

**ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN
HUMANIZADA A PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS POR
COVID-19**

**PEDRO ENRIQUE CASTRO PERDOMO
AURA LUCÍA DURÁN MARÍN
JUAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ GARCÍA**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ
2020-080**

**ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN
HUMANIZADA A PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS POR
COVID-19**

**PEDRO ENRIQUE CASTRO PERDOMO
AURA LUCÍA DURÁN MARÍN
JUAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ GARCÍA**

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud**

Tutor Temático

Dra. Tania Lizveth Orjuela Lara

Director de la Especialización

Dr. Fernando Forero Navarrete

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ
2020-080**

Tabla de contenido

1.	Introducción.....	5
2.	Descripción del problema.....	8
3.	Formulación del problema.....	10
4.	Justificación.....	11
5.	Objetivos.....	14
5.1.	Objetivo general.....	14
5.2.	Objetivos específicos.....	14
6.	Marco de referencia.....	15
6.1.	Breve reseña histórica.....	15
6.2.	Marco normativo.....	16
6.3.	Marco conceptual.....	19
7.	Metodología investigativa.....	30
7.1.	Tipo de investigación.....	30
7.2.	Métodos e instrumentos.....	30
7.3.	Operacionalización de variables.....	31
7.4.	Presupuesto.....	33
7.5.	Dificultades en el desarrollo de la investigación.....	34
8.	Universo y muestra.....	36
9.	Manejo de la información y tratamiento de datos.....	38

10.	Divulgación de la información.....	39
11.	Resultados.....	41
11.1.	Datos demográficos.....	42
11.2.	Satisfacción con el cuidado recibido.....	46
11.3.	Satisfacción de la familia con la información brindada.....	51
11.4.	Sugerencias suministradas por los encuestados.....	54
11.5.	Aspectos positivos resaltados.....	57
12.	Estrategias exitosas en el mundo.....	60
12.1.	Comunicación por videoconferencias.....	60
12.2.	Mensajes de apoyo (tarjetas) personalizados.....	62
12.3.	Mensajes de agradecimiento al equipo asistencial.....	64
12.4.	Identificación del personal sanitario.....	65
12.5.	Estimulación táctil.....	68
12.6.	Estimulación acústica y olfativa.....	69
12.7.	Salidas al aire libre.....	71
12.8.	Acompañamiento espiritual.....	74
12.9.	Uso de animales de asistencia y/o mascotas.....	77
12.10.	Despedidas humanizadas.....	80
12.11.	Intervenciones ambientales en la UCI.....	82
13.	Conclusiones.....	86
14.	Referencias bibliográficas.....	88

1. Introducción

La historia de la medicina se ha encargado de mostrar los avances que han tenido un gran impacto en el crecimiento de la ciencia en favor de los pacientes. Así mismo, grandes acontecimientos que han dado lugar a avances en los procesos de salud y enfermedad como por ejemplo el descubrimiento de la penicilina, el uso de la anestesia, el desarrollo de las vacunas, la importancia de la asepsia y antisepsia, las innovaciones tecnológicas, entre muchas otras, son vicisitudes que enriquecen la tarea de las personas que están prestando servicios de salud.

En ese marco histórico, la enfermedad como parte de la vida humana permite claramente referenciar las grandes afecciones que tienen al orbe de protagonista a través del tiempo ya que generan cambios a todo nivel por el impacto en la sociedad desde aristas culturales, políticas, económicas, entre otras, y que deciden los progresos y novedades en la humanidad de cara a las crisis sanitarias. Son casos como la peste negra, la gripe española, la viruela e incluso más recientemente la infección por el virus H1N1 algunas de esas condiciones que en diferentes momentos de la historia de la humanidad generaron un impacto para concebir cambios en las políticas de salud y en la forma en cómo se debe afrontar la enfermedad.

El momento histórico que originó la pandemia por el nuevo coronavirus no ha sido la excepción y por lo tanto ha dado lugar a muchas situaciones que obligan a tomar las medidas necesarias para el alcance y garantía de todas las condiciones de calidad en la prestación del servicio. El matiz de estar viviendo de primera mano esta actualidad,

estando todos nosotros involucrados como talento humano en salud, como pacientes o desde cualquier escenario nos obliga a tener la responsabilidad en nuestras acciones y las conductas que debemos desarrollar con miras a disminuir las perturbaciones características de una enfermedad que atravesó fronteras y nos colocó en un destino en el cual somos protagonistas.

No podemos ser ajenos a las condiciones y políticas de salud que abrigan a nuestro país y como en el contexto del impacto mundial de la pandemia han dejado ver con más claridad las brechas y grandes diferencias que existen en los diferentes lugares y como con distintas herramientas se afronta una situación de impacto en la salud pública a nivel local y nacional y los grandes vacíos en comparación con las ejecuciones que se realizan en el medio mundial.

Todos estos elementos son los que nos llevaron a nosotros, como actores del 8 dificultades que ha generado la pandemia en los servicios de salud. Como decía el gran político y pensador británico Winston Churchill, “*el precio de la grandeza es la responsabilidad*”, de tal modo que nosotros sentimos la obligación y compromiso de buscar desde nuestro ejercicio académico y profesional las herramientas que permitieran gestionar procesos de salud óptimos en el desarrollo de la atención en todo el escenario de la pandemia. Esas herramientas, indiscutiblemente deben estar compuestas por engranajes de humanización que sensibilicen no solo a los practicantes de las ciencias de la salud,

sino a todos los actores que están involucrados en la atención del paciente críticamente enfermo por COVID-19.

Este deber científico y facultativo que nos dan nuestros roles de médicos y enfermeras son los que de manera idónea nos ponen de cara al paciente, a sus necesidades y a sus expectativas; así como a entender de manera capacitada y objetiva los requerimientos de nuestros colegas y de todos los involucrados en los distintos alcances de la prestación del servicio. Personas de servicios generales, de seguridad, de líneas de frente, recepción, perfiles administrativos, etc., tienen una gran relevancia en el alcance de mejorar todos los procesos de humanización de un servicio de salud en la composición que obligó la pandemia.

Teniendo en cuenta lo anterior, decidimos enfocar nuestros esfuerzos para realizar el presente trabajo y poder con ello acreditar las mejores estrategias de humanización que componen una indiscutible mejoría en la prestación del servicio para pacientes, familiares y trabajadores sanitarios dando las herramientas y habilidades necesarias para tener de manera sólida los elementos para ser día a día mucho más idóneos en nuestros procesos de atención en el contexto actual.

2. Descripción del problema

Dado el contexto actual de la pandemia por el virus SARS-COV-2, muchos elementos asociados con la prestación de los servicios de salud han tenido que replantearse ante las dificultades propias que trajo consigo el cuidado de esta enfermedad. La humanización de los servicios sanitarios, entendida como uno de los ejes transversales de la prestación asistencial, ha sufrido un impacto negativo significativo al momento de brindar cuidados con los estándares óptimos de calidad requeridos, particularmente en las unidades de cuidado intensivo (UCI), convertidos en la punta de lanza de la estrategia para enfrentar los casos más complejos de la enfermedad.

Es así como se han descrito múltiples factores contribuyentes en dicho deterioro de la calidad, tales como la restricción al acceso de responsables y acompañantes para visitar pacientes en servicios destinados a manejo de infectados por SARS-COV-2, la mayor dificultad técnica para una comunicación efectiva entre el equipo asistencial con el paciente y su familia; las limitaciones de espacio físico, la sobrecarga laboral por el aumento desbordado de casos y los ausentismos del personal (incapacidades, aislamientos, etc.), la inflexibilidad de las políticas gubernamentales e institucionales para limitar contagios nosocomiales, entre otros.

En este contexto, atributos de la calidad asistencial tales como la accesibilidad, la integralidad e incluso la continuidad se han visto afectados generando un deterioro en las condiciones propias de la humanización de la prestación de los servicios durante la pandemia, que en los últimos años venía recibiendo un impulso significativo,

particularmente en las UCI. Cada vez es más notoria la sobrecarga asistencial, la poca disponibilidad de tiempo, el exceso de la demanda propia de los picos epidemiológicos que generan situaciones de afectación al personal asistencial.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, se pretende formular una serie de estrategias que estén alineadas con la propuesta de la “Política Nacional de Humanización de la Salud” (Colombia, Ministerio de Salud 2020) que actualmente el Ministerio de Salud desarrolla y busca implementar con el objetivo de optimizar e impactar favorablemente los procesos de humanización en la atención de los pacientes en tratamiento para COVID-19. También se tendrá como referente para el diseño del documento final las recomendaciones incluidas en el Proyecto Internacional de Investigación para la Humanización de los Cuidados Intensivos “Proyecto HU-CI”, un esfuerzo colaborativo establecido desde 2014, que busca cambiar el paradigma actual hacia una modelo de atención centrado en el paciente y su familia (Velasco Bueno & Heras la Calle, 2020).

3. Formulación del problema

¿Cuáles son las causas de la deshumanización de la atención asistencial y las estrategias susceptibles de ser implementadas en pacientes hospitalizados por COVID-19 y su entorno en las UCI para mejorar los estándares de humanización?

4. Justificación

Desde la antigua Grecia, algunos pensadores como Protágoras (siglo V a. C.) y Sócrates (siglo V a. C.) realizan aportes al centralizar su interés en el tema de la naturaleza o condición humana, colocando al hombre y sus valores por encima de todas las demás cosas. Esta corriente fue un componente importante del movimiento renacentista reapareciendo en Italia, siglo XIV, repudiando el orden y la jerarquía cósmica que defendían la Iglesia Católica, el régimen feudal y los gobernantes (Leone, 2018).

Si bien el concepto de humanización de la atención en salud ha evolucionado en las últimas décadas, es preciso resaltar que su desarrollo no ha ido de la mano con el inconmensurable avance que desde el punto de vista clínico y técnico ha crecido con el desarrollo de la especialidad y los avances tecnológicos logrando significativas reducciones en las tasas de mortalidad (Rojas, 2019). Sin embargo, la brecha en el desarrollo de estas habilidades no técnicas enfocadas hacia la humanización que pretenden generar una atención más holística y cercana para el paciente y sus familias es cada vez mayor dado el advenimiento de la avalancha de pacientes con diagnóstico de COVID-19 que se ha evidenciado desde inicios del 2020 y que obligó a las instituciones de salud a actuar incluso de manera improvisada, afectando múltiples estándares de la calidad en salud.

Son muchas las condiciones que con esta nueva realidad se han puesto de manifiesto, llevando a los pacientes a tener que afrontar su enfermedad en condiciones de

soledad, enfrentando una situación inédita en sus vidas en medio del dolor, el miedo y la incertidumbre de su condición (Bambi et al., 2020). En muchas ocasiones la última imagen que guardan los pacientes de sus familiares acontece en sus hogares antes ser trasladados en una ambulancia al servicio de urgencias, las comunicaciones se limitan a una llamada telefónica diaria, y en algunos casos, tienen la oportunidad de un último saludo antes de ser intubados, pasando así los últimos momentos de sus vidas sin la compañía de sus familias, recibiendo una atención despersonalizada por parte del personal de salud, que los atiende bajo capas de material aislante, proporcionando escasamente algún contacto a través de 2 o 3 guantes de protección (Imbriaco & Monesi, 2020).

Pasado un año de enfrentarnos a esta pandemia, se retoma la inquietud acerca de la atención humanizada, enfrentando además la estigmatización que crearon algunos individuos y grupos sociales frente al personal de la salud; esto genera la necesidad de crear mecanismos para impactar multidimensionalmente la atención a los pacientes. No es de olvidar la similitud existente entre las respuestas de los sistemas inmunológicos y emocionales, las cuales pueden determinar parte de la capacidad del individuo para afrontar situaciones, incluyendo traumas emocionales y/o infecciones (D'Acquisto, 2017).

Del mismo modo, el binomio paciente-familia, que es trascendental en nuestros tiempos en todos los procesos de salud y enfermedad, requiere un replanteamiento dado el contexto propio del aislamiento al cual el coronavirus nos impone en cada momento de nuestras rutinas. Es necesario hallar estrategias que logren romper esa frontera creada y poder seguir evolucionando en una integralidad de la humanización, lo cual será trascendental para las aspiraciones de éxito en todas las organizaciones de salud.

La humanización como estándar fundamental en la prestación del servicio requiere de manera imperativa el desarrollo de herramientas y estrategias que cierren la brecha generada por todas las situaciones previamente descritas y que han dado lugar en estos tiempos de pandemia a dificultades en la comunicación, condición que afecta directamente la relación del grupo asistencial con el paciente y su familia.

Este trabajo de investigación tiene como fin elaborar e implementar estrategias para generar conciencia, transformar los estigmas frente al personal de salud y encontrar la manera de brindar una atención humanizada, pensando en el paciente y su entorno, escuchando y entendiendo sus necesidades, de modo tal que el proceso de atención en salud considere y valore la parte más vulnerable y humana de los pacientes.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Identificar las causas de la deshumanización de la atención en salud y las estrategias susceptibles de ser implementadas en pacientes hospitalizados por COVID-19 y su entorno en las UCI para mejorar los estándares de humanización.

5.2. Objetivos específicos

1. Identificar los componentes que caracterizan una prestación humanizada de servicios de salud con altos estándares de calidad.
2. Diagnosticar a través de un instrumento el impacto de los componentes de la humanización de la atención asistencial dentro de las UCI en el contexto actual generado por la pandemia por COVID-19.
3. Identificar y seleccionar el estado del arte en las prácticas asociadas con la humanización de la atención en salud, generales y específicas de pacientes con aislamiento por COVID-19.
4. Presentar estrategias que puedan ser aplicadas a instituciones prestadores de salud (IPS) en relación con las prácticas seleccionadas para la optimización de la calidad en humanización frente a la atención de los pacientes hospitalizados por COVID-19 en UCI.

6. Marco de referencia

6.1. Breve reseña histórica

Considerar la humanización en la historia de la medicina requiere remontarse a los tiempos de Hipócrates de Cos (460 a.C - 277 a.C), reconocido como el fundador de la medicina tradicional y quien definió un código de ética y deontológico que rige plenamente en la actualidad. Disoció la medicina de la especulación religiosa y las causas de la enfermedad desde el plano sobrenatural, dirigiendo su interés a una apreciación más clínica y racional del paciente (Patiño, 2004). Se consideraban ya aspectos relacionados con la importancia de mantener el concepto de humanidad, representado por principios como el respeto hacia el paciente, la confidencialidad, la accesibilidad y la idoneidad profesional (Santacruz-Bravo, 2016)

A finales del siglo XVII, con la aparición del Código de Hammurabi (1863), se establecía el primer sistema sancionatorio a los galenos cuyas prácticas causaran lesión, amputaciones e incluso la muerte, lo cual a su vez llegó con una mayor concientización de la responsabilidad profesional y ética que requerían los practicantes de la medicina en aquellas épocas.

El establecimiento de la ciencia clínica a inicios del siglo XVIII se transformaría en un referente fundamental para el ejercicio de la práctica médica, entendiendo que la relación entre el sufrimiento y la cura ha existido desde el nacimiento de la humanidad. En aquellas épocas, los jóvenes galenos aprendían la ciencia médica al lado mismo del enfermo, lo cual les permitía conectar de una manera más cercana con sus pacientes,

entendiendo sus dolores y miedos, logrando una perspectiva más holística desde el punto de vista terapéutico.

