo y la carga técnica, la integración de la humanización en los protocolos de atención es un paso crucial hacia un modelo de cuidado más holístico.

Con base en los anteriores, presentamos la información recopilada, destacando hallazgos importantes, conclusiones clave y posibles implicaciones para la práctica clínica y futuras investigaciones.⁵ Así como los desafíos y el camino a seguir para integrar prácticas humanizadas en las UCI, enfatizando la transformación del cuidado intensivo en un servicio más integral y centrado en el ser humano a partir del desarrollo del Programa H-UCI por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Moscati, Querétaro en México.

DESARROLLO

La medicina crítica representa uno de los ámbitos más desafiantes dentro del panorama sanitario, debido a la gravedad y complejidad de los pacientes que requieren atención en UCI. En este contexto, la humanización de los cuidados emerge como una filosofía de atención que pone en el centro la dignidad y los valores del paciente y sus familias, y no sólo la enfermedad o su tratamiento clínico.^{6,7}

Los cuidados humanizados en medicina crítica buscan trascender la mera aplicación de tecnologías avanzadas y procedimientos especializados, para abrazar una visión integral del ser humano, reconociendo sus necesidades emocionales, psicológicas y espirituales como parte fundamental del proceso de curación, don-

de dichas medidas han sido aplicadas con gran acierto mediante la Implementación del Proyecto H-UCI en el Hospital Moscati, Querétaro en México.^{8,9}

Los orígenes de la humanización en medicina intensiva se remontan a varias décadas atrás, y su aplicación se ha basado en investigaciones científicas y experiencias clínicas. Este enfoque integral con el nombre del proyecto H-UCI tiene su origen en España en la UCI del Hospital Universitario de Torrejón, en Madrid en febrero de 2014,³ y desde entonces ha sido una iniciativa en curso, siendo implementada y desarrollada en diferentes momentos a lo largo de los últimos años, con un enfoque en la humanización de las UCI. No obstante, su origen y evolución han sido progresivos y continuos, el cual implementamos en nuestro Hospital Moscati, Querétaro en México.

En la literatura científica, se pueden encontrar numerosos estudios que exploran los beneficios de la humanización en medicina intensiva, desde la reducción del estrés emocional hasta mejoras en la salud y la recuperación de los pacientes. Este enfoque integral ha llevado al desarrollo de programas específicos, capacitación del personal y protocolos clínicos diseñados para promover la humanización en el entorno de la medicina intensiva.⁴

Éstos pretenden adquirir las habilidades adecuadas para ofrecer una atención personalizada mediante la adquisición del conocimiento y la información necesaria para lograr una mejor cercanía e integración, tanto con pacientes como con familiares. Dichas medidas han sido aplicadas con gran acierto mediante el Plan H-UCI en el Hospital Moscati, brindando una descripción detallada de la iniciativa que se remonta a la autoevaluación y solicitud de inscripción en el día 6 de marzo del 2022, hasta la entrega de resultados de evaluación el 20 de diciembre 2023, y la subsecuente entrega del certificado con nivel excelente el día 20 de febrero 2024; todo a través de un proceso de abordaje interdisciplinar con el apoyo del equipo médico, administrativo, alta gerencia y asesores asignados por el equipo HUCI.

¿CÓMO SE HUMANIZA LA UCI?

Debido a las situaciones deshumanizantes que se dan en las UCI en numerosas ocasiones, diversos autores han propuesto medidas que fomentan la humanización de los cuidados a los pacientes. En su artículo, M. Gálvez y colaboradores exponen cómo las ocho líneas estratégicas del Proyecto H-UCI, pueden favorecer al profesional a la hora de proporcionar unos cuidados más humanizados.³

Motivo por el cual exponen un análisis detallado y crítico de las ocho líneas, con conclusiones respaldadas por evidencia sólida y también por nuestras experiencias, las barreras y obstáculos que hemos tenido con la



Figura 1: Unidad de Cuidados Intensivos Humanizados del Hospital Moscati, UCI-Puertas abiertas.

implementación del Proyecto H-UCI Hospital Moscati, Querétaro en México.

UCI PUERTAS ABIERTAS Y PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

El concepto de «UCI de Puertas abiertas» y la participación de familiares en ese entorno se centran en una aproximación más abierta y colaborativa a la atención en la UCI. En este tipo de entorno, se fomenta la presencia y participación de los familiares en el cuidado y el apoyo al paciente. El concepto de «UCI de Puertas abiertas» busca eliminar las barreras que suelen separar a los pacientes de sus seres queridos, permitiendo un acceso más amplio y una mayor comunicación entre el personal médico y las familias.^{2,5}

Esto puede incluir la posibilidad de que los familiares estén presentes durante los procedimientos médicos, participen en las decisiones de atención y tengan un papel activo en el cuidado del paciente. La participación de familiares en la UCI puede tener beneficios significativos, como mejorar la comunicación entre el equipo médico y las familias, reducir la ansiedad y el estrés tanto de los pacientes como de los familiares, y permitir una mayor comodidad y apoyo emocional para el paciente.

