

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2019-20

TRABALLO FIN DE GRAO

**Necesidades de las familias y estrategias
humanizadoras en las Unidades de Cuidados
Intensivos.**

Raquel Macías Ventureira

Directora: Prof. Carmen M^a Sánchez Álvarez

Xuño 2020

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Contexto	7
2.3 Situación actual	13
3. Justificación	16
4. Hipótesis	17
5. Objetivos	17
5.1 Objetivo Principal	17
5.2 Objetivos Específicos	17
6. Diseño Metodológico	18
6.1 Tipo de estudio	18
6.2 Localización y Selección de Estudios	18
6.3 Revisión y Análisis de los Estudios Seleccionados	24
7. Resultados	28
8. Discusión	36
9. Conclusiones	39
10. Bibliografía	40
11. Anexos	43

Glosario de abreviaturas

RAE	Real Academia Española
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
SEMICYUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Un. Coronarias
SERGAS	Servicio Gallego de Salud
CHUAC	Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
HUAC	Hospital Universitario A Coruña
MeSH	Medical Subject Headings
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
CASPe	Critical Appraisal Skill Programme español
CEBM	Centre for Evidence-Based Medicine

Índice de Tablas y Figuras

Tabla I: Descriptores DeCS	18
Tabla II: Descriptores MeSH	19
Tabla III: Términos de búsqueda y resultados en PUBMED	19
Tabla IV: Términos de búsqueda y resultados en SCOPUS	20
Tabla V: Términos de búsqueda y resultados en DIALNET	20
Tabla VI: Términos de búsqueda y resultados en CUIDEN	21
Tabla VII: Resultados de la búsqueda aplicando filtros	22
Figura I: Estrategias de búsqueda	22
Tabla VIII: Estudios seleccionados	23
Tabla IX: Otros documentos seleccionados	24
Tabla X: Puntuación artículos según AGREE II por dominios	25
Tabla XI: Puntuación CASPe	25
Tabla XII: Niveles de evidencia CEBM	26
Tabla XIII: Grados de recomendación basados en la evidencia	27
Tabla XIV: Características Metodológicas de los Estudios seleccionados	27
Tabla XV: Contexto, Objetivos y Resultados de los estudios seleccionados	29
Tabla XVI: Resultados de los Estudios sobre Humanización de las UCI	30

1. RESUMEN

Introducción: Las unidades de cuidados intensivos se caracterizan por una alta tecnificación y complejidad, lo que puede relegar al binomio paciente-familia a un segundo plano. Un paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos genera un cambio importante en su entorno más cercano, por ello debe ser prioritario el cuidado integral y la implantación de estrategias humanizadoras que ayuden a pacientes y familiares durante este proceso.

Objetivos: Realizar una revisión exhaustiva de la evidencia más reciente acerca del beneficio de implantar estrategias humanizadoras en las unidades de cuidados intensivos.

Metodología: Revisión bibliográfica sistemática en las Bases de Datos Pubmed, SCOPUS, Dialnet, Cuiden y otros recursos.

Resultados: se seleccionaron para revisión final 7 artículos: 2 estudios descriptivos, 1 estudio exploratorio, 4 revisiones bibliográficas y una guía de información para familiares. Se describen las necesidades que demandan pacientes y familiares y las opiniones e intervenciones humanizadoras a implantar por parte de los profesionales.

Discusión: Se buscaron artículos en las principales bases de datos, que incluyen amplios objetos de estudio como pacientes, familia y profesionales y diferentes variables de estudio como: necesidades de la familia y pacientes, opiniones de profesionales y factores que dificultan o favorecen la implementación de estrategias humanizadoras.

Conclusiones: Las intervenciones humanizadoras evidencian una mejora en la vivencia del ingreso en UCI de familias y pacientes, pero es necesario crear protocolos de atención a familias y formar en técnicas de comunicación y habilidades sociales a los profesionales que en ellas desarrollan su actividad profesional.

Palabras Clave: familia, enfermería de la familia, enfermería, enfermería de cuidados críticos, cuidados críticos, unidades de cuidados intensivos, humanización de la asistencia, adulto

RESUMO

Introdución: As unidades de coidados intensivos caracterízanse por unha alta tecnificación e complexidade, que poden relegar a un segundo plano o binomio paciente-familia. Un paciente ingresado nunha unidade de coidados intensivos xera un cambio importante no seu entorno máis próximo, polo que debe dar prioridade á atención integral e á aplicación de estratexias humanizadoras que axuden aos pacientes e as familias durante este proceso.

Obxectivos: Realizar unha revisión integral das últimas probas sobre o beneficio da aplicación de estratexias humanizadoras en unidades de coidados intensivos.

Metodoloxía: Revisión bibliográfica sistemática nas Bases de Datos Pubmed, SCOPUS, Dialnet, Cuiden e outros recursos

Resultados: Seleccionáronse 7 artigos para a revisión final: 2 estudos descritivos, 1 estudo exploratorio, 4 revisións bibliográficas e unha guía de información para familiares. Descríbense as necesidades que demandan pacientes e familias e as opinións e intervencións humanizadoras que deben aplicar os profesionais.

Discusión: Buscáronse artigos nas principais bases de datos, que inclúen obxectos amplos de estudo como pacientes, familiares e profesionais e diferentes variables de estudo como: necesidades das familiares e pacientes, opinións profesionais e factores que dificultan ou favorecen a aplicación de estratexias humanizadoras.

Conclusións: As intervencións humanizadoras mostran unha mellora na experiencia de ingreso na UCI para familias e pacientes, pero é necesario crear protocolos de atención ás familias e formar profesionais que desenvolvan as súas actividades profesionais en técnicas de comunicación e habilidades sociais

Palabras chave: familia, enfermaría da familia, enfermaría, enfermaría de coidados críticos, coidados críticos, unidades de coidados críticos, humanización da asistencia, adulto

ABSTRACT

Introduction: Intensive care units are characterized by high technicality and complexity, which can relegate the patient-family binomial to the background. A patient admitted to an intensive care unit generates an important change in his closest environment, so comprehensive care and the implementation of humanizing strategies that help patients and families during this process must be a priority.

Objectives: Carry out an exhaustive review of the most recent evidence about the benefit of implementing humanizing strategies in intensive care units.

Methodology: systematic review was made by searching in databases like Pubmed, SCOPUS, Dialnet