Ya en los últimos años del siglo XVIII, aparece la figura del médico francés Philippe Pinel (1745-1826), reconocido por su activismo hacia el trato humanitario a los pacientes, particularmente con patologías mentales, desarrollando así el denominado “*tratado moral*”, que consistía en una serie de medidas que buscaban mantener y animar la moral del enfermo, especialmente aquel hospitalizado, con medidas “no físicas” (Santacruz-Bravo, 2016)

Desde inicios de los años noventa, con la proclamación de la Constitución Política de 1991 y la promulgación de la Ley 100 de 1993, el país ha marcado un camino hacia una política de consolidación de respeto por los derechos humanos, que desde la perspectiva del sector salud se centró en el afianzamiento de la eficacia y la calidad en los servicios, corrigiendo brechas significativas de cobertura mejorando consecuentemente la equidad y optimizando los procesos de control de calidad, que lleva implícito la humanización de los servicios de salud. (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

6.2. Marco normativo

En Colombia, la humanización de los servicios de salud está regida desde el contexto legal descrito a continuación:

Constitución Política de Colombia

En su capítulo sobre los derechos sociales, económicos y culturales, el artículo 49 hace referencia a la atención de la salud y saneamiento ambiental conforme a los

principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Asimismo, señala que *“toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad”*

Ley 23 de 1981 - Código de Ética Médica

Establece normas con alcance a todos los profesionales de la salud que ejercen sus labores en el territorio nacional. En su artículo 1 dicta *“La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida d la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico, -social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”*.

Ley 100 de 1993

Por el cual se reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En su artículo 1 señala que *“el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”*.

Ley 1122 de 2007

Por el cual se hacen unas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Define que *“tiene como objetivo realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios”*.

Ley 1438 de 2011

Se introduce el concepto de humanización en la legislación en salud. En su artículo 3, que hace referencia a los principios que rigen el Sistema de Seguridad Social en Salud, al hacer referencia a la calidad, señala que *“los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”*.

Resolución 13437 de 1991

Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. En esta resolución se adoptan los postulados básicos que buscan *“propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas”*, implementando así el decálogo de Derechos de los pacientes.

Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, compilado actualmente por el Decreto reglamentario 780 de 2016.

Decreto 903 de 2014

Su finalidad es *“dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud”*. La acreditación en salud se contextualiza dentro del eje transversal de la existencia de políticas dirigidas a la humanización de la atención teniendo en cuenta la dignidad del ser.

Resolución 229 de 2020

Hace referencia a la declaración de derechos y deberes del afiliado y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. También incluye un capítulo concerniente al derecho fundamental a morir dignamente, según lo dictado por la sentencia T-423 de 2017.

6.3. Marco conceptual

Las unidades de cuidados intensivos

Una unidad de cuidado intensivo (UCI) es un pabellón diseñado para proporcionar cuidados de alta complejidad a pacientes críticamente enfermos, con capacidades optimizadas para el monitoreo permanente de diversas variables fisiológicas y con múltiples modalidades terapéuticas para el soporte vital.



Imagen 1. Cama hospitalaria en una unidad de cuidado intensivo

Si bien en los centros hospitalarios las UCI se circunscriben a un área física definida, sus actividades frecuentemente se extienden más allá de sus paredes abarcando áreas de urgencias, pabellones de hospitalización e incluso áreas de consulta externa (Marshall et al., 2017). Asimismo, son instalaciones con disponibilidad continua de personal multidisciplinario con capacitación especializada, incluyendo profesionales en medicina, enfermería, terapias de rehabilitación, soporte nutricional, entre otros.

Cuando un paciente ingresa a la unidad de cuidado intensivo se enfrenta a una situación inesperada, experimenta un cambio brusco y radical del nivel de independencia que genera una pérdida de autonomía casi absoluta; una vez el paciente ingresa a la UCI va a depender del equipo de salud para cubrir la mayoría de sus necesidades fisiológicas. En la investigación desarrollada por Ballesteros (2014) afirma que este sufrimiento afecta también a la familia del paciente crítico, experimentando de un modo u otro miedo y preocupación ante la enfermedad y hospitalización de su ser querido; Escudero et.al (2014) resaltan la importancia de tener en cuenta que en la UCI estas emociones aumentan por el contexto del riesgo de la vida, así como la incertidumbre y sobrecarga de emociones, que lleva a percepciones e ideas de angustia y a una reducción de sus mecanismos de defensa para enfrentar la realidad.

Cuando un miembro de la familia enferma, el núcleo familiar puede enfrentarse a una disrupción tanto en su dinámica como en su composición, dado el desprendimiento físico y emocional que impacta al paciente al ingresar a un centro hospitalario. Consecuentemente sus familiares suelen prepararse para aceptar la situación y empiezan a diseñar estrategias para que la situación familiar pueda adaptarse y aun así, es virtualmente

inevitable que se produzcan circunstancias que modifiquen la armonía familiar, generando dificultades que entorpecerán esta interacción. Cuando los pacientes se enfrentan a patologías agudas y de alto riesgo, como lo observado en la rutina de las UCI, el desbalance es aún más prominente dado el significativo riesgo de muerte en la mayoría de los casos. De allí la importancia para el equipo asistencial de estar atento a estas dificultades para apoyar el entorno familiar logrando llevar a ésta a una adaptación más funcional y con mayor soporte para el paciente. (Fernández, 2004)

Infección por SARS-Cov-2 (COVID-19)

El 31 de diciembre de 2019, oficiales sanitarios chinos reportaron a la Organización Mundial de la Salud la ocurrencia de un grupo de casos desde inicios de diciembre de una enfermedad respiratoria aguda asociado a un mercado de animales y comida de mar en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, China. El 7 de enero del 2020, las autoridades de salud chinas confirmaron que estos casos estaban asociados a una nueva cepa de coronavirus (originalmente llamado por la OMS como 2019-nCoV) y posteriormente rebautizado SARS-CoV-2. Ya para el 4 de febrero de 2020, se habían confirmado 20.471 casos, 2.788 de ellos (13.6%) con una presentación severa de la enfermedad y 425 muertes (2.1%) registradas por la *Comisión Nacional de Salud de China*. Asimismo, se habían confirmado también casos en 26 poblaciones por fuera de la China continental y se había demostrado la transmisión persona a persona. (Patel, 2020).

El virus SARS-CoV-2 se propaga primariamente a través de partículas respiratorias durante el contacto cercano y puede ser transmitida por portadores

asintomáticos, presintomáticos y sintomáticos; en menor medida puede transmitirse a través de superficies contaminadas. El tiempo promedio desde la exposición hasta la aparición de los síntomas (*periodo de incubación*) es de 5 días y aproximadamente el 97.5% de los pacientes que desarrollan síntomas lo hacen entre los primeros 11 días. Los síntomas más comunes incluyen picos de fiebre, tos seca y disnea. Se ha descrito un gran espectro de presentaciones clínicas, desde portadores asintomáticos a cuadros fulminantes caracterizados por sepsis y falla respiratoria aguda. Cerca del 5% de los pacientes diagnosticados con la enfermedad y el 20% de aquellos hospitalizados experimentan cuadros severos que llevan al requerimiento de cuidados intensivos (Wiersinga et al., 2020).

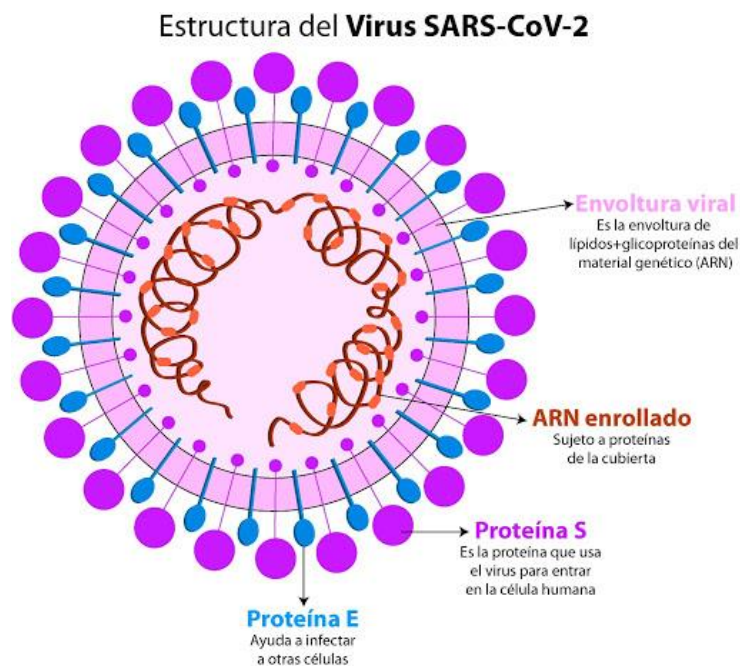


Figura 1. Representación esquemática de la estructura viral del SARS-Cov-2, agente causal del COVID-19.

Tomado de la página del Instituto Pasteur de Montevideo, www.pasteur.uy

El 30 de enero de 2021 la Organización Mundial para la Salud declaró la enfermedad por este nuevo coronavirus como una patología de impacto mundial, con un riesgo en la salud pública internacional, y dada la rápida expansión y gran cantidad de contagios en todo el orbe, hacia el 11 de marzo de esta vigencia se consideró que esta enfermedad era ya posible denominarla una pandemia.

Según datos del Ministerio de Salud (2021) de nuestro país, en Colombia el primer caso se registró el 6 de marzo de 2021. Del mismo modo, el primer fallecimiento asociado con estas condiciones de la COVID-19 en territorio nacional se notificó el 23 de marzo, tan solo 17 días después del caso inicial. A partir de ese momento se ha presentado un crecimiento exponencial en la cantidad de casos notificados como positivos en nuestro país, teniendo para finales del mes de junio de 2021 tres grandes picos de contagio y ya más de 4 millones de pacientes contagiados y más de 100 mil muertes asociadas. Esos datos epidemiológicos colocan a Colombia en una no muy alentadora condición a nivel mundial, pues ha permanecido entre los 10 países con más casos positivos y de fallecimientos en todo el mundo por este virus.

Definiendo la Humanización

La humanización de los servicios de salud es un elemento transversal en la atención asistencial, realizando las bases humanistas que caracterizan las diversas profesiones en el área de la salud. Como tal, debe entenderse este concepto desde una perspectiva de interacción humana o “*relacional*”, que se fundamenta en el contexto de las relaciones interpersonales entre los pacientes, con unas necesidades y expectativas

particulares, y los trabajadores del área de la salud, que en su mayoría propenden por su compromiso con la atención de dichas expectativas (Díaz-Amado, 2017)

Son múltiples las expresiones que demuestran el deterioro de esta relación interpersonal acontecida en el ámbito hospitalario, más aún en el contexto actual de la pandemia por el virus SARS-Cov-2. Entre ellas encontramos la “*cosificación*”, en donde la individualidad de los pacientes se ve sustituida por un número (por ejemplo, su número de cama, su número de historia clínica, número de identificación), algún rasgo característico (cicatriz, tatuaje, deformidad) o incluso su diagnóstico. Otro hecho que demuestra la deshumanización es la falta de calor humano en el trato, manifestada con una comunicación poco empática, con un distanciamiento afectivo que endurece el ambiente para el paciente críticamente enfermo, incluso llegando a algún grado de indolencia. Asimismo, la restricción de los derechos del paciente (creencias, privacidad, confidencialidad, autonomía) que incluso le crea un conflicto personal adicional con sus valores y principios (Gutiérrez, 2017).

Para Andino (2017), “hablar de humanización en el servicio de la salud es promover cambios en el modo como se asiste a las personas enfermas y, en consecuencia, ello requiere de un sentido más humano en su acogida. La humanización, entendiéndose como ayuda, auxilio, socorro y colaboración, no solo corresponde al campo médico y sanitario, sino a todo el personal que directa o indirectamente colabora con el servicio de la salud”.

En el diccionario de María Moliner, el término *humanizar* es una evolución de la palabra *humanar*, cuyo significado es hacer una cosa más humana, menos cruel, menos

dura para los hombres. Sin profundizar en su origen semántico, la humanización implica la individualidad de cada uno de los seres humanos, sus derechos y la coherencia con sus ideales y valores inalienables (March, 2017).

Para Bermejo (2014), autor referente en temas de humanización de origen español, *humanizar es “hacer referencia al hombre en todo para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.*

Para el Director Nacional de Acreditación en Salud del ICONTEC, el doctor Carlos Edgar Rodríguez, en entrevista publicada en febrero de 2020, afirma que “al hablar de humanización se hace referencia al paciente y su familia, pero también a quienes hacen parte de la vida de un hospital o un centro de salud. El entorno debe acogerlos a todos y proveerles las herramientas necesarias, en un ambiente de respeto, tolerancia y amabilidad para ambas partes”. (GestarSalud, 2020)

Extractando apartes de las definiciones consideradas en este marco teórico, proponemos considerar la humanización de la salud como la realización consciente de conductas propias del ser humano orientadas a aliviar, reducir o eliminar el dolor físico o emocional en el paciente, su familia y el equipo de salud, fundamentados desde la compasión; que es un sentimiento donde se puede expresar la comprensión por el sufrimiento del otro (Castro, Durán, Hernández, 2021).

Humanización en la Unidad de Cuidado Intensivo

Los avances científicos y tecnológicos han contribuido a mejorar las prácticas

médicas, sin embargo, aunque se ha avanzado en estos aspectos y los resultados son positivos para los usuarios, en los últimos años se ha venido estudiando como estos avances contribuyen a dejar de lado los aspectos humanos; los usuarios de las UCI son atendidos con respecto a sus necesidades médicas y fisiológicas, pero se ha desdibujado su identidad como ser humano, dejando de lado sus necesidades emocionales y espirituales, sin tener en cuenta que en la UCI, estas emociones se incrementan por situaciones extremas en el límite vida-muerte, además con frecuencia sufren incomodidades derivadas de las características propia de la unidad como son el ruido, la luz, la infraestructura, el monitoreo constante y la separación física y emocional de su familia. Esta situación por la que atraviesa el paciente requiere que la atención recibida sea de mayor cuidado que en otros espacios, por tanto, surge la necesidad de brindar unos cuidados especialmente cálidos y confortables. (Escudero et al., 2014).

Es así como las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) deben desarrollar una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente, su familia y el personal de salud. En cuanto a los aspectos que deben considerarse para el paciente y la familia, se deben tener presentes: las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención, el manejo de la información entregada, la flexibilización de horarios de visita, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas. En cuanto al personal de salud se deben fortalecer: la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, estrategias de cuidado con orientación lúdica (técnicas integrativas), el

respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares, así como el entrenamiento de habilidades en comunicación (ICONTEC, s.f.).

Bermejo (citado por Oliva, 2017) hace referencia a los valores que el personal de salud debe tener con el fin de realizar una buena atención en contexto hospitalario y crear una relación de ayuda profesional-paciente, a continuación, se describen:

- *Empatía*: hace referencia a la capacidad de adoptar el punto de vista del paciente para entender cómo se siente con su enfermedad.
- *Autenticidad y congruencia*: señala la relación de la escala individual de valores y su coherencia con la práctica profesional
- *Respeto*: indica la consideración por la dignidad del paciente y el manejo para no afectarla.
- *Comprensión*: se refiere a la percepción del contexto del paciente y otorgar valor a su perspectiva.
- *Solidaridad*: es el apoyo que se brinda al paciente.
- *Tolerancia*: es brindar la atención al paciente sin criterios selectivos ni de marginación ante cualquier aspecto de los pacientes.
- *Altruismo*: actuar en beneficio del paciente de forma desinteresada.
- *Moderación*: es la capacidad de medir el grado de intensidad de las intervenciones aplicadas y cuando posponerlas.
- *Equidad*: no tener preferencias al brindar la atención a los pacientes aceptando la importancia de todos por igual.