Es importante destacar que la implementación de un enfoque de «UCI de Puertas abiertas» y la participación de familiares requiere una planificación cuidadosa, protocolos claros y una comunicación efectiva entre el personal médico y las familias. Esto puede implicar la formación del personal, la creación de pautas para la participación de los familiares y la consideración de las necesidades individuales de cada paciente y su familia.⁴

La adopción de nuevas políticas y prácticas resulta en dificultades derivadas de su uso excesivo, uso insuficiente y su posible mal uso.¹ Esto, en conjunto con paradigmas engranados en el actuar médico a raíz de la falta de actualización, sensibilidad o paternalismo, dificulta la adopción de políticas de puertas abiertas.

Los profesionales de la salud suelen creer que la visita y participación de los familiares puede aumentar la tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud, por lo que existe una resistencia natural ante su integración, a pesar de la falsedad de esta creencia.²

Durante nuestro proceso de implementación se llevaron a cabo múltiples actividades para la sensibilización y toma de conciencia en el equipo, así como para la alineación con el personal administrativo para lograr la ejecución efectiva y segura de nuestros procesos de atención en este rubro. La minuciosa de talento humano, sea clínico o administrativo, es clave para lograr la implementación de una UCI de Puertas abiertas, porque la disonancia entre los valores del personal y los del proyecto fractura la implementación de esta iniciativa.

En resumen, la UCI de Puertas abiertas representa un avance significativo en la humanización de la atención intensiva, promoviendo un enfoque más inclusivo y empático que beneficia a todos los involucrados en el proceso de cuidado (*Figura 1*).

COMUNICACIÓN

La línea de comunicación en el Proyecto H-UCI (Humanizando los Cuidados Intensivos) se enfoca en mejorar la interacción y la comunicación en entornos de cuidados intensivos, tanto entre el equipo médico como con los pacientes y sus familias. Esta considera la importancia de establecer una comunicación clara, comprensiva y efectiva para mejorar la experiencia y los resultados del paciente.^{6,7}

Dentro de esta línea estratégica, se promueven prácticas como:

1. Comunicación abierta y honesta con los pacientes y sus familiares acerca del diagnóstico, pronósticos y opciones de tratamiento (*Figura 2*).



Figura 2: Unidad de Cuidados Intensivos Humanizados del Hospital Moscati, UCI-Puertas abiertas y participación de la familia.



Figura 3: Unidad de Cuidados Intensivos Humanizados del Hospital Moscati, Comunicación.

2. Fomentar la empatía y la escucha activa por parte del personal médico y de enfermería para comprender las necesidades y preocupaciones del paciente y su familia.
3. Utilización de un lenguaje comprensible y accesible para explicar los procedimientos médicos, el estado de salud del paciente y los planes de cuidado.
4. Apoyo en la toma de decisiones compartidas, en la que se incluye a la familia como parte activa en el equipo de cuidados.
5. Implementación de programas de capacitación para el personal de la UCI para mejorar las habilidades de comunicación, especialmente en situaciones de alta emotividad.
6. Implementación y capacitación para el uso de herramientas de comunicación aumentativas y alternativas.

La línea de comunicación en el Proyecto H-UCI busca promover una interacción más humana, compasiva y efectiva entre el equipo médico, los pacientes y sus familias, reconociendo el papel crucial que desempeña la comunicación en el bienestar físico y emocional del paciente en la UCI.⁵

La comunicación inadecuada puede causar en los pacientes falsas percepciones sobre la contagiosidad de su enfermedad, percibirla como un castigo divino, expectativas irreales sobre la posibilidad de cura y reversibilidad, que el sufrimiento es necesario, creer al hospital como mejor ambiente para la muerte, que no existen intervenciones para la atención del paciente terminal, y temor a la analgesia e inseguridad, entre otras.⁶

La protocolización de la comunicación con pacientes con barreras del lenguaje mediante herramientas de comunicación aumentativas y alternativas es vital para

el éxito de la atención en pacientes críticos. Muchos de los pacientes en UCI presentan barreras para la comunicación, sean resultado del uso de dispositivos de ventilación mecánica, alteraciones estructurales, barreras físicas, o el simple hecho de no compartir un idioma en común; la adopción de herramientas convencionales como el tablero comunicador expuesto en la [Figura 3](#), o herramientas electrónicas como la aplicación *Patient Communicator* de la *Society of Critical Care Medicine*, han mostrado ser de utilidad.^{6,7}

Además, el Proyecto H-UCI enfatiza la importancia de la formación continua del personal en habilidades de comunicación, lo que incluye la capacitación en técnicas de escucha activa y la gestión de conversaciones difíciles.^{6,7} Al mejorar la comunicación en la UCI, se espera no sólo aumentar la satisfacción de los pacientes y sus familias, sino también contribuir a mejores resultados clínicos y un ambiente de trabajo más positivo para el personal de salud.

BIENESTAR DEL PACIENTE

La línea de bienestar del paciente en el Proyecto H-UCI se centra en la atención integral del paciente en la UCI, abordando no sólo sus necesidades médicas, sino también su bienestar emocional, psicológico y social. Esta línea estratégica reconoce la importancia de enfoques humanizados que promuevan el confort, la dignidad y la calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos.⁶

Dentro de esta línea estratégica, se promueven prácticas como:

1. Gestión del dolor y el malestar: implementación de protocolos para el control efectivo del dolor y el malestar físico, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente.
2. Apoyo emocional y espiritual: proporcionar recursos y soporte para abordar el sufrimiento emocional, la



Figura 4: Unidad de Cuidados Intensivos Humanizados del Hospital Moscati, Cuidados al profesional.



Figura 5: Unidad de Cuidados Intensivos Humanizados del Hospital Moscati, Cuidados al final de la vida.

ansiedad y otras necesidades psicosociales del paciente y sus familiares.

3. Fomento de la movilidad y la participación del paciente en la medida de lo posible, con el objetivo de prevenir complicaciones asociadas con la inmovilidad prolongada.
4. Atención compasiva y centrada en el paciente: reconocimiento de la individualidad y las preferencias del paciente, así como la promoción de un ambiente que respeta su dignidad y autonomía.
5. Inclusión de la familia en el cuidado y la toma de decisiones, reconociendo su papel crucial en el bienestar del paciente.
6. Intervenciones ambientales dirigidas al control de factores y la higiene del sueño.

Uno de los aspectos clave de esta línea de trabajo es la implementación de políticas que favorecen un ambiente más acogedor y menos estresante. Esto incluye la creación de espacios que promuevan la tranquilidad y la privacidad, así como la posibilidad de que los familiares estén presentes de manera más flexible, lo que contribuye a reducir la ansiedad tanto en los pacientes como en sus seres queridos.^{2,5}

En resumen, la línea de bienestar del paciente en el Proyecto H-UCI busca abogar por una atención que no sólo se centre en el aspecto físico de la enfermedad, sino que también considere el bienestar emocional, psicológico y espiritual del paciente, promoviendo un ambiente humanizado que contribuya a su recuperación y calidad de vida. Para lograr este ambiente, se debe promover la autonomía de los pacientes, la comodidad de su familia, la viabilidad de su permanencia y la higiene del sueño son puntos clave para el desempeño de los cuidados; por lo que esta línea debe considerarse par de la línea estraté-

gica para la gestión de la infraestructura humanizada. La medición y control de factores ambientales, como temperatura, humedad, ruido y luminosidad, juegan un papel clave en el control del dolor, sedación y delirio.⁷⁻⁹

En nuestra experiencia, la adopción de los principios propuestos por el equipo de liberación ICU ha sido el complemento ideal para el cumplimiento de los estándares de esta línea estratégica. La formación continua del personal médico a través del involucramiento del departamento de enseñanza y las habilidades docentes de los miembros de nuestra terapia intensiva han sido claves para mantener los estándares de calidad en los cuidados necesarios para el desempeño de nuestras actividades y las prácticas obligatorias establecidas en el manual de buenas prácticas del equipo de H-UCI.

PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

Es importante destacar que la presencia y participación de la familia en la UCI no solo beneficia al paciente, sino que también puede mejorar la experiencia general de la familia y contribuir a mejores resultados en la salud y la recuperación del paciente.⁷⁻⁹

Algunas de las prácticas promovidas dentro de esta línea estratégica incluyen:

1. Facilitar el acceso y la presencia de los familiares en la UCI de forma que se ajuste a las necesidades y preferencias del paciente y su familia.
2. Fomentar una comunicación abierta y compartida con la familia, brindando información clara sobre el estado de salud del paciente, el tratamiento y los planes de cuidado.
3. Involucrar activamente a los familiares en la toma de decisiones, reconociendo su conocimiento sobre el paciente y su importancia en el proceso de atención.
4. Proporcionar apoyo emocional y recursos para ayudar a los familiares a lidiar con el estrés, la incertidumbre y las complejidades asociadas a una hospitalización en cuidados intensivos.
5. Reconocer las necesidades individuales de la familia y ofrecer un entorno que les permita sentirse acogidos y respaldados durante la hospitalización del paciente.

Los estudios indican que cuando las familias están involucradas, se mejora la satisfacción general con la atención recibida y se facilita la comprensión de la situación clínica del paciente.¹⁰ Esto es especialmente importante en contextos de alta complejidad, donde la información puede ser abrumadora y difícil de procesar.