- *No violencia*: no ejercer conductas de maltrato o agresión ante ninguna circunstancia.

Es importante para los profesionales de la salud identificar, comprender y aplicar en su vida profesional que los pacientes y sus familias son seres integrales, que deben valorarse de manera multidimensional (características biológicas, sociales, psicológicas y espirituales), donde los valores individuales del personal asistencial se reflejan al desempeñar su vocación por cuidar, para esto es preciso reflexionar sobre la dignidad humana y el trabajo interdisciplinario.

Bases filosóficas para el desarrollo de la atención humanizada en UCI

De acuerdo con Alligood y Tomey (2018), se describen dos conceptos que sirven como soporte filosófico para orientar la atención humanizada en UCI:

- *Teoría de la subjetividad*: Resalta el valor de la persona por las cosas que no son visibles, sus características internas, lo subjetivo. La justificación para preferir esta línea de pensamiento se basa en la pérdida de la caracterización de la persona en la mayoría de los pacientes durante el cuidado intensivo, cuando se analizan los eventos desde las definiciones anteriores. Adicionalmente, resalta la intersubjetividad del paciente con su familia y el equipo de salud, facilitando la planeación de acciones conjuntas, logrando una mayor participación más horizontal.

- ***Teoría del cuidado caritativo:*** Descrita por Kattie Eriksson en la segunda mitad del siglo XX, resalta la importancia de la compasión ante el dolor y la desgracia, convirtiéndose en un elemento fundamental en la planeación asistencial. Las características del cuidado caritativo son el motivo de la caridad, el ethos del amor y la caridad, y el respeto para la dignidad humana, las cuales determinan la naturaleza del cuidado.

Áreas de abordaje humanizado en la Unidad de Cuidado Intensivo

Las problemáticas más frecuentes que manifiestan los pacientes y sus familias, como son el sufrimiento, incertidumbre, falta de proximidad, inadecuada comunicación y muerte pueden ser abordadas a través de las siguientes líneas estratégicas de trabajo que propone Heras de la Calle et.al. (2017) y que se diagraman en la Figura 2.

Pilares del cuidado humanizado en la UCI



Figura 2. Áreas de interés en el cuidado humanizado en el contexto de la unidad de cuidado intensivo.

Elaboración propia.

7. Metodología investigativa

7.1. Tipo de investigación

El presente trabajo se planteó como un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

7.2. Métodos e instrumentos

A través de la búsqueda en material bibliográfico de referencia (textos, artículos científicos en revistas indexadas) se identificaron los conceptos teóricos que sustentan las prácticas y estándares de alta calidad en humanización de la atención en salud; haciendo un abordaje integral que incluya al paciente, su entorno y el talento humano en salud.

Posteriormente, se desarrolló una estrategia de medición de la percepción de los componentes identificados en la literatura, a través de encuestas a través de la plataforma de Formularios de Google aplicadas a pacientes en fases de post-hospitalización y su entorno, que buscaban evaluar el estado actual de las condiciones que afectan el proceso de humanización del servicio en UCI de nuestro medio, previa realización de una prueba piloto para verificar la idoneidad de las preguntas formuladas. Se realizó posteriormente una tabulación de los resultados obtenidos por el instrumento aplicado, generando así una matriz con los puntos susceptibles de mejoramiento. De manera siguiente, se indagó acerca de las prácticas y metodologías más actualizadas descritas en la literatura consultada y que pudiesen ser adaptadas a nuestra realidad local.

Finalmente, se consideraron diversas estrategias que sean aplicables en nuestro contexto local, presentadas de acuerdo con las características que definen un proceso de humanización con altos niveles de calidad definidas previamente en nuestro trabajo de investigación.

7.3. Operacionalización de variables

ASPECTO HUMANIZACIÓN	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPCIONES
Identificación	Sexo	Variable discreta	Femenino
			Masculino
	Edad	Variable continua	0-99 años
Información y comunicación	Frecuencia de la información	Escala nominal policotómica	Excelente
			Muy buena
			Buena
			Suficiente
			Mala
	Comprensión de la información	Escala nominal policotómica	Excelente
			Muy buena
			Buena
			Suficiente
			Mala
	Consistencia de la información	Escala nominal policotómica	Excelente
			Muy buena
Buena			
Suficiente			
Mala			
Casi siempre			
Algunas veces			
Nunca			
Satisfacción con el cuidado	Preocupación y cuidado del personal de UCI	Escala nominal policotómica	Excelente
			Muy buena
			Buena
			Suficiente

			Mala
	Apoyo emocional	Escala nominal policotómica	Excelente
			Muy buena
			Buena
			Suficiente
			Mala
	Coordinación del cuidado	Escala nominal policotómica	Excelente
			Muy buena
			Buena
			Suficiente
			Mala
Personal UCI	Presentación	Escala nominal policotómica	Excelente
			Muy buena
			Buena
			Suficiente
			Mala
	Amabilidad	Escala nominal policotómica	Excelente
			Muy buena
			Buena
			Suficiente
			Mala
Experiencia UCI	Estancia en la UCI	Escala nominal policotómica	Excelente
			Muy buena
			Buena
			Suficiente
			Mala

Tabla 1. Operacionalización de variables

El instrumento definido para realizar la evaluación de las variables de humanización y que nos dio los elementos de comprensión para implementar estrategias que impacten favorablemente la prestación del servicio en los servicios de alta complejidad se encuentra en el siguiente enlace:

<https://docs.google.com/forms/d/186VnyAIFG0rPk3ZmuzBUNx0SDu04U9GG3-1l6UhnX7A/edit>

Acá se incluyeron todas las variables previamente descritas y que con una escala nominal nos permitió vislumbrar las condiciones idóneas que se requieren para la atención humanizada en el contexto de la pandemia y de ese modo las acciones para implementar en una prestación del servicio de calidad en los pacientes hospitalizados en una UCI.

7.4. Presupuesto

La siguiente es la proyección presupuestaria establecida para el desarrollo de este estudio:

Categoría	Descripción	Valor
Adquisición material de consulta	Textos de referencia, artículos en revistas indexadas.	\$2.000.000.00
Gastos de personal	Recolección y digitación de información, tabulación de resultados, preparación de material.	\$1.200.000.00
Gastos de funcionamiento	Papelería, software para manejo de datos.	\$400.000.00
Gastos administrativos	Gastos de representación	\$700.000.00
Total		\$4.300.000.00

Tabla 2. Proyección presupuestaria. Elaboración propia

7.5. Dificultades en el desarrollo de la investigación

Dentro del desarrollo de lo proyectado en nuestro trabajo, encontramos una gran barrera al momento de acceder a la información que requeríamos para verificar las brechas generadas en los procesos de humanización en las unidades de cuidado intensivo que manejan pacientes con coronavirus. La reserva de las diferentes instituciones frente a la investigación y la búsqueda de datos generó una dificultad que en el contexto del trabajo nos obligó a replantear la manera en que se aplicaría la encuesta propuesta.

Bajo esa condición, ampliamos el radio de búsqueda en el entendido de la gran cantidad de personas afectadas por la pandemia y que cada vez se acercaba más a los círculos cercanos de las diferentes personas. Es así como decidimos implementar la encuesta a distintos individuos que de una u otra forma habían tenido contacto con alguna condición que los vincula con la atención de los pacientes críticamente enfermos por COVID-19.

De esta forma, se le realizó la encuesta a personas que estuvieron como pacientes con infección por coronavirus en una UCI y que luego de recibir tratamiento, evolucionaron favorablemente y pudieron tener egreso luego de la condición crítica en la cual estuvieron. Igualmente, aquellos sujetos que tuvieron familiares que en algún momento estuvieron hospitalizados en estas condiciones fueron incluidos dentro de los encuestados. Esto nos permitió tener un número de encuestas que dieron lugar a los resultados que se expondrán más adelante y que nos llevan a las conclusiones que

determinan las mejores estrategias para sugerir en los procesos de humanización en las diferentes unidades de cuidado crítico.

De igual manera, consideramos que el nuevo enfoque que tiene la implementación de encuestas en este perfil de usuarios tiene toda la validez dado el alcance que tuvieron los encuestados (como se mencionó fueron pacientes o acudientes) y nos dan una visión integral y holística de las diferentes organizaciones en salud que atienden pacientes de alta complejidad. Vale mencionar que incluso hay algunos encuestados que están fuera de Bogotá pero que tuvieron atención en UCI en servicios de alta complejidad de ciudades como Bucaramanga y Medellín.

8. Universo y muestra

Como ya se ha descrito, el principal enfoque de este trabajo es identificar las condiciones que se han visto afectadas en la atención humanizada de los pacientes COVID-19 positivos que se encuentran hospitalizados en los servicios de alta complejidad como las UCI. Por lo tanto, la población que fue tomada en cuenta para este ejercicio corresponde a los pacientes que cumplen dichas condiciones.

De esa manera, con el ánimo de categorizar a nuestro universo de la mejor manera, se deben tener como criterios de inclusión a todos los pacientes diagnosticados con coronavirus, que hayan tenido una estancia en UCI de por lo menos 3 días y que sean mayores de edad. Se excluye del estudio a los pacientes que hayan tenido una estancia prolongada en UCI (definida como más de 7 días de estancia en el servicio), los menores de 18 años y a aquellos pacientes que no tienen acudientes o respondientes dentro de la atención prestada.

De otra parte, partiendo de la cantidad de egresos promedio obtenidos en diferentes unidades de cuidado intensivo, para mantener un intervalo de confianza de 95% y un margen de error no mayor al 5% se consideró realizar 115 encuestas como muestra representativa para la recolección de datos e información.

Sin embargo, como se expresó anteriormente la dificultad y recelo para acceder a la información por parte de las instituciones obligó a replantear el ejercicio para realizar las encuestas, por lo cual se enfocó el proceso de las encuestas a personas de diferentes

niveles culturales, de varias ciudades, en calidad de pacientes o acudientes y que voluntariamente decidieron participar en nuestro trabajo.

De esa manera se lograron aplicar un total de 47 encuestas que nos dieron los elementos para desarrollar la recolección de información y posteriormente identificar inicialmente cuáles eran las condiciones más afectadas en los procesos de humanización desde diferentes ópticas y con eso verificar las estrategias que sugerimos posteriormente para ser implementadas en los servicios de alta complejidad que atienden pacientes con afección asociada al coronavirus.

El universo final que se analizó tiene una gran variabilidad, circunstancia que permite generar validez dentro del análisis de resultados como más adelante se expondrá.

9. Manejo de la información y tratamiento de datos

La procedencia de los datos obtenidos de los pacientes será utilizada únicamente con fines académicos y en ninguna circunstancia se revelará la identificación de las personas involucradas. Toda la información recopilada dará lugar al desarrollo de las actividades propias del trabajo, tabulación estadística y elementos que permitan obtener las conclusiones pertinentes para mejorar todos los procesos de humanización en el contexto actual de las UCI que atienden pacientes con COVID-19.

El objeto del manejo y disposición de los datos que se recolectaron no tienen un fin diferente al de estructurar una información que en el marco académico permita tener un soporte que dé lugar al establecimiento de directrices y toma de decisiones que puedan beneficiar a las clínicas y hospitales que atienden pacientes críticamente enfermos por COVID-19 en las condiciones de humanización necesarias para garantizar una atención con altos estándares de calidad, conforme a lo que los pacientes requieren y merecen.

Bajo este precepto, la gestión organizada de todo el transcurso del estudio dará el peso necesario al documento, mediante una conservación de los datos obtenidos y solo se hará referencia de manera global a situaciones puntuales que puedan tener relevancia para el objetivo del trabajo sin que esto llegue a generar una vulneración a los derechos y privacidad de los pacientes y sus familias.

10. Divulgación de información

El ejercicio de transmitir la información obtenida y que permitió desarrollar estrategias de divulgación en las entidades que pretenden minimizar las brechas generadas en el contexto de COVID para los pacientes que están en una UCI deben partir desde la estandarización de ciertos elementos como son las guías, los procedimientos, los manuales, los guiones, entre otros, que deben ser claramente establecidos para poder dar el alcance a la pretensión del trabajo.

Las exigencias de parte del grupo asistencial hacia los procesos requeridos van a permitir contrarrestar en gran medida las dificultades que se generaron en ámbitos de la humanización durante toda la pandemia y de esa manera impactar favorablemente en todas las atmósferas de dificultad que tienen que ver con la estancia de pacientes en una UCI por cuenta de la pandemia.

El método que permita permear a los diferentes actores debe desarrollarse desde espacios de relevancia directiva y normativa como son los comités. Aquí se deben impartir las directrices para que los líderes involucrados puedan realizar las capacitaciones y socializaciones necesarias para poder generar la articulación de los momentos de verdad que den lugar a espacios de mayor humanización en la prestación de servicios.

Es de esta manera que se debe evitar al máximo la informalidad y se debe robustecer la gestión documental encaminada a la humanización, puntualmente en el escenario que tiene relación con el coronavirus. Lineamientos muy bien fundamentados, procedimientos con el esclarecimiento de un paso a paso ejecutable y sostenible en el tiempo, guías con las aclaraciones suficientes que permitan el incremento de la

sensibilidad del personal sanitario, protocolos estrictos que disminuyan la falta de adherencia al trato humanizado; todo ello con miras a optimizar la atención de calidad en los pacientes críticamente enfermos por SARS-Cov2.

Así mismo, la propuesta es generar idealmente como documento estructurado un proceso de humanización que incluya una guía o procedimiento para la aplicación de los pacientes que están en condición crítica en una UCI. Aquí se deben definir cuáles son las estrategias de buenas prácticas susceptibles de ser implementadas en los servicios de alta complejidad.

11. Resultados

Como se expuso anteriormente, durante el ejercicio planteado para la ejecución del presente trabajo, las situaciones puntuales relacionadas con la susceptibilidad generada por la pandemia han dado lugar a encontrar dificultades para el acceso de la información. Evidentemente hay aún un gran escenario con poca flexibilidad ya que las instituciones ante esta condición de salud pública y en el contexto de la pandemia prefieren tomar medidas que no expongan a las organizaciones ni a los pacientes y acudientes.

La imposibilidad de conseguir conforme a lo determinado, un acceso a fuentes de información en diferentes instituciones de salud para realizar la implementación del instrumento sugerido y con ello considerar los elementos involucrados en la afectación de los criterios de humanización en la prestación del servicio, se consideró replantear la manera de consolidar datos para los fines pertinentes.

Es de esa forma que se consideró implementar la encuesta a las personas que han tenido en alguna medida una relación con pacientes o que lo han sido dentro del círculo cercano con el objetivo de tener unos resultados preliminares que son los que se expondrán más adelante. Esta determinación nos permite ampliar el radio de intervención y poder plantear las estrategias que lleguen a generar un impacto desde diferentes niveles, pues más allá de los pacientes y acudientes, hay muchas más personas relacionadas con la atención de la UCI.