Las familias de los pacientes críticos enfrentan una situación emocionalmente desgastante y, a menudo, se sienten desinformadas y ansiosas, con necesidades clave a resolver:¹¹

1. Información clara y continua sobre el estado del paciente, que les permita entender mejor la situación clínica y los procedimientos que se están llevando a cabo.
2. Apoyo emocional, ya que la incertidumbre y el estrés pueden ser abrumadores. Las familias requieren un espacio donde puedan expresar sus emociones y recibir apoyo psicológico.
3. Participación en el cuidado, lo que implica que los familiares deseen estar involucrados en el proceso de atención y en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento del paciente.

Algunas de las principales dificultades para el abordaje de esta estrategia son la práctica de la medicina a la defensiva y el paternalismo médico. La colocación del médico como figura única, portadora del conocimiento, genera un ambiente de violencia simbólica ante el paciente y la familia; donde las partes aceptables no cuentan con el poder y autonomía necesarios para participar en los procesos de toma de decisiones (fuente).^{5,9,12} Se puede desarrollar una relación de fortaleza y compañerismo con la familia al respetarlos como cuidadores; reconocer que el curso natural de la terapéutica es delegar parte de la responsabilidad de la atención en aquellos que mejor conocen al paciente y serán piezas claves de su recuperación posterior al egreso.^{10,11}

CUIDADOS AL PERSONAL

La línea de cuidado al personal en el contexto del Proyecto H-UCI se enfoca en el bienestar físico, mental y emocional de los profesionales de la salud que trabajan en entornos de cuidados intensivos. Este enfoque reconoce que la atención médica en UCI puede ser demandante tanto físico como emocionalmente, lo que resalta la importancia de cuidar al personal para asegurar su eficacia y bienestar a largo plazo.^{13,14}

Dentro de esta línea estratégica, se promueven prácticas específicas como:

1. Estrategias para el manejo del estrés y el cuidado personal: se fomenta el desarrollo de programas que brinden herramientas para el manejo del estrés, la resiliencia y la salud mental entre los profesionales de la salud.
2. Apoyo psicológico y emocional: se implementan programas de apoyo psicológico y orientación para los profesionales que enfrentan situaciones estresantes o traumáticas.
3. Formación y capacitación: se proporciona formación específica en habilidades de afrontamiento, comunicación efectiva y trabajo en equipo, con el objetivo de fortalecer la resiliencia y la capacidad de los profesionales de la salud.

4. Fomento de un entorno de trabajo saludable y seguro: se implementan para promover la salud física y mental en el lugar de trabajo, así como estrategias para prevenir el agotamiento y el síndrome de desgaste profesional.
5. Reconocimiento del impacto emocional del trabajo en cuidados intensivos: esto incluye la implementación de programas de seguimiento, supervisión y recursos para abordar el impacto emocional del trabajo en este entorno.

Los psicólogos desempeñan un papel crucial en la gestión del estrés y la prevención del Burnout entre el personal. La naturaleza del trabajo en la UCI, que incluye la atención a pacientes críticos y la toma de decisiones difíciles, puede llevar a un desgaste emocional significativo.^{15,16} La intervención psicológica permite a los profesionales desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas, lo que contribuye a mantener su equilibrio emocional y su capacidad de respuesta ante situaciones de alta presión.

La salud mental del personal de la UCI tiene un impacto directo en la calidad de la atención que se ofrece a los pacientes. Un equipo emocionalmente equilibrado es capaz de proporcionar un cuidado más compasivo y efectivo, lo que se traduce en mejores resultados clínicos y una experiencia más positiva para los pacientes y sus familias.¹⁷

Algunas claves que han permitido llevar a cabo un mejor abordaje para los cuidados del personal son la aplicación de exámenes psicométricos al ingreso, atención psicológica al personal sobre demanda o ante la detección de la necesidad, actividades de capacitación sobre autocuidado y actividades de esparcimiento planificadas y dispersas a lo largo del año actividades realizadas dentro de nuestra unidad (Figura 4).

PREVENCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL SÍNDROME POST-UCI

El año 2012, la Sociedad Americana en Cuidados Críticos (SCCM) definió el síndrome post-UCI como «Nuevos o empeoramiento de los problemas de salud física, mental o cognitiva relacionados con la enfermedad crítica que persisten al alta del hospital en el sobreviviente». Además, vinculó en el desarrollo del síndrome post-UCI al familiar o cuidadores pues, producto de la enfermedad crítica, pueden desarrollar complicaciones en su salud mental.^{9,12,18}

El abordaje científico y multidisciplinario en la prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-UCI es esencial para minimizar sus efectos a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes de cuidados intensivos. Estos enfoques involucran una comprensión profunda de las complejas interacciones

fisiológicas, psicológicas y sociales que pueden surgir como resultado de la hospitalización en la UCI, así como estrategias basadas en evidencia para abordar estas complejidades de manera efectiva.^{18,19}

La prevención del síndrome post-UCI implica una atención integral durante la hospitalización en cuidados intensivos, incluyendo:

1. Estrategias para minimizar la inmovilidad prolongada y sus efectos, como la movilización temprana y la fisioterapia activa.
2. Manejo apropiado del dolor y el delirio en la UCI, incluyendo el uso de protocolos de sedación adecuados y estrategias no farmacológicas para prevenir el delirio.
3. Atención nutricional apropiada, considerando las necesidades metabólicas y nutricionales de los pacientes críticos para evitar la desnutrición.
4. Apoyo emocional durante la hospitalización en la UCI, con la inclusión de intervenciones psicosociales dirigidas a los pacientes y sus familias.
5. El manejo y seguimiento del síndrome post-UCI requiere una transición cuidadosa de la UCI a la atención posthospitalaria, garantizando una coordinación efectiva entre los especialistas médicos y los profesionales de la salud que brindan cuidados continuos. Esto puede implicar:
 - a. La detección temprana de posibles complicaciones relacionadas con el síndrome post-UCI, como trastornos de estrés postraumático, depresión, insuficiencia muscular, trastornos del sueño, entre otros.
 - b. La implementación de programas de rehabilitación y seguimiento posthospitalario que tengan en cuenta las necesidades individuales, incluyendo terapia física y ocupacional, así como apoyo psicológico y psiquiátrico.
 - c. El fomento de la educación sobre el síndrome post-UCI para pacientes y sus familias, así como la identificación de recursos y redes de apoyo comunitario para aquellos que enfrentan las complicaciones a largo plazo del síndrome post-UCI.

La implementación de este protocolo es crucial, ya que se ha demostrado que un porcentaje elevado de pacientes presenta secuelas que pueden afectar su calidad de vida a largo plazo. Por lo tanto, el seguimiento y la atención post-UCI son esenciales para facilitar la reintegración del paciente a su vida cotidiana y mejorar su bienestar general.¹⁹

La inclusión temprana del equipo de fisioterapia e inhaloterapia ha demostrado, en nuestra experiencia, ser invaluable para la recuperación de nuestros pacientes y posibilitar su reintegración lo más funcional en la sociedad.

La implementación de protocolos de movilización temprana y paseos fuera de la UCI suponen un reto administrativo y clínico, ya que implica una monitorización clínica estrecha antes, durante y después de las actividades; sobre todo si se involucra a la familia en estos cuidados. Sugerimos ser específicos sobre las actividades que los familiares podrán desempeñar en este rubro y dar particular importancia a la determinación de los criterios de inclusión y exclusión en estos protocolos; la participación de la familia no debe ser motivo de desapego por parte del clínico personal. En caso de cualquier signo de deterioro, más allá del estrés fisiológico normal derivado de la actividad física, sugerimos evacuar a los familiares de manera tranquila y notificar inmediatamente al médico a cargo de UCI.²⁰

En resumen, el síndrome post-UCI es un fenómeno relevante en el contexto de la atención crítica, y el Protocolo H-UCI se establece como una herramienta fundamental para abordar sus múltiples dimensiones, asegurando que los pacientes reciban el apoyo necesario para su recuperación integral.^{21,22}

INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

La infraestructura humanizada en H-UCI no sólo busca crear un entorno físico más acogedor y orientado al bienestar, sino que también reconoce el impacto positivo que este entorno puede tener en la experiencia del paciente, en la moral del equipo de atención médica y, en última instancia, en los resultados clínicos.

Esta perspectiva no sólo abarca la disposición arquitectónica del espacio, sino que también aborda la tecnología, el mobiliario y otros aspectos ambientales que influyen en la experiencia del paciente y en la prestación de cuidados por parte del personal sanitario.²³

Dentro de esta línea estratégica, se promueven enfoques que incluyen, pero no se limitan a:

1. Diseño centrado en el paciente: la disposición y el diseño de la UCI se orientan hacia el confort y la comodidad del paciente, permitiendo espacios funcionales y accesibles que fomentan la privacidad y el descanso.
2. Tecnología humanizada: la implementación de tecnología que no sólo sea avanzada desde el punto de vista médico, sino que también sea intuitiva, amigable y centrada en el paciente, con el fin de facilitar la interacción y el cuidado.
3. Integración de espacios familiares: creación de áreas dedicadas para la familia que les permitan estar presentes, informados y confortables durante la hospitalización del paciente en la UCI.
4. Ambientes calmantes y confortables: fomento de una atmósfera que reduzca el estrés y la ansiedad, a través de iluminación adecuada, colores suaves,

espacios de relajación e integración de la naturaleza siempre que sea posible.

5. Espacios de colaboración y descanso para el personal: consideración de áreas para el descanso y la desconexión, así como espacios para la colaboración y la comunicación efectiva entre el personal de cuidados intensivos.