De igual manera, el relacionamiento con todos los actores involucrados en el desarrollo del día a día del coronavirus ha permitido entender el asunto de la

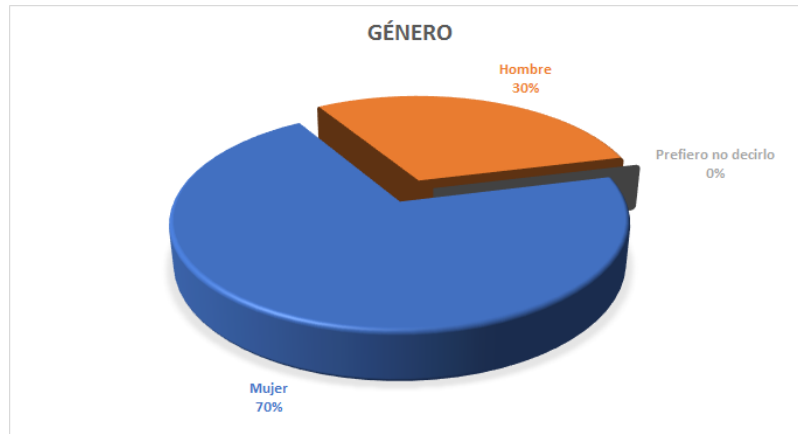
humanización de una forma mucho más global e integral, con varias aristas en las cuales todos tenemos un rol y estamos directa o indirectamente involucrados. Desde los individuos relacionados con la seguridad, las personas de servicios generales, los distintos profesionales de la salud, las áreas administrativas, etc; tendrán una opinión relevante al momento de sugerir estrategias que generen un impacto en la consolidación de la humanización en el contexto de las UCI que atienden pacientes por COVID-19.

11.1. Datos demográficos



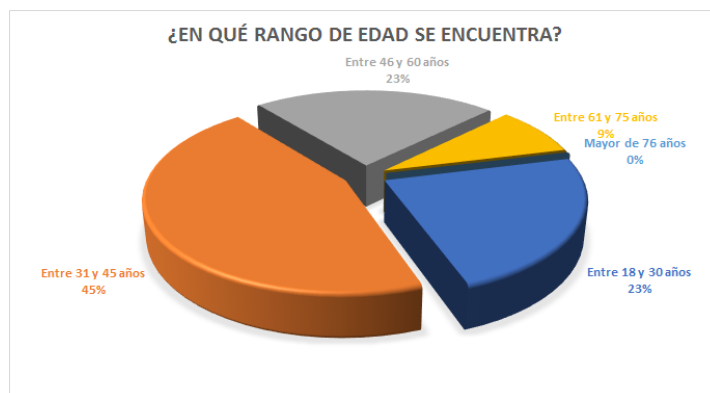
Gráfica 1. Tipo de persona encuestada

En la gráfica 1 observamos que en un 81,4% las respuestas fueron dadas por los familiares de los pacientes en sus diversos papeles, y solo un 18,6% de las respuestas fueron dadas por los pacientes. Esto nos enfoca a implementar estrategias encaminadas con la conexión y el contacto con las familias.



Gráfica 2. Distribución por género

Para los resultados de las encuestas, el 69,8% de las respuestas fueron dadas por mujeres y el 30,2% por hombres, esto nos orienta a una población demográfica femenina en su mayoría.



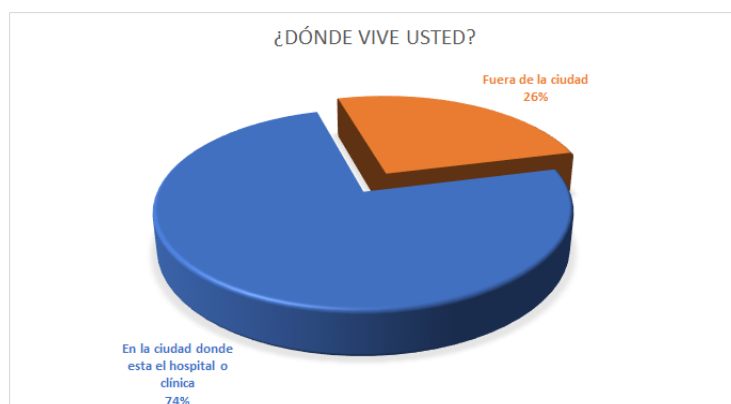
Gráfica 3. Distribución por rangos de edad

Se evidencia una mayoría de respuestas dadas por la población en un rango de edad entre 31 y 45 años con un 48.8% de participación, la menos población abarcada esta entre los 61 y 75 años con una participación del 9,3%, con estos resultados podríamos interpretar que familiares como hijos, sobrinos, hermanos se pueden sentir más abiertos a dar respuestas acerca de esta experiencia trascendental para la familia.



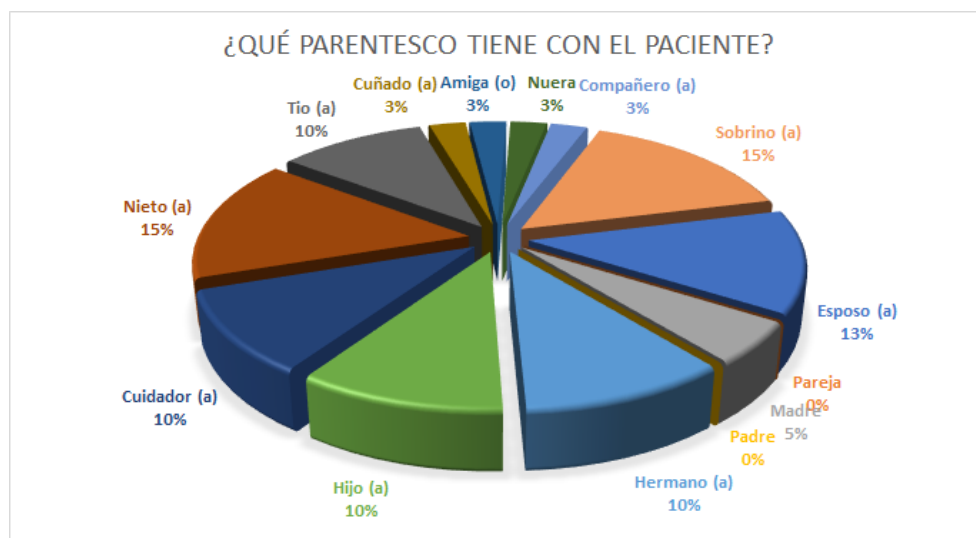
Gráfica 4. Experiencia previa en UCI

Con estos resultados del 65,1%, podemos ver que la mayoría de nuestra población encuestada no se había enfrentado antes a este tipo de experiencias con sus familia ni propias, lo que sus opiniones son dadas sin un punto de partida previa y con respuestas hacia una experiencia única sin punto de comparación con el nivel de humanización que pudiera recibir con atenciones anteriores. En un 34,9% de nuestros encuestados si pueden tener un punto de comparación referente a la atención humanizada recibida en momentos previos a la pandemia.



Gráfica 5. Distribución por cercanía a ubicación de la UCI

Con la recopilación de estos datos podemos identificar que el 76,7% de los familiares de pacientes atendidos en UCI por COVID-19, están en la ciudad donde fueron atendidos sus familiares, lo que nos lleva a interpretar que el cuidado y traslado puede facilitarse en momento dado que alguna de las estrategias surjan ideas de acercamiento y visitas presenciales a los pacientes, y solo 23,3% de los familiares que respondieron esta encuesta residen fuera de la ciudad.

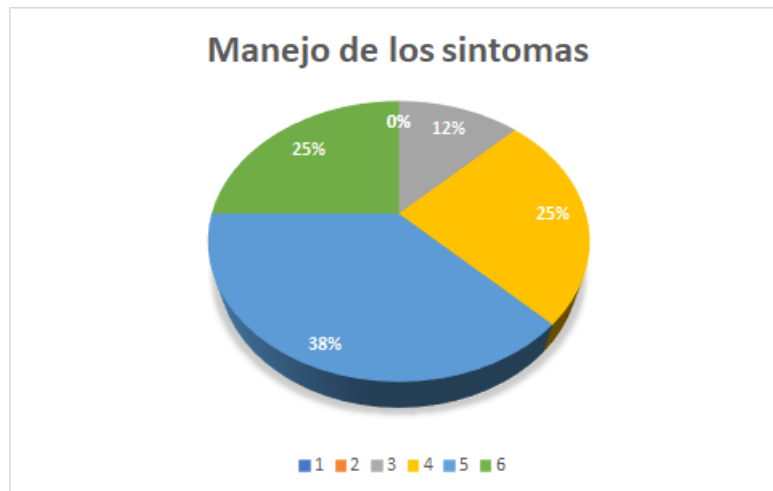


Gráfica 6. Distribución por parentesco con el paciente

Se puede evidenciar que la mayoría de respuestas acerca de su experiencia como familiar, se trata de la persona más cercana al paciente como lo es su esposo(a) con un 14,3% en segundo lugar, la persona que se dedica al cuidado del paciente en un 11,4% , lo que nos puede acercar, a qué las respuestas dadas son encaminadas con un conocimiento cercano y pleno de lo que la persona en su papel como paciente desearía u y podría ser de gran aporte para su recuperación.

11.2. Satisfacción con el cuidado recibido

Manejo de los síntomas



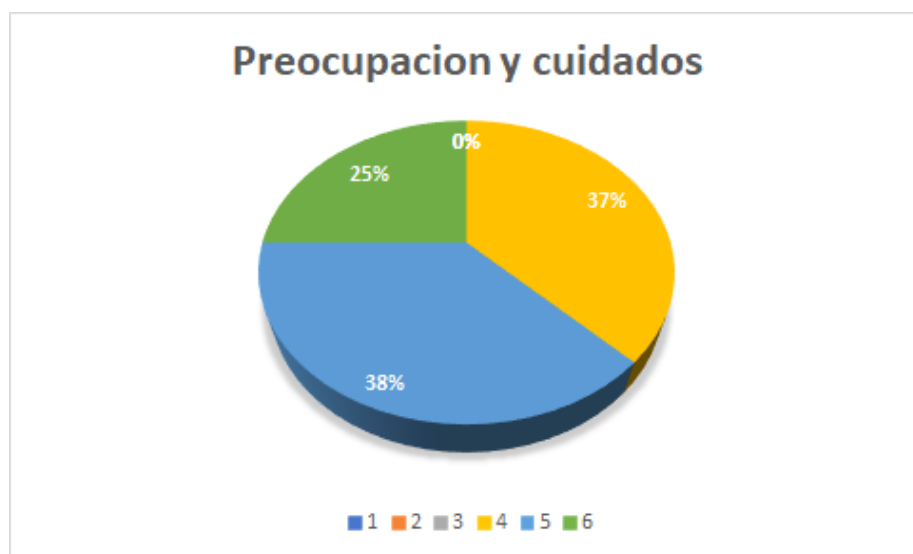
Gráfica 7. Distribución por satisfacción con el manejo de los síntomas

De las personas encuestadas, solo 8 fueron pacientes y pudieron dar respuesta al apartado relacionado con la satisfacción del cuidado recibido puntualmente en la atención de la UCI. Con los resultados evidenciados, es claro que no hay en ningún caso una calificación negativa y los hallazgos comienzan a incrementarse hasta encontrar en su mayoría a los que son totalmente satisfechos con un 37,5%. Esto muestra la complacencia producida por los pacientes que vivieron de primera mano la enfermedad, tuvieron la necesidad de ser atendidos en una UCI y al final obtuvieron resultados favorables dentro de lo que implica tener esta enfermedad en la pandemia actual.

Es así como el apartado puntual del manejo de los síntomas, un claro objetivo de la atención médica y de la prestación del servicio es valorada de forma favorable por las pacientes que estuvieron en condiciones de criticidad y que haciendo un análisis

retrospectivo dan gran valor al escenario planteado por la pregunta. De igual manera hay un 25% de los encuestados que consideran que esta pregunta no aplica al contexto en el que se encontraban, con seguridad por las condiciones del estado de conciencia que se pueden tener en un servicio de alta complejidad como lo es una UCI para la atención de este perfil de pacientes.

Preocupación y cuidados

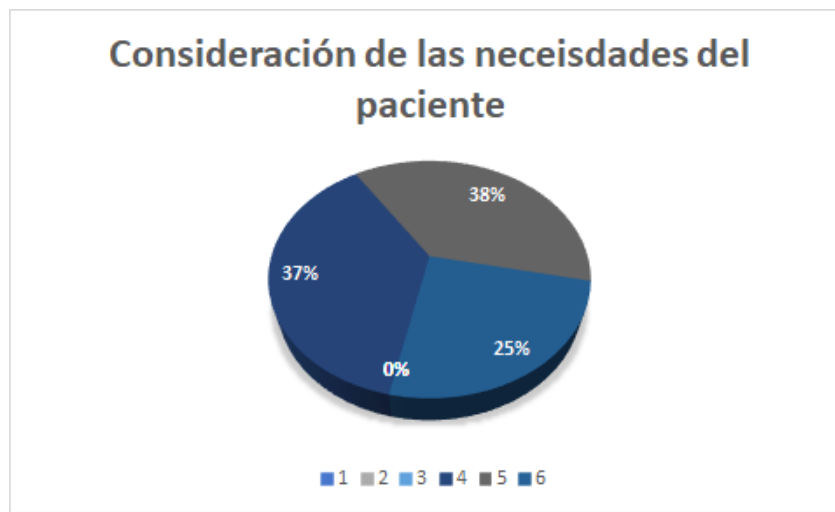


Gráfica 8. Distribución por satisfacción con la preocupación y cuidados recibidos

En este aspecto de preocupación y cuidado se resalta de muy buena manera el buen comportamiento del talento humano en salud con los pacientes ya que el 75% de los encuestados han dado muestras de tener una buena percepción de este escenario. No hubo en ningún momento siquiera un indicio de una mala disposición del grupo asistencial en relación al cuidado recibido por los pacientes, dando lugar a concluir el excelente

compromiso que se resalta por parte de todos los colaboradores que están involucrados en la atención de alta complejidad de los pacientes con diagnóstico de COVID-19.

Consideración de las necesidades



Gráfica 9. Distribución por satisfacción con la consideración de las necesidades del paciente.

Así mismo, la consideración de las necesidades por parte de los pacientes encuestados tiene un idéntico comportamiento al cuestionamiento anterior ya que el 75% refieren que hay una satisfacción casi que absoluta en relación a este aspecto. Entender las condiciones de los pacientes en una UCI para comprender las necesidades que tienen, mas allá de lo propio de la atención médica es lo que permite comprender y dar relevancia a esta respuesta.

La excelente disposición que tiene el personal de salud, incluyendo las situaciones que podrían considerarse cotidianas y que en alguna medida podrían interferir con una buena resolución de las necesidades de los pacientes demuestran una vez más el

compromiso y responsabilidad que se tiene con cada uno de los pacientes, desde la mística que implica estar en una línea de frente para la atención de pacientes críticamente enfermos.

Apoyo emocional



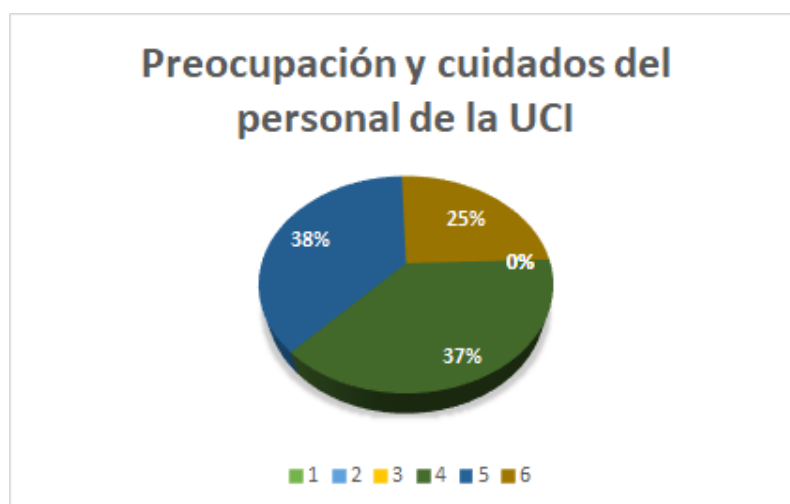
Gráfica 10. Distribución por satisfacción con el apoyo emocional recibido

Este punto del apoyo emocional, aunque no tiene una insatisfacción marcada, si comienza a traslucir un contexto que permite aducir una clara intención de los pacientes de tener en una estancia complicada como lo es el paso por una UCI un mayor sostén de las emociones. Claramente el impacto principal de este punto corre por cuenta del marcado aislamiento que implica la atención de esta enfermedad, en donde la posibilidad de visitas de familiares y acudientes se ve afectada, dando lugar a una disminución de ese soporte para las emociones.

Ya un 25% considera una situación intermedia en el apoyo que se recibe por parte del grupo asistencial hacia los pacientes en cuanto a las emociones se refiere. Esto da lugar

a la búsqueda de estrategias que fortalezcan el manejo interdisciplinario en la prestación del servicio de este perfil de pacientes, buscando de esta manera en los casos requeridos apoyo con otros servicios como son psicología o en conmociones mayores que lo amerite buscar apoyo psiquiátrico.

Preocupación y cuidados del personal de la UCI

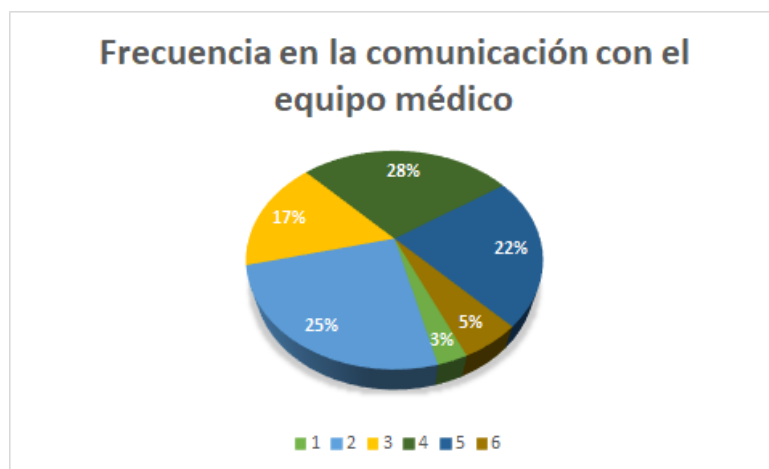


Gráfica 11. Distribución por satisfacción con la preocupación y cuidados del personal de la UCI

Los resultados evidenciados en la gráfica número 11 están aterrizados a la preocupación del personal de las unidades con los pacientes hospitalizados en la UCI. Como ya se había referido en apartados previos, conmueve ver los resultados favorables frente al cuidado percibido por las personas que se encontraron en una condición crítica en estos servicios de alta complejidad. El 75% de los pacientes tiene una muy buena sensación de satisfacción en este escenario, haciendo mella de la participación desinteresada de médicos, enfermeras y demás actores involucrados en la prestación del servicio.

11.3. Satisfacción de la familia/cuidador con la información brindada

Frecuencia en la comunicación



Gráfica 12. Distribución por satisfacción con la frecuencia en la comunicación con el equipo médico

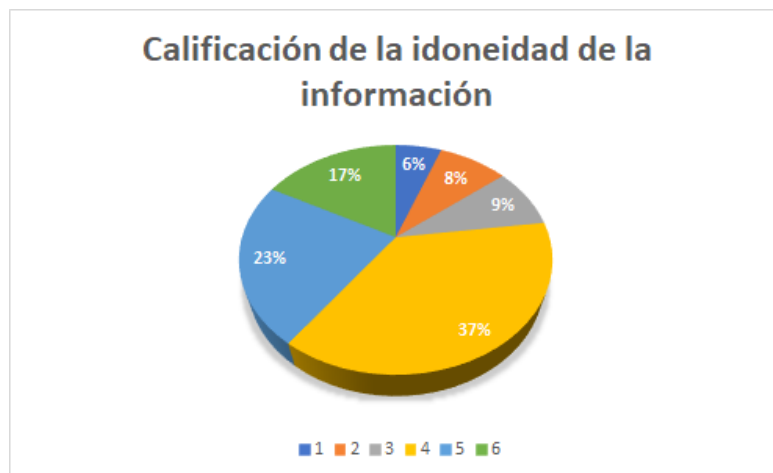
Es evidente como los canales de comunicación fueron transformados durante la pandemia en todos los niveles y obviamente la relación médico-paciente-familia no fue la excepción. Acá es evidente que el aislamiento y la dificultad del contacto permanente obligó a buscar estrategias para mejorar esos canales de comunicación y generar el menor impacto.

La falta de comunicación tiene muchos matices para ser analizados. El aumento de la carga laboral, el no estar acostumbrados a dar información vía telefónica, el poco contacto de los familiares por el aislamiento, el no prever con anticipación el escenario, no tener protocolizada la situación son los principales motivos.

Casi un 50% de los encuestados evidentemente no tienen una experiencia favorable en cuanto a la frecuencia de comunicación entablada se refiere. Es evidente que las exigencias son diferentes por el escenario que implica la hospitalización por COVID-19 en una UCI, sin embargo, esto demuestra una insatisfacción en las necesidades que se tienen para con los pacientes y acudientes.

Idoneidad de la información

Como se observa en la Gráfica 13, la calificación de la idoneidad de la información brindada es en su mayoría positiva, con un porcentaje del 37% para la calificación de 4.0 y 23% para la calificación de 5.0. Las calificaciones negativas en total representan el 23% si consideramos las definidas del 1.0 al 3.0.

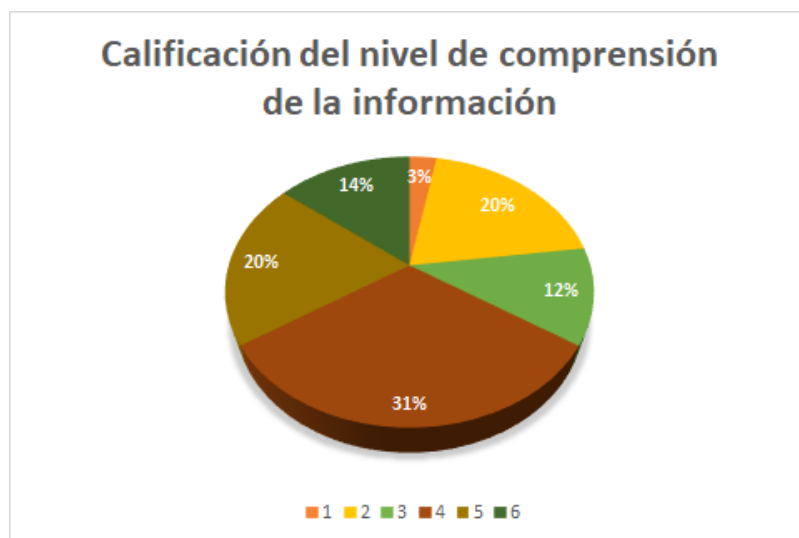


Gráfica 13. Distribución por satisfacción con la idoneidad de la información

Comprensión de la información

En la Gráfica 14 se aprecia la calificación en relación con el nivel de comprensión de la información ofrecido por el personal asistencial; los encuestados la califican con un

porcentaje del 31% para la calificación de 4.0 y 20% para la calificación de 5.0. Las calificaciones negativas en total representan el 35 % si consideramos éstas como las definidas del 1.0 al 3.0.



Gráfica 14. Distribución por satisfacción con la comprensión de la información

Consistencia de la información

En el último apartado de esta sección, se muestra la distribución de las calificaciones en función de la coherencia y consistencia de los datos suministrados por el equipo médico a sus familiares, como quedan representados en la Gráfica número 15. La calificación de la consistencia de la información brindada es mayoritariamente positiva, con un porcentaje del 37% para la calificación de 4.0 y 26% para la calificación de 5.0. Las calificaciones negativas en total representan el 26% si consideramos las definidas del 2.0 al 3.0, ya que ninguno de los participantes asignó una calificación de 1.0.



Gráfica 15. Distribución por satisfacción con la consistencia de la información brindada

11.4. Sugerencias suministradas por los encuestados

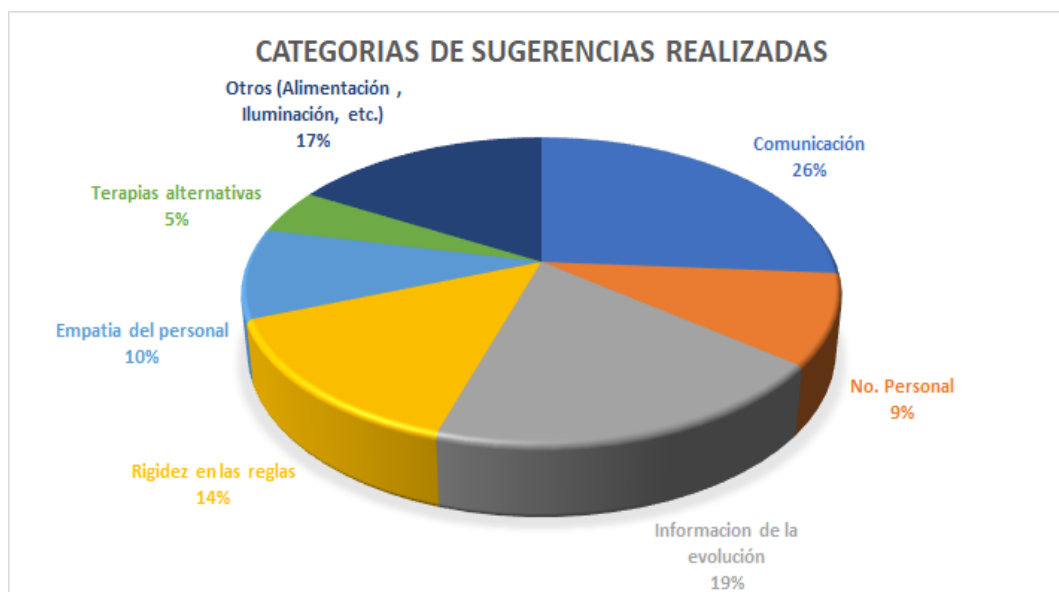
Al analizar la sección final de la encuesta, denominada “Sugerencias”, se solicitó una calificación global del nivel de satisfacción con la experiencia personal vivida durante la estancia en la UCI, encontrando la siguiente distribución:



Gráfica 16. Distribución de la calificación de la experiencia global de la estancia

Es evidente que en la muestra evaluada el nivel de satisfacción global es favorable, considerando que más del 71% de los encuestados dio una calificación positiva (*Muy buena o Buena*). Aproximadamente el 5% de la muestra consideró que la experiencia fue de mala calidad.

Se les solicitó a los encuestados considerar sugerencias que permitieran mejorar los procesos durante el proceso de atención, las cuales podían ser manifestadas de forma abierta de acuerdo a sus experiencias vividas. Una precodificación inicial permitió clasificar las sugerencias en las siguientes categorías:



Gráfica 17. Categorización de las sugerencias realizadas.

La evaluación de las sugerencias recogidas muestra que la mayoría de las opiniones están asociadas al ámbito de la comunicación entre el equipo asistencial y la familia del paciente, mostrando las brechas que las familias están experimentando en su interacción con

el personal médico bajo las condiciones suscitadas durante la pandemia actual. Se insistió repetitivamente en la necesidad de la asertividad al brindar la información, en especial en el momento de dar malas noticias, en lo que insisten es fundamental mostrar una *“faceta más humana y cercana al familiar”* y *“con menos lenguaje técnico que en ocasiones confunde”*. Esta clara referencia hacia un trato más humanizado es un indicador significativo en la forma en que los usuarios se están llevando una percepción global de la experiencia, notada incluso en pacientes en los cuales la satisfacción global fue positiva.

Otro aspecto en el que se aprecian deficiencias notables está relacionado con la categoría de acceso a la información. Algunos encuestados sugieren la disponibilidad de un *“enlace directo”* permanente para estar al tanto de cambios en la evolución, ya que en muchas ocasiones la información se restringía a una llamada corta y que no necesariamente era diaria, a veces limitada también por las redes telefónicas, lo cual generaba *“incertidumbre y angustia ya que no se tiene noticias de mi familiar”*. Dadas estas condiciones, señalan que pueden implementarse estrategias de *“doble vía”*, en especial a través de aplicaciones digitales de mensajería, en las cuales puedan comunicarse directa y más frecuentemente con un miembro del equipo asistencial para estar al tanto de las novedades en la evolución diaria. Otros señalan que a los pacientes que están conscientes se les podría permitir el uso de dispositivos electrónicos, ya que *“les permite una mayor cercanía a pesar del aislamiento”*.

De igual manera, se hicieron comentarios relacionados con otros aspectos como la inflexibilidad en las normas de acceso a la UCI, en las cuales los encuestados observan la nula posibilidad de acceder por periodos cortos a acompañar a sus familiares, incluso

haciendo uso de elementos de protección personal acordes al entorno. Señalan que, a pesar de entender las condiciones de aislamiento que requiere la atención de patologías de estas características, los pacientes hospitalizados en UCI *“pueden beneficiarse de sentirse acompañados así sea por periodos cortos de sus seres queridos”*.

También fueron identificadas por los encuestados algunas dificultades en el número de personal asistencial disponible en algunos turnos de servicio, lo cual desencadenaba una menor interacción entre médicos y enfermeras y sus pacientes, *“teniendo que estar pendientes de muchas cosas a la vez”*.

Otras estrategias fueron indicadas por los encuestados; algunas haciendo referencia a terapias alternativas complementarias, mencionando específicamente la musicoterapia, la cual en un paciente hospitalizado proporcionó *“algún grado de relajación a pesar de la situación de angustia que vivía”*. Otros anotaron la necesidad de mejorar la calidad de las comidas, la contaminación auditiva percibida por el constante sonido emitido por los dispositivos médicos y el volumen de algunas conversaciones sostenidas en la sala.

11.5. Aspectos positivos resaltados

La última pregunta de la encuesta aplicada permitía a los participantes expresar los aspectos positivos que más resaltaban de la experiencia obtenida a partir de la estancia en la UCI. El análisis de las respuestas obtenidas muestra resultados contradictorios con los observados en la pregunta anterior, lo cual puede ser explicado por la diversidad de salas de UCI en las cuales estuvieron ingresados los pacientes que fueron objeto de la encuesta. En este apartado se encuentran comentarios elogiosos hacia la atención brindada hacia los

pacientes, con expresiones como *“los médicos y las enfermeras eran muy cercanos con mi familiar y mostraban un gran sentido solidario”*, o *“nos dieron mucha energía y esperanzas para esperar a mi papá, nos dejaron verlo aunque no estuviera permitido, el poder verlo por última vez, fue bastante humano y empático”*. En relación con la comunicación de la información clínica un encuestado puntualizó que *“siempre se me dió información directa, sin rodeos, pero con delicadeza”*.