Las buenas prácticas del manual creado por el equipo de H-UCI funcionan como un excelente punto de partida para el diseño de una UCI con enfoque humano; sin embargo, gran parte de los hospitales aspirantes cuentan con una UCI existente, y su modificación arquitectónica representa un enorme reto logístico y económico. Alentamos la mayor adopción de prácticas posibles, y la realización de las adecuaciones que sean factibles; pero cabe destacar que el elemento más importante de una UCI es su talento humano. No importa si una UCI cuenta con todos los elementos arquitectónicos necesarios para una calificación perfecta, si los valores y prácticas del personal no se encuentran alineados con el espíritu humano, el aprovechamiento de la infraestructura será imposible.^{22,24}

En resumen, la importancia de la infraestructura humanizada en el modelo H-UCI radica en su capacidad para transformar la experiencia del paciente y del equipo de salud, promoviendo un cuidado más integral y efectivo que aborde no sólo las necesidades físicas, sino también las emocionales y psicológicas.²⁵

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

La atención al final de la vida en el contexto de H-UCI se fundamenta en un enfoque compasivo y basado en la evidencia para cuidar a los pacientes que se encuentran en una etapa terminal de su enfermedad. Este enfoque reconoce la importancia de garantizar el confort, el respeto a la dignidad del paciente y el apoyo emocional tanto para el paciente como para sus seres queridos durante este momento delicado.^{4,25,26}

Algunos aspectos clave de esta línea estratégica, basados en un elevado nivel de evidencia, pueden incluir:

1. Control de síntomas: la gestión efectiva del dolor, la disnea, la agitación y otros síntomas relacionados con la enfermedad terminal. Esto implica el uso de protocolos de control de síntomas que se basan en la evidencia más actualizada.
2. Comunicación compasiva: establecer una comunicación clara y empática con el paciente y sus familiares, brindando apoyo emocional y espacio para que expresen sus deseos y preocupaciones.
3. Decisiones compartidas: facilitación de conversaciones sobre las preferencias del paciente en cuanto a cuidados al final de la vida, incluyendo el uso de di-

rectivas anticipadas y la participación activa de los pacientes y sus familiares en la toma de decisiones.

4. Cuidados paliativos integrales: la integración de cuidados paliativos que aborda no sólo el aspecto físico del sufrimiento, sino también el aspecto emocional, social y espiritual del paciente y su familia.
5. Apoyo emocional: proporcionar recursos y apoyo psicológico para el paciente y su familia, reconociendo la carga emocional que conlleva el de la vida.

Este enfoque basado en la evidencia asegura que la atención al final de la vida en el contexto de H-UCI sea holística, eficaz y centrada en el confort y la dignidad del paciente, además de respaldar a sus seres queridos durante este periodo tan sensible. Para que estas líneas puedan ser instauradas, algunas consideraciones generales que sirven como facilitadores serán las siguientes: generar líderes locales, desarrollar estrategias de sensibilización y educación, hacer una evaluación inicial donde se puede utilizar el autodiagnóstico propuesto en el Manual de buenas prácticas de humanización de las UCI, para así elaborar un plan de implementación que considere a todos los estamentos que participen en atención directa y que incluya la opinión de los pacientes y familiares con el fin de llegar a un equilibrio entre las necesidades de todos (*Figura 5*).²⁷

La UCI es, combinada, un centro de concentración para las condiciones más letales en el ámbito hospitalario y en ocasiones la muerte es inevitable, pero podemos influir sobre la manera de morir. Los cuidados al final de la vida requieren de sensibilidad y empatía, el reconocer al paciente y su familia como personas con necesidades psicológicas, sociales y espirituales; la oportunidad de acompañar y ser acompañado en un momento tan crítico es de una importancia indiscutible. Sin duda alguna, éste es uno de los rubros más polémicos, ya que implica la conjunción y ejecución efectiva de todas las demás líneas estratégicas; adicionalmente, representa un choque ante las prioridades de ingreso de una UCI y su rentabilidad.

Los profesionales de la salud deben mantener un diálogo abierto con los pacientes y sus familias, explicando las opciones disponibles y permitiendo que participen en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Esto ayuda a reducir la ansiedad y a proporcionar un sentido de control en un momento tan difícil.^{28,29}

A pesar de la importancia de estos cuidados, existen desafíos significativos en su implementación. Las limitaciones estructurales, la falta de formación específica del personal y la presión del entorno crítico pueden dificultar la atención adecuada al final de la vida. Es crucial que las UCI adopten políticas que promuevan un enfoque más humanizado y que se capacite al personal en la atención paliativa.^{29,30}

El panorama político-social de México dificulta la implementación de estos cuidados, las limitaciones lega-

les imposibilitan la eutanasia en el país y aún en muchos de los estados de la república no se cuenta con voluntad anticipada; por lo que la implementación de este rubro requiere obligatoriamente de un proceso de tropicalización extenso.

CONCLUSIONES

¿Cuáles son los desafíos y retos para la humanización de todas las unidades de cuidados intensivos?