Dentro de las respuestas obtenidas también fueron nombrados algunos valores que los pacientes y sus familias observaron en el equipo asistencial; un participante respondió *“es de admirar la tenacidad y espíritu de lucha por sus pacientes de la mayoría de los médicos y enfermeras en esas condiciones tan desoladoras”*. Otro afirmó *“las enfermeras y algunos médicos, incluso las niñas de recepción fueron muy profesionales, compasivos y atentos”*.

Asimismo, se resaltó la presencia de servicios de apoyo emocional y espiritual en algunas instituciones, percibidos como un apoyo emocional significativo para los pacientes hospitalizados. Una de las opiniones afirmaba *“a pesar de que mi hermano no fuera creyente, me comentó que lo había visitado el capellán del hospital y eso le dio paz y más tranquilidad”*. La presencia de miembros de equipos de salud mental para la asistencia a los familiares en algunas salas de espera también fue vista como un factor positivo, *“estuvimos acompañados diariamente por psicólogos que nos ayudaban a sobrellevar la angustia de la situación”*.

La utilización de dispositivos de videoconferencia fue un factor ampliamente destacado por los participantes de la encuesta. Un participante menciona que *“nos permitía ver a nuestro familiar incluso cuando a veces estaba sedado, nos dábamos cuenta que no estaba sufriendo. Podíamos hablarle y darle fuerzas desde la distancia”*. Otro encuestado señaló que en las videollamadas *“recibía palabras de ánimo de mi familia, podía ver incluso a mi perrita, y eso me hacía esforzarme más para salir adelante”*.

12. Estrategias exitosas en el mundo

Se realizó una extensa revisión de la literatura en la que se lograron identificar múltiples experiencias que han buscado mejorar los estándares de calidad en la prestación del servicio asistencial en las unidades de cuidado intensivo en el desarrollo del contexto actual. Si bien la pandemia por el COVID-19 ha supuesto fundamentalmente una profunda crisis desde el punto de vista de morbi-mortalidad en términos de salud pública, se ha visto la necesidad de implementar aproximaciones que busquen mitigar los efectos desde el punto de vista psicoemocional en el paciente, su familia y en el equipo asistencial, buscando cerrar en alguna medida la brecha generada en los últimos meses (Melegari et al, 2020).

Considerando las experiencias exitosas registradas en diferentes localidades a nivel global, presentamos a continuación las principales estrategias que por sus particularidades pueden ser utilizadas y aplicadas en el contexto local.

12.1. Comunicación por videoconferencias

El uso de dispositivos electrónicos como tablets, computadores personales o teléfonos celulares inteligentes ha supuesto una herramienta muy significativa para facilitar la comunicación a distancia de los pacientes ingresados en las UCI y sus familias (*Imagen 2*). Su fácil utilización y su amplia masificación han constituido una forma muy eficaz de lograr una forma de aliviar el estrés emocional causado por el aislamiento y las restricciones de visitas en los pacientes aislados en estos pabellones. Múltiples alternativas han mostrado ser útiles en estas circunstancias, adicionando a las tecnologías digitales

antes mencionadas, técnicas como mensajes de audio pregrabados, mensajes de texto vía SMS, llamadas telefónicas, mostrando variables grados de satisfacción y efectividad en diferentes contextos geográficos y clínicos (Ostherr et al., 2016).



Imagen 2. Paciente durante videoconferencia en la Unidad de Cuidado Intensivo del Centro Médico de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, MA (Estados Unidos). Tomado de hopkinsmedicine.org

Desde décadas pasadas han existido crecientes preocupaciones sobre la posible interferencia de los equipos de comunicación personal (teléfonos inteligentes, tablets) con el adecuado desempeño de los dispositivos médicos, en especial, en áreas hospitalarias críticas como los pabellones de cuidados intensivos, dada la fuerte energía electromagnética que podría afectar el uso de equipos como ventiladores mecánicos, monitores cardiacos o desfibriladores. Sin embargo, en los últimos años la evolución de las redes 3G, 4G y 5G han disminuido la interferencia hasta niveles casi inexistentes, con

los cual se desvirtúa la necesidad de la restricción de dichos equipos de comunicación en el ambiente hospitalario (Mariappan et al., 2016).

12.2. Mensajes de apoyo (tarjetas) personalizados

A pesar de las limitaciones en el acceso de uso de tecnologías digitales en algunos centros de salud, esto no ha impedido la interacción con los pacientes hospitalizados en las UCI a través de otros medios, manifestado por múltiples ejemplos recogidos mostrando experiencias satisfactorias en este sentido. De hecho, han sido registradas diversas iniciativas comunitarias en las que se envían mensajes de apoyo y ánimo a los pacientes hospitalizados, mostrando empatía y compasión por la situación por la que atraviesan.

Un ejemplo de esto se registró en una nota de prensa de abril de 2020, la Administración para la Seguridad del Transporte de Estados Unidos (*TSA*, por sus siglas originales) ejecutó una campaña entre sus colaboradores para la confección de tarjetas personalizadas con destino a los pacientes hospitalizados de un centro médico local, siguiendo una sugerencia de un familiar de uno de los agentes, que se desempeña como enfermera en la unidad de cuidado intensivo. Según lo informó posteriormente, dado el aislamiento de los pacientes “se percibía un ambiente de depresión por la ausencia de sus allegados, pero las tarjetas les brindaban un poco de consuelo y alegría para sobrellevar la jornada” (Transportation Security Administration, 2020).



Imagen 3. Algunas de las tarjetas enviadas a pacientes hospitalizados por la Iniciativa “Project Smile”, en Arizona (Estados Unidos). Tomado de www.projectsmlaz.org

Las respuestas de los pacientes han sido muy satisfactorias en todos los casos. Según una nota de prensa publicada en una emisora radial en el mes de noviembre de 2020, una iniciativa impulsada por una pareja de hermanos de 12 y 15 años en el estado de Arizona (Estados Unidos) había logrado recolectar y enviar más de 2.300 tarjetas para pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos en todo el estado. La iniciativa, denominada “Proyecto Sonrisa” (Imagen 3), ha recibido un amplio apoyo en redes sociales de su comunidad, así como notas de agradecimiento de los dirigentes del sistema de salud local, resaltando el “muy positivo impacto en la atmósfera de su hospital” (Dowd, 2020).

12.3. Mensajes de agradecimiento al equipo asistencial

Como hemos resaltado previamente en apartes de este documento, la humanización en el contexto hospitalario también involucra el bienestar y la satisfacción para el personal asistencial, para minimizar el desgaste emocional y psicológico de la rutina diaria. A lo largo de la pandemia suscitada en la actualidad, ha sido ampliamente reconocido el trabajo de los diversos miembros del sistema asistencial incluyendo a los equipos paramédicos de atención pre-hospitalaria, servicios de urgencias y en especial a los que hacen parte de las unidades de cuidado intensivo.

Desde convocatorias diarias a ovaciones con aplausos desde terrazas y balcones (Kashinsky, 2020) hasta entrega de raciones de comida por parte de cadenas de restaurantes y supermercados (Chen, 2020), las muestras de agradecimiento y aprecio por los equipos sanitarios han sido constantes.



Imagen 4. Médico en Houston (Estados Unidos) recibiendo una tarjeta de agradecimiento enviada desde la comunidad. Tomada de Twitter @KHOUmelissa

También se describen múltiples reportes de involucramiento de la comunidad con envío de tarjetas de ánimo y agradecimiento hacia el personal asistencial, lo cual favorece el clima laboral, renueva energías y proporciona satisfacción personal (*Imagen 4*).

12.4. Identificación del personal sanitario

En las encuestas ejecutadas en el desarrollo de esta investigación, se identificó la dificultad que tenían los pacientes en individualizar a los miembros del personal que los asistía durante su estancia en la UCI, generando esto altos niveles de incertidumbre y deshumanización en medio de un entorno desconocido.

Las recomendaciones de las autoridades de salud han impuesto desde el inicio de la pandemia el uso sistemático de elementos de protección personal para el personal sanitario (mascarillas FPP2, batas antifluidos, guantes, gafas protectoras, pantallas faciales y gorros). El uso de esta equipación tiene como finalidad reducir de manera significativa el contacto directo con los pacientes durante toda su atención y así mitigar la propagación de la enfermedad.

Los cuidados a un paciente hospitalizado, y más en estas condiciones descritas, incorporan una atención integral que contempla las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Estas intervenciones van encaminadas a mejorar la calidad de vida, proporcionar algún grado de comodidad y bienestar físico, pero también espiritual. El abordaje en este contexto es complejo debido al uso de los elementos de protección personal (EPP) que junto con la distancia requerida para evitar el contacto limitan la comunicación con el paciente, dificultando su percepción de la presencia del equipo y de alguna forma deshumanizando el proceso de acompañamiento (Allande et al., 2020).

Considerando lo anterior, otra iniciativa utilizada tempranamente y de amplia difusión en las UCI a nivel mundial fue la incorporación de estrategias que permitieran la identificación personal de cada uno de los miembros del equipo asistencial y de servicios complementarios, los cuales permiten a los pacientes hospitalizados individualizar a cada miembro conociendo su nombre, su profesión y en ocasiones hasta una fotografía. Un ejemplo de esta metodología fue recopilada en la página web del Hospital Cedars-Sinai de la ciudad de Los Ángeles (Estados Unidos), en la cual se estableció un programa para incorporar una fotografía personal con una sonrisa, logrando una respuesta muy positiva entre los pacientes ingresados en la unidad (*Imagen 5*).



Imagen 5. Miembros del personal del Centro Médico Cedars-Sinai en Los Ángeles (Estados Unidos) con sus fotografías adheridas a sus elementos de protección personal. Tomado de www.cedars-sinai.org

Una de las participantes de la iniciativa, la enfermera Ashley Samaniego, destaca que es una idea simple pero con gran significado. Destaca también que los pacientes le han

agradecido este tipo de estrategias, “ya que les permite sentirse más calmados, haciendo la atención menos impersonal” (Smieciuszewski, 2020).

La iniciativa de incluir fotografías en los uniformes de aislamiento está documentada desde hace algunos años, cuando se desencadenó un brote de grandes magnitudes de ébola en algunos países africanos. Una profesora de arte del Occidental College en Los Ángeles viajó a Liberia en 2014 para implementar una estrategia de humanización en la que buscaba incorporar imágenes en los uniformes para mejorar la empatía con los pacientes y optimizar el alcance de los objetivos del tratamiento médico proporcionado. últimos (Bryan-Wilson & Heffernan, 2020).



Imagen 6. Pantalla de protección facial con identificación personal. Tomado de www.clinicabupasantiago.cl

A partir de las experiencias recopiladas con esta iniciativa y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, se estableció el proyecto *PPE Portrait*, y con el paso de los años se han logrado perfeccionar las técnicas utilizadas, desarrollando láminas autoadhesivas desechables con terminados de impresión en tonalidades mate, en vez de las iniciales imágenes laminadas que podrían representar riesgos de contaminación cruzada. Esta iniciativa ha sido adaptada para su implementación en diversos hospitales a nivel nacional, como el centro médico de la Universidad de Stanford y el Hospital General de Massachusetts (Tranquada, 2020).

12.5. Estimulación táctil

El efecto de la estimulación táctil en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos ha sido estudiado en los últimos años, especialmente en pacientes con lesiones cerebrales de origen traumático. Los resultados han mostrado un efecto positivo en el nivel de conciencia, niveles de agitación y descensos en cifras tensionales y en la frecuencia respiratoria (YekeFallah et al., 2018). Aunque no se tienen hasta el momento estudios que confirmen efectos positivos en pacientes hospitalizados por COVID-19, el potencial puede ser prometedor.

Inspirada en una técnica diseñada hace varios años, personal de enfermería de una unidad asistencial de emergencias en la ciudad de San Carlos (Brasil), ideó un mecanismo compuesto por dos guantes de látex que en su interior se llenaban con agua tibia, uniéndolos por las puntas de los dedos y deslizando en el interior la mano del paciente (*Imagen 7*).



Imagen 7. *Dispositivo adaptado en un hospital de San Carlos (Brasil) para simular el contacto físico en un paciente con COVID-19. Tomada de www.businessstoday.in*

Según algunos de los auxiliares de enfermería que implementaron la idea en la unidad local, los guantes con agua tibia son una forma de brindar afecto y humanización al paciente, como si alguien le estuviera sosteniendo la mano, y también es útil para proporcionar una sensación de calor a unas extremidades usualmente frías en el ambiente de la UCI (Brogle, 2021).

12.6. Estimulación acústica y olfativa

Otros aspectos considerados en la estimulación sensorial en pacientes hospitalizados en UCI incluyen las intervenciones a través de musicoterapia (estimulación acústica) y aromaterapia (estimulación olfativa). Estas dos aproximaciones utilizadas en la medicina integrativa han sido ampliamente estudiadas en el manejo de ansiedad, estrés y restablecimiento de patrones de sueño en diferentes contextos clínicos.

La música como intervención terapéutica ha sido utilizada desde la Antigua Grecia, pasando por los romanos y también por la medicina tradicional china. Con la llegada del siglo XX, la música comenzó a aplicarse como alternativa para disminuir la ansiedad en los pacientes en etapas prequirúrgicas a nivel médico y odontológico, así como en pabellones de medicina crítica. Resultados de múltiples estudios apoyan el uso de la musicoterapia en pacientes con ventilación mecánica en diversos escenarios de cuidado agudo, reduciendo síntomas fisiológicos, así como niveles de estrés y delirios (Browning et al., 2020), en especial cuando se encarga de la selección de la música a los pacientes o sus familias de acuerdo a sus preferencias personales (Chlan et al., 2011). Estos estímulos acústicos funcionan como un distractor, desviando la atención como un catalizador negativo y enfocando la conciencia del individuo en un estímulo calmante (Bradt et al., 2013).



Imagen 8. *La música como herramienta terapéutica en UCI ha disminuido el uso de analgésicos y sedantes mejorando la ansiedad y patrones de sueño. Tomada de www.surgicalserenitysolutions.com*

A su vez, la aromaterapia se basa en el uso de aceites de plantas que producen aromas relajantes y placenteros, generando efectos positivos en cuadros de ansiedad, estrés y depresión. Estos aromas pueden ser administrados por vía inhalatoria y por vía tópica a través de masajes. Algunas de los más utilizados en el ámbito clínico incluyen lavanda (*Lavandula angustifolia*), rosa (*Rosa damascena*), naranja (*Citrus sinensis*), bergamota (*Citrus aurantium*), limón (*Citrus limon*), sándalo (*Santalum album*), salvia (*Salvia sclarea*) y manzanilla romana (*Anthemis nobilis*). (Setzer, 2009).

Los beneficios de la musicoterapia y la aromaterapia en el contexto clínico han sido ampliamente estudiados, además que constituyen técnicas de bajo costo y con efectos adversos potenciales apenas triviales (Lee et al., 2017).