La humanización de los cuidados intensivos presenta una serie de desafíos y un camino que debe recorrerse para lograr un impacto significativo en la atención brindada. Aquí se detallan los desafíos y posibles caminos hacia la humanización en cuidados intensivos que, tras la implementación del Proyecto H-UCI en nuestro Hospital Moscati, detectamos:^{4,5}

DESAFÍOS

1. Cambio cultural: cambiar la cultura organizacional y profesional para priorizar la humanización, la empatía y la comunicación efectiva es un desafío importante que requiere un cambio de mentalidad generalizado.
2. Capacitación del personal: garantizar que el personal esté adecuadamente capacitado para adoptar prácticas humanizadas puede ser un desafío, especialmente en entornos con alta rotación de personal.
3. Gestión del tiempo: el tiempo limitado y las demandas médicas urgentes en cuidados intensivos pueden dificultar la atención centrada en el paciente.
4. Recursos limitados: la implementación de prácticas humanizadas puede verse obstaculizada por limitaciones de recursos, incluyendo personal, tiempo y tecnología adecuada.
5. Énfasis en la estabilización médica: en un entorno de cuidados intensivos, a menudo hay una fuerte presión para priorizar la estabilización médica, lo que puede dificultar la implementación de prácticas más humanizadas.

CAMINO A RECORDAR

1. Liderazgo institucional: es crucial que la alta dirección y el liderazgo institucional respalden y promuevan la humanización como un objetivo central para el centro de cuidados intensivos.
2. Enfoque multidisciplinario: la humanización de las UCI debe abordarse de manera integral, involucrando a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud.
3. Capacitación y educación: se debe proporcionar capacitación continua orientada a una comunicación

compasiva, la gestión del dolor, el apoyo emocional y el cuidado centrado en el paciente.

4. Implementación de protocolos: introducir protocolos específicos para la atención centrada en el paciente, la participación de la familia y el control de síntomas para una práctica más humanizada.
5. Evaluación y retroalimentación: establecer sistemas de evaluación y retroalimentación continua para monitorear la efectividad de las prácticas de humanización e identificar oportunidades de mejora.
6. Participación de pacientes y familiares: involucrar a los pacientes y sus familias en el diseño de programas y políticas centradas en el paciente puede ayudar a garantizar que las necesidades reales de quienes reciben atención se tengan en cuenta.

La experiencia de centros que han adoptado estos protocolos ha demostrado resultados positivos significativos. Por ejemplo, en diversas UCI que han implementado estrategias de humanización, se ha observado una reducción en la ansiedad y el estrés tanto de los pacientes como de sus familiares, así como una mejora en la comunicación entre el personal de salud y los seres queridos.⁵ Además, estos centros han logrado disminuir la duración de la estancia en UCI y han mejorado la satisfacción general con la atención recibida.² Asimismo, la humanización en la atención crítica fomenta un ambiente de trabajo más positivo para el personal médico, quien se siente más capacitado y motivado para brindar una atención compasiva.

La experiencia de centros que han implementado estos protocolos resalta la necesidad de priorizar la atención humanizada, acercándose a una práctica médica que no sólo cura, sino que también consuele y acompañe en el proceso de atención crítica, motivo por el cual ejemplificamos nuestra experiencia en la ejecución y desarrollo de la herramienta, trabajando a priori y realizar trabajos comparativos con otros centros.

AGRADECIMIENTOS

«Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todos los profesionales de la salud que han trabajado incansablemente para brindar atención y cuidado a nuestros pacientes bajo la premisa de humanizar los cuidados críticos. Su dedicación y compromiso son verdaderamente inspiradores y han hecho una diferencia significativa en muchas vidas. Estamos inmensamente agradecidos por su arduo trabajo y sacrificio. ¡Gracias por todo lo que hacen!»

REFERENCIAS

1. Kirkland LL, Murell M. Presencia familiar en la UCI: una revisión de la evidencia sobre la humanización de la atención. *J Intensive Care Med.* 2020;35(11):1046-1053.