En un estudio revisado en esta investigación se buscaba comparar estas dos intervenciones en la reducción de niveles de ansiedad en pacientes asistidos por ventilación mecánica. Para ello consideraron indicadores fisiológicos, así como los reportes ofrecidos por los pacientes. En general, considerando los efectos inmediatos post-tratamiento, ambas técnicas obtuvieron una reducción en niveles de ansiedad, pero en diferentes niveles, sugiriendo que las intervenciones con musicoterapia impactaron en mayor medida que la aromaterapia, lo cual es consistente con lo hallado en otros estudios (Lee et al., 2017).

12.7. Salidas al aire libre

Un papel determinante en la sensación de soledad y aislamiento percibida por los pacientes internados en las unidades de cuidado intensivo lo constituye el permanente

confinamiento al que se ven sometidos por un periodo variable de días, que puede extenderse por varios meses según la evolución en cada caso particular. El alto riesgo de propagación del virus limita las posibilidades de caminatas asistidas alrededor de la unidad, etc.

En la literatura se ha descrito el impacto de pequeñas caminatas al aire libre en la salud física y mental, con resultados positivos en especial en las realizadas en sitios con presencia de espejos de agua. Las respuestas en las variables cardiovasculares mostraron un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático tanto durante como posterior a la realización de la caminata al aire libre (Vert et al., 2020).

Sin embargo, algunas experiencias se han descrito con resultados satisfactorios en relación a este tópico. Según reseña Marín-Corral et al. (2020), con la instauración del programa “*HUCIMAR*” en 2018 en el Hospital del Mar de Barcelona (España), se venían realizando intervenciones multidisciplinarias en los pacientes de UCI, una de ellas llamada “*Paseos sanadores frente al mar*”.

Describen el caso de un paciente ingresado en dicha unidad por un cuadro severo de COVID-19 que requirió manejo agresivo con altos niveles de oxígeno, ventilación mecánica, soporte cardiovascular y nutricional. Con el paso de las semanas, la condición clínica del paciente fue mejorando progresivamente, el retiro de la sedación y la ventilación mecánica fue coincidiendo con el desescalamiento del confinamiento en la región de Cataluña y la mejoría en el plano meteorológico local. Después de haber resultado negativo para COVID-19, el equipo tratante decidió llevar al paciente a un paseo frente a la playa.



Imagen 9. *Paciente cruzando la avenida que separa la playa del hospital donde permanece internado en Barcelona (España). Foto de David Ramos, Getty Images.*

El Hospital del Mar se encuentra ubicado en la zona costera de Barcelona, y el mar se encuentra a solo unos metros de la entrada del centro médico. La oportunidad de salir al aire libre para un paciente con una estancia hospitalaria prolongada se convierte un punto de inflexión desde el punto de vista emocional y psicológico, como lo representaba este paciente, que llevaba aproximadamente 50 días dentro de la UCI. Se realizó una cuidadosa preparación de los equipos y el personal acompañante, y se concretó el encuentro con los familiares en el vestíbulo del hospital. Los sentimientos y emociones del reencuentro del paciente con su familia, la inmensa satisfacción del equipo tratante, y la incrédula mirada de los peatones que transitaban a esa hora por la avenida quedaron registrados en fotografías (*Imágenes 9 y 10*).



Imagen 10. *Paciente contemplando el paisaje marítimo durante una corta salida del centro médico donde permanece hospitalizado en Barcelona (España). Foto de David Ramos, Getty Images.*

12.8. Acompañamiento espiritual

El concepto de espiritualidad no tiene un consenso generalizado, si bien es considerada como una “dimensión dinámica de la vida humana que se relaciona con la forma en la que las personas experimentan, expresan y dan significado, propósito y trascendencia a sus acciones, así como la forma en la que se interconectan con el momento, consigo mismos, con los demás, con la naturaleza y con lo sagrado” (Nolan et al., 2011). Esta visión constituye una concepción distinta y más amplia que el mero concepto de “*religión*”, que involucra a “las creencias, prácticas y rituales vinculadas a lo trascendente” (Koenig, 2012).

En las últimas décadas se ha profundizado en el concepto del cuidado espiritual y la evidencia actual muestra que el bienestar espiritual juega un papel fundamental en la salud física y mental, proporcionando una sensación de paz y armonía que lleva a estilos

de vida más saludables. Asimismo, este bienestar parece tener una influencia significativa en la toma de decisiones de los pacientes y sus familias. En este contexto, el cuidado espiritual se ha convertido en una herramienta fundamental en las UCI y en los servicios de emergencias, donde la complejidad y severidad de las enfermedades de los pacientes agudos crean un ambiente de incertidumbre que causan pérdida de esperanza, ansiedad, miedo y soledad (Diego-Cordero et al., 2021).

Es importante reconocer que el cuidado espiritual no solo debe ser proporcionado por miembros de las diferentes comunidades religiosas, sino que también hace parte del manejo integral que debe proporcionar el equipo sanitario, en especial el personal de enfermería. Sin embargo, es una realidad que los profesionales de la salud no suelen incorporar el cuidado espiritual en su rutina clínica diaria. Varias hipótesis han sido postuladas como barreras como la falta de entendimiento del concepto de espiritualidad, el temor a imponer sus propias creencias, incluso ofender a los pacientes. Estas barreras generan un suministro tardío de este soporte, el cual comúnmente solo se limita a las últimas 24 o 48 horas de la vida del paciente (Choi et al., 2019). Toda esta problemática es más evidente en momentos de crisis, cuando la falta de recursos y de tiempo son los factores predominantes, como se ha observado durante la pandemia actual.

Como lo mencionamos anteriormente el concepto del cuidado espiritual es multidimensional, incluyendo el ámbito religioso (alabanzas y oraciones con los pacientes, conversaciones sobre un ser superior) y el cuidado no religioso que incluye respeto por sus ideas, apoyo, protección de la privacidad del paciente, estimulación táctil, escucha atenta a

sus temores y la ayuda en la comprensión de su situación clínica (Bahramnezhad & Asgari, 2021).



Imagen 11. Un sacerdote administrando el sacramento de los últimos ritos a un paciente con COVID-19 en Minnesota (Estados Unidos). Foto de Elizabeth Flores, tomada de www.startribune.com

El ejercicio ministerial de los capellanes de diversos credos durante la crisis actual se ha visto afectado por las ya mencionadas restricciones de aislamiento ante el temor de la propagación del virus, por lo cual han recurrido también al uso de tecnologías digitales para continuar de alguna forma con su labor. Sin embargo, con el conocimiento creciente de la transmisibilidad del patógeno y el incremento en los esquemas de vacunación, ha logrado un acompañamiento más presencial en los pabellones con mayores necesidades. (Imagen 11). También se han recogido experiencias en las que se realizan eucaristías en el

interior de las UCI proporcionando confort tanto a pacientes como al personal asistencial (Imagen 12).



Imagen 12. Servicio religioso en el interior de un pabellón con pacientes con COVID-19 en Francia. Foto de AFP, tomada de www.la-croix.com

12.9. Uso de animales de asistencia y mascotas

La terapia asistida por animales en centros médicos ha experimentado varias barreras y dificultades durante la pandemia por el COVID-19. Estas intervenciones, específicamente la realizada por perros expresamente entrenados, constituyen una fuente valiosa para servir de apoyo a individuos, comunidades en ambientes hospitalarios y sitios de desastres durante crisis de salud pública (Imagen 13). Estos perros, han demostrado beneficios en la reducción de niveles de estrés y ansiedad, reducción en la duración de estancias hospitalarias, mejores resultados en manejo del dolor por causas no

farmacológicas y en general con el manejo del estrés inducido por el contexto hospitalario (McCullough et al., 2016).

Algunos hospitales en Estados Unidos han reportado la cancelación o la limitación al acceso a los programas con perros de asistencia terapéutica, principalmente debidos a preocupaciones de índole epidemiológica con el comportamiento del virus SARS-Cov2. Sin embargo, el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (2020) reporta que “no se tiene evidencia que los animales de compañía, incluyendo las mascotas, puedan diseminar el virus que causa el COVID-19 a los humanos o que puedan ser una fuente de infección en los Estados Unidos”

La pandemia actual es indiscutiblemente un momento de alta carga de estrés que toda la humanidad está experimentando, en diferentes grados, a nivel personal. Ya que los perros de asistencia terapéutica han sido útiles en el manejo de ansiedad, parece un momento muy oportuno para aprovechar los beneficios que pueden proporcionar.



Imagen 13. Un perro de asistencia utilizado en el centro médico de la Universidad de Maryland en Baltimore (Estados Unidos) durante la pandemia por COVID-19. Fotos de Caroline Benzel, tomado de www.wjla.com

En la medida en que la medicina crítica viene siendo cada vez más efectiva en la prevención de la muerte, este campo está enfocándose actualmente en optimizar la experiencia de supervivencia del paciente. A través de la creación de ambientes humanizados en la UCI y la implementación de intervenciones no farmacológicas (que disminuyan las tasas de delirio), los pacientes no tienen que esperar hasta su egreso para retomar su vida. Las intervenciones no farmacológicas, como el uso de los perros de asistencia terapéutica, pueden reducir el sufrimiento y ayudar a los pacientes a tomar un papel más activo en su recuperación (Hosey et al., 2018).



Imagen 14. Los perros de asistencia también son utilizados para generar alivio de estrés y sobrecarga laboral en el personal médico. Foto de Susan Ryan, tomado de www.cnn.com

En una investigación realizada por Cesare (2020), cerca del 80% de los manejadores de perros de asistencia a quienes se les permitió continuar con su trabajo en entornos hospitalarios durante la pandemia actual se les solicitó aumentar las medidas de prevención de infecciones, incluyendo mayor frecuencia en lavado de manos, uso de sustancias desinfectantes y aumento en rutinas de baño y cortes de pelo. Se aumentaron los cuidados de lavado y mantenimiento de los chalecos de trabajo, collares, arneses y correas. De esta forma, concluye que los procedimientos pueden ser implementados como precauciones con la intención de superar los obstáculos impuestos por las administraciones hospitalarias para continuar con la asistencia proporcionada por animales.

12.10. Despedidas humanizadas

En épocas pre-pandémicas, la decisión de limitar el tratamiento médico en el contexto del cuidado crítico era realizado con anticipación para muchos pacientes en UCI. De esta forma, la muerte se convertía en un proceso relativamente predecible donde los síntomas de sufrimiento como la disnea y la ansiedad eran aliviados, sus familiares participaban del proceso y los servicios de apoyo emocional y espiritual acompañaban los sucesos (Jeitziner et al., 2021).

Ya en las etapas iniciales de la pandemia, cuando las restricciones adoptadas por las administraciones hospitalarias eran más rígidas dado el escaso conocimiento que se tenía de la enfermedad, las familias eran alejadas de sus seres queridos y no lograban tener cercanía con ellos en sus últimos momentos de vida por el temor a no generar contagios

adicionales. Las comunicaciones por vía digital constituían el único mecanismo útil para tener algún tipo de visualización del familiar hospitalizado. Sin embargo, esto requería de un acercamiento previo con la familia en la que se explicaba la condición del paciente y cómo sería su apariencia actual, lo cual buscaba minimizar la posibilidad de aparición de episodios de choque emocional al ver la figura deteriorada de su familiar (Wang et al., 2020).

Como lo asegura García-Sánchez (2020) un gran número de familias han quedado rotas al no poder dar el último adiós a sus familiares, tal y como se merecían y a lo que tenían derecho. Dada la situación de emergencia, de facto se ha operado una privación de este derecho recogido en diferentes regulaciones sobre derechos de los pacientes.

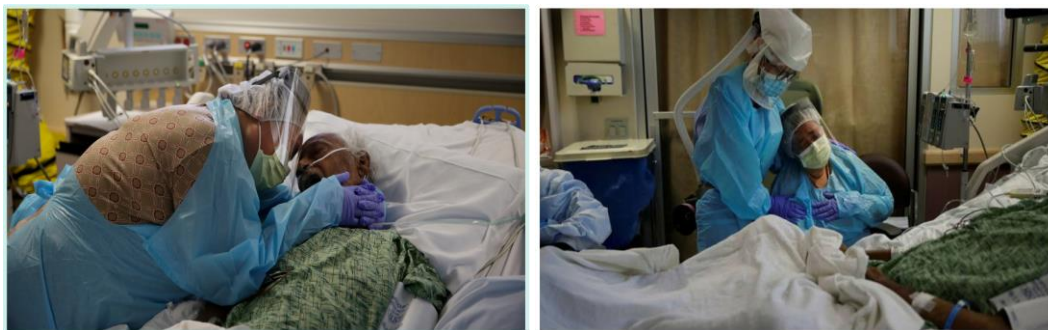


Imagen 15. A medida que las medidas de restricción han ido desescalando, se les ha permitido cortas despedidas a los pacientes junto a sus familias. Foto de Jae C. Hong, tomado de www.statnews.com

Durante la pandemia, los profesionales de la salud de la UCI deben proporcionar cuidados a los pacientes antes, durante y después de la muerte. Sin la posibilidad de formar vínculos individuales con los pacientes, estos profesionales deben hacer un esfuerzo por comprender el contexto familiar en el que se desarrolla una situación tan

devastadora como lo es tener un familiar hospitalizado por una enfermedad potencialmente letal. Crear estas relaciones entre profesionales y pacientes es importante ya que el compromiso emocional es un elemento crucial del apoyo del paciente y su familia. Otro factor relevante en este sentido es evaluar el grado en que la familia entiende y acepta el proceso agónico y la muerte, más aún, algunos de ellos pueden experimentar sentimientos de culpa si ellos también resultaron positivos para la enfermedad (Jeitziner et al., 2021).

Suministrar a los pacientes un poco más de tiempo para compartir con sus familiares y permitirles una despedida, ya sea por vía videollamada o con el uso de prendas de aislamiento, pueden hacer una gran diferencia en apoyar el proceso de duelo. Algo tan sencillo como permitir unos minutos de privacidad con su paciente puede ser extremadamente importante para los familiares, así como el confort y la dignidad de sus momentos finales (Scheunemann et al., 2019).

12.11. Intervenciones ambientales de la UCI

Iluminación de espacios

En las últimas décadas se ha venido considerando la importancia de los patrones de iluminación en las UCI, en especial por su interrupción en el ciclo circadiano. Estas alteraciones están asociadas a deterioros cognitivos (delirios) y a disfunciones en la duración y consolidación de las fases del sueño (Durrington et al., 2017).

La ventilación mecánica, la sedación, la severidad de la enfermedad y el ambiente de la UCI (condiciones de ruido e iluminación) pueden todas causar disrupciones del ciclo circadiano. Es ya conocido que la luz es la influencia ambiental más poderosa en el reloj circadiano, actuando a través de la estimulación de los fotorreceptores retinianos. La evidencia sugiere que la alteración del ciclo de luz-oscuridad produce efectos en la morbilidad y mortalidad (Carlson, 2008).



Imagen 16. La iluminación controlada en las áreas de atención de la UCI puede influir positivamente en el ciclo circadiano. Foto del Hospital Infantil de Philadelphia (Estados Unidos), tomada de www.inquirer.com

La manipulación controlada de la iluminación de los espacios tiene el potencial de influir positivamente en la generación de un restablecimiento de los ciclos circadianos, a través de tecnología de luces LED. Un estudio longitudinal en ambientes de cuidado crítico implementó modificaciones ambientales no farmacológicas diseñadas para reducir

las incomodidades a los pacientes durante la noche (reducción de ruido y luz artificial), demostrando una significativa reducción en las tasas de delirio y mejoría en el sueño (Patel et al., 2014).

Control del ruido ambiente

El exceso de ruido tiene efectos directos desde el punto de vista psicológico y fisiológico, y puede tener también consecuencias negativas sobre la salud reduciendo la cantidad y calidad del sueño. Los incrementos en el ruido ambiente aumentan la liberación de cortisol, el consumo de oxígeno y la vasoconstricción sistémica. Los niveles de ruido en las UCI son excesivos durante las 24 horas del día, independientemente del nivel de intervención o si el paciente esta en una habitación individual o en un pabellón abierto.



Imagen 17. La imagen muestra el retiro de algunos de los equipos de monitoreo y bombas de infusión para disminuir la contaminación sonora en la habitación del paciente.. Foto de la Clínica Bupa Santiago (Chile), tomada de www.clinicabupasantiago.cl

Las mediciones directas sugieren que el ruido es un factor significativo en la calidad del descanso y es frecuentemente referido por los sobrevivientes de enfermedades críticas como una experiencia negativa de su estancia en la UCI. La cancelación del ruido, el enmascaramiento ambiental y algunas intervenciones no farmacológicas pueden todas reducir el impacto del ruido en los pacientes. Sin embargo, la sostenibilidad de las intervenciones comportamentales aún es incierta y aún falta evidencia de alta calidad que demuestre el beneficio de cualquier intervención centrada en el paciente en este aspecto (Delaney et al., 2019).

En algunos reportes se ha considerado la disminución del ruido ambiente como factor de intervención en humanización del servicio (*Imagen 17*), sin embargo, las condiciones de limitación de espacio y hacinamiento en las UCI en las condiciones actuales dichas intervenciones se han visto afectadas.

13. Conclusiones

Con el trasegar de las distintas fases de esta investigación, fue posible confirmar la hipótesis inicial que sugería que los procesos de humanización estaban siendo profundamente afectados en los servicios de atención a los pacientes con diagnóstico de COVID-19, principalmente aquellos que estaban en servicios de alta complejidad como la UCI, por lo tanto nos permitimos a partir de todo lo mencionado relacionar las siguientes conclusiones.

En primera medida, es importante para los profesionales de la salud identificar, comprender y aplicar en su vida profesional que los pacientes y sus familias son seres integrales, que deben valorarse de manera multidimensional (características biológicas, sociales, psicológicas y espirituales) en todo el ejercicio transversal de la atención en salud.

De igual manera, los valores individuales del personal asistencial se reflejan al desempeñar su disposición por cuidar y atender pacientes. De esa forma, ese comportamiento altruista y de vocación desinteresada debe ser eje para que sea preciso reflexionar sobre la dignidad humana y el trabajo interdisciplinario en cada momento de la prestación del servicio.

En todo ese contexto, una conclusión determinante parte de mejorar y optimizar en todo momento los canales de comunicación, ya que esto dará lugar a un mayor empoderamiento de los profesionales de la salud y permitirá cerrar las brechas generadas

por la pandemia en el contexto de los pacientes críticamente enfermos y sus familias frente a la información que se suministra.

Esta estrategia, permite tener los mecanismos que acerquen al enfermo con su entorno, de esa forma se devolverá la confianza y se cerrará el círculo de la atención de calidad centrada en el paciente y su familia.

Vale mencionar y destacar que todas las estrategias descritas a través del trabajo son susceptibles de implementarse en nuestro medio dado el fácil alcance y que no requieren grandes inversiones financieras. Todas se decantaron en mejores procesos de atención, óptimos y con altos estándares de calidad ya que tienen a la humanización como fundamento para la prestación del servicio.

Es importante garantizar que se desarrollen todos los escenarios favorables para la humanización en todos los actores de la atención de pacientes críticamente enfermos (pacientes, familias, talento humano en salud, servicios generales, seguridad, etc.) depende del liderazgo organizacional de las instituciones que brindan servicios de salud de alta complejidad y que puede tener como sustento lo plasmado en este trabajo como fórmula para cerrar la brecha existente en la tarea de humanizar los servicios en momentos de pandemia y que con seguridad serán estrategias y herramientas que pueden aplicarse en otros contextos y perdurar en el tiempo.

14. Referencias bibliográficas

- Allande Cusso, R., Navarro Navarro, C., & Porcel Gálvez, A. M. (2020). El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: A propósito de un caso. *Enferm. clín.* <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). Modelos y teorías en enfermería (9na edición). Elsevier.
- Andino Acosta, C. A. A. (2018). La Humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 13(2). <https://doi.org/10.18270/rcb.v13i2.1945>
- Bahramnezhad, F., & Asgari, P. (2021). Spiritual Care for COVID-19 Patients: A Neglected Necessity. *Infectious Diseases in Clinical Practice*, 29(1), e63. <https://doi.org/10.1097/IPC.0000000000000955>
- Ballesteros Pinzón, G. A. (2014). Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos (Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52712>
- Bambi, S., Iozzo, P., Rasero, L., & Lucchini, A. (2020). COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 39(5), 239-241. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000438>

- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria* (2da Edición). Desclée De Brouwer. Recuperado de <https://www.edesclée.com/tematicas/bioetica/humanizar-la-asistencia-sanitaria-aproximacion-al-concepto-detail>
- Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>
- Brogie, C. (2021). *Heartbreaking photo shows «hand» COVID nurse created for lonely patients*. Newsweek. Recuperado de <https://www.newsweek.com/heartbreaking-photo-shows-hand-covid-nurse-created-lonely-patients-1582524>
- Browning, S., Watters, R., & Thomson-Smith, C. (2020). Impact of Therapeutic Music Listening on Intensive Care Unit Patients. *Nurs Clin N Am*, 55, 557-569.
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.06.016>
- Bryan-Wilson, J., & Heffernan, M. B. (2020). Facing Social Practice: Mary Beth Heffernan in conversation with Julia Bryan-Wilson. *Art Journal Open*. Recuperado de <http://artjournal.collegeart.org/?p=13808>
- Carlson, Drew E.; Chiu, William C. (2008). The absence of circadian cues during recovery from sepsis modifies pituitary-adrenocortical function and impairs survival, *Shock* 29 (1). <https://doi.org/10.1097/shk.0b013e318142c5a2>

- Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos. (2020). COVID-19 and animals. Recuperado de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/animals.html>
- Cesare, A. (2020). *The Use of Animal-Assisted Therapeutic Interventions in the Hospital Setting during the COVID-19 Pandemic* [Missouri State University Graduate Theses.3551]. Recuperado de <https://bearworks.missouristate.edu/theses/3551>
- Chen, C. (2020). *Food Companies and Restaurants Donating to Healthcare Workers*. Recuperado de <https://www.businessinsider.com/food-donations-healthcare-workers>
- Chlan, L., Weinert, C., Heiderscheit, A., Skaar, D., Fran Tracy, M., & Savik, K. (2011). Effects of patient-initiated music listening on anxiety in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 39(12), 13. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000408627.24229.88>
- Choi, P. J., Curlin, F. A., & Cox, C. E. (2019). Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliative & Supportive Care*, 17(2), 159-164. <https://doi.org/10.1017/S147895151800010X>
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Propuesta de la Política Nacional de Humanización de la Salud—“Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana”*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
- Delaney, L.; Litton, E.; Van Haren, F. (2019) The effectiveness of noise interventions in the ICU. *Current Opinion in Anaesthesiology*: 32 (2) p. 144-149
<https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000708>
- Diaz-Amado, E. (2017). *La humanización de la salud: Conceptos, críticas y perspectivas*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Diego-Cordero, R., López-Gómez, L., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2021). Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nursing Outlook*.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.017>
- Dowd, B. (2020). *Project Smile sends more than 2,300 uplifting cards to Phoenix-area hospitals*. KJZZ. Recuperado de <https://kjzz.org/content/1633701/project-smile-sends-more-2300-uplifting-cards-phoenix-area-hospitals>
- Durrington, H.J., Clark, R., Greer, R. *et al.* (2017). ‘In a dark place, we find ourselves’: light intensity in critical care units. *ICMx* 5, (9)
<https://doi.org/10.1186/s40635-017-0122-9>

- D'Acquisto, F. (2017). Affective immunology: Where emotions and the immune response converge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(1), 9-19.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.1/fdacquisto>
- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
- Fernández-Ortega, M. Á. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM*, 47(6), 251-254.
- García-Sánchez, E. (2020). Humanizar la Muerte en Tiempos de Crisis Sanitaria: Morir Acompañado, Despedirse y Recibir Atención Espiritual. *Cuad Bioet*, 31(102), 203-222. <https://doi.org/10.30444/CB.62>
- GestarSalud. (2020). Icontec busca la humanización de la salud en Colombia con Acreditación en Salud. Recuperado de <https://gestarsalud.com/2020/02/07/icontec-busca-la-humanizacion-de-la-salud-en-colombia-con-acreditacion-en-salud/>
- Gutiérrez, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38.
- Heras la Calle, G. (2017). *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. Ed. Médica Distribuna.
- Hosey, M. M., Jaskulski, J., Wegener, S. T., Chlan, L. L., & Needham, D. M. (2018). Animal-assisted intervention in the ICU: A tool for humanization. *Critical Care*, 22(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-1946-8>

- Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC. (s. f.). *Humanización de la Atención*. Acreditación en Salud. Recuperado de <https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/>
- Imbriaco, G., & Monesi, A. (2020). Names and numbers: How COVID-19 impacted on de-humanization of ICU patients. *Journal of the Intensive Care Society*. <https://doi.org/10.1177/1751143720925976>
- Jeitziner, M.-M., Camenisch, S. A., Jenni-Moser, B., Schefold, J. C., & Zante, B. (2021). End-of-life care during the COVID-19 pandemic—What makes the difference? *Nursing in Critical Care*, 26(3), 212-214. <https://doi.org/10.1111/nicc.12593>
- Kashinsky, L. (2020). *Claps for Massachusetts medical workers, first responders battling coronavirus*. Recuperado de <https://www.bostonherald.com/2020/04/03/clap-for-massachusetts-medical-workers-first-responders-battling-coronavirus-at-7-p-m-tonight/>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Lee, C.-H., Lee, C.-Y., Hsu, M.-Y., Lai, C.-L., Sung, Y.-H., Lin, C.-Y., & Lin, L.-Y. (2017). Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial. *Biological Research For Nursing*, 19(2), 137-144. <https://doi.org/10.1177/1099800416669601>

- Lee, C.-H., Lai, C.-L., Sung, Y.-H., Lai, M. Y., Lin, C.-Y., & Lin, L.-Y. (2017). Comparing effects between music intervention and aromatherapy on anxiety of patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: A randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, 26(7), 1819-1829. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1525-5>
- Leone, S. (2018). Humanization of Medicine. Historical Development. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 8, 1-14. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.001>
- March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245-247. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>
- Mariappan, P. M., Raghavan, D. R., Abdel Aleem, S. H. E., & Zobia, A. F. (2016). Effects of electromagnetic interference on the functional usage of medical equipment by 2G/3G/4G cellular phones: A review. *Journal of Advanced Research*, 7(5), 727-738. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2016.04.004>
- Marin-Corral, J., Garcia-Sanz, À., & Masclans, J. R. (2020). Humanizing ICU Coronavirus Disease 2019 Care. *Chest*. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.10.024>
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.-L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of

the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>

McCullough, A., Ruehrdanz, A., & Jenkins, M. (2016). The Use of Dogs in Hospital Settings. *HabriCentral: Resources for the Study of the Human-Animal Bond*.

Recuperado de <https://www.habri.org/>

Melegari, G., Rivi, V., Barbieri, L., Bertellini, E., & Blom, J. (2020). Strategies to humanize the medical treatments and mourning in COVID-19 Intensive Care Units [Preprint]. Preprints. <https://doi.org/10.22541/au.159534706.61141856>

Nolan, S., Saltmarsh, P., & Leget, C. J. W. (2011). Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. *European Journal of Palliative Care*, 86-89.

Ostherr, K., Killoran, P., Shegog, R., & Bruera, E. (2015). Death in the Digital Age: A Systematic Review of Information and Communication Technologies in End-of-Life Care. *Journal of palliative medicine*, 19.

<https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0341>

Patel, A. (2020). Initial Public Health Response and Interim Clinical Guidance for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak—United States, December 31, 2019–February 4, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69.

<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6905e1>

Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P. and Laha, S. (2014), The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and

surgical intensive care patients. *Anaesthesia*, 69: 540-549.

<https://doi.org/10.1111/anae.12638>

Patiño, J. F. (2004). “En busca del Hipócrates moderno”. *Persona y Bioética*, 22-23.

Recuperado de

<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/895>

Rojas, V. (2019). Humanización de los Cuidados Intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>

Santacruz-Bravo, J. D. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Universidad y Salud*, 18(2), 373. <https://doi.org/10.22267/rus.161802.47>

Scheunemann LP, Ernecoff NC, Buddadhumaruk P, et al. (2019). Clinician-Family Communication About Patients’ Values and Preferences in Intensive Care Units. *JAMA Intern Med.* 179(5):676–684. <https://doi:10.1001/jamainternmed.2019.0027>

Setzer, W. N. (2009). Essential oils and anxiolytic aromatherapy. *Natural Product Communications*, 4(9). <https://doi.org/10.1177/1934578X0900400928>

Śmieciuszewski, A. (2020). *Cedars-Sinai Nurses Find a Way to Share Their Smiles*. Cedars-Sinai. Recuperado de <https://www.cedars-sinai.org/blog/covid-19-id-project-at-cedars-sinai.html>

- Tranquada, J. (2020). *Photo Project Builds Connections Between Patients, Doctors in Pandemic*. Occidental College. Recuperado de <https://www.oxy.edu/news/photo-project-builds-connections-between-patients-doctors-pandemic>
- Transportation Security Administration. (2020). TSA officers at Newark Airport crafted get well cards for COVID-19 patients in isolation at a local New Jersey hospital. Recuperado de <https://www.tsa.gov/news/press/releases/2020/04/14/tsa-officers-newark-airport-crafted-get-well-cards-covid-19-patients>
- Velasco Bueno, J. M., & Heras la Calle, G. (2020). Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.001>
- Vert, C., Gascon, M., Ranzani, O., Márquez, S., Triguero-Mas, M., Carrasco-Turigas, G., Arjona, L., Koch, S., Llopis, M., Donaire-Gonzalez, D., Elliott, L. R., & Nieuwenhuijsen, M. (2020). Physical and mental health effects of repeated short walks in a blue space environment: A randomised crossover study. *Environmental Research*, 188. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109812>
- Wang, S. S. Y., Teo, W. Z. Y., Yee, C. W., & Chai, Y. W. (2020). Pursuing a Good Death in the Time of COVID-19. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 754-755. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0198>
- Wiersinga, W. J., Rhodes, A., Cheng, A. C., Peacock, S. J., & Prescott, H. C. (2020). Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease

2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*, 324(8), 782-793.

<https://doi.org/10.1001/jama.2020.12839>

YekeFallah, L., Aghae, F., Azimian, J., Heidari, M. A., & Hasandoost, F. (2018). Tactile stimulation improves consciousness and vital signs in patients with traumatic brain injury. *Nursing2020 Critical Care*, 13(6), 18-22.

<https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000546310.00168.30>