2. Pérez MJ, López A. La importancia de la humanización en la UCI: un enfoque integral. *Rev Cuidados Intensivos*. 2022;27(3):145-156.
3. Gálvez HM, Gómez GJM, Martín DMC, Ferrero RM. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Med Segur Traba*. 2017;63(247):103-119.
4. Bergman J, Weiner J. Humanizar la UCI: estrategias para mejorar la experiencia del paciente y la familia. *Crit Care Med*. 2021;49(5):845-851.
5. Rodríguez R, Martínez C. Estrategias de humanización en la atención intensiva: un enfoque centrado en el paciente. *Med Crit*. 2023;47(2):78-85.
6. Smith TJ, Jones AR. Mejorar la comunicación en la UCI: un enfoque humanista. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;201(12):1520-1527.
7. Schwanda M, Gruber R. Una política de visitas prolongada puede reducir el riesgo de delirio en la unidad de cuidados intensivos. *Evid Based Nurs*. 2018;21:80.
8. Korenstein D, Falk R, Howell EA, et al. El uso excesivo de los servicios de atención sanitaria en los Estados Unidos: un problema poco estudiado. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):171-178.
9. Adams S, Herrera A, Miller L. Impacto de las visitas en la unidad de cuidados intensivos en la prevención y el control de infecciones. *Crit Care Nurs Q*. 2011;34(1):3-10.
10. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*. 2016;40(9):527-540.
11. Espinoza-Suárez NR, Zapata CM, Mejía LA. Conspiración del silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr*. 2017;80(2):125-136.
12. Ten Hoorn S, Elbers PW, Girbes AR, Tuinman PR. Comunicación con pacientes graves conscientes y con ventilación mecánica: una revisión sistemática. *Crit Care*. 2016;20:333.
13. Ely EW. El paquete ABCDEF: ciencia y filosofía de cómo la liberación de la UCI beneficia a los pacientes y a las familias. *Crit Care Med*. 2017;45:321-330.
14. Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM. ¿Es necesario "humanizar" las Unidades de Cuidados Intensivos españolas? *Enferm Intensiva (Engl)*. 2017;28(1):1-3.
15. Asociación Estadounidense de Cuidados Intensivos (AACN, por sus siglas en inglés) N. Estándares para establecer y mantener entornos de trabajo saludables: un viaje hacia la excelencia. *Am J Crit Care*. 2005;14(3):187-197.
16. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Mejorar los resultados a largo plazo después del alta de la unidad de cuidados intensivos: informe de una conferencia de partes interesadas. *Crit Care Med*. 2012;40:502-509.
17. Contreras Moreno AM, Palacios-Espinosa X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2014;46(1):47-60.
18. Cameron et al. Investigadores del programa RECOVER (fase 1: hacia RECOVER); Grupo Canadiense de Ensayos de Cuidados Críticos. Resultados a un año en cuidadores de pacientes con enfermedades graves. *N Engl J Med*. 2016;374:1831-1841.
19. Dodd JN, Hall TA, Guillems K, Guerriero RM, Wagner A, Malone S, et al. Optimizing neurocritical care follow-up through the integration of neuropsychology. *Pediatr Neurol*. 2018;89:58-62.
20. Fuke R, Hifumi T, Kondo Y, Hatakeyama J, Takei T, Yamakawa K, et al. Rehabilitación temprana para prevenir el síndrome postcuidados intensivos en pacientes con enfermedades críticas: una revisión sistemática y metaanálisis. *BMJ Open*. 2018.
21. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, et al. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Med Surg*. 2019;6(3):233-246.
22. Lane-Fall MB, Kuza CM, Fakhry S, Kaplan LJ. The Lifetime effects of injury: postintensive care syndrome and posttraumatic stress disorder. *Anesthesiol Clin*. 2019;37(1):135-150.
23. Garrouste-Orgeas M, Coquet I, Périer A, Timsit JF, Pochard F, Lancrin F, Philippart F, Vesin A, Bruel C, Blel Y, Angeli S, Cousin N, Carlet J, Misset B. Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives*. *Crit Care Med*. 2012;40(7):2033-2040.
24. Raurell-Torreda M, Arias-Rivera S, Martí JD, Frade-Mera MJ, Zaragoza-García I, Gallart E, et al. Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enfermera Intensiva*. 2018; 30(2):72-77.
25. Heras G. Mi diapositiva favorita: La UCI y el paquete de cuidados humanos. Catálogo NEJM 2018.
26. Heras de la Calle G. Los miembros del Proyecto HU-CI. Humanizando los cuidados intensivos. Editorial Distribución. 2017.
27. Khaleghparast S, Joolae S, Maleki M, Peyrovi H, Ghanbari B, Bahrani N. New visiting policy: A step toward nursing ethics. *Nurs Ethics*. 2019;26(1):293-306.
28. Rao SR, Salins N, Joshi U, Patel J, Remawi BN, Simha S, Preston N, Walshe C. Palliative and end-of-life care in intensive care units in low- and middle-income countries: a systematically constructed scoping review. *J Crit Care*. 2022;71:154115.
29. Ferrero M, Gómez-Tello V, Escudero D. Arquitectura e infraestructura humanizada. En: Heras G, y Miembros del Proyecto HU-CI. Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas. Bogotá, Colombia: Distribución Editorial; 2017.
30. Velasco JM, Segovia C, Gálvez M, Heras G. Human Tools: formación en habilidades no técnicas para profesionales sanitarios. En: Heras G y Miembros del Proyecto HU-CI. Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas. Bogotá, Colombia: Distribución Editorial; 2017.

Conflicto de intereses: no se cuenta con ningún conflicto de intereses

Financiamiento: no se cuenta con ningún patrocinio.

Correspondencia:

Lizbeth Franco Morales

E-mail: lizxgp@msn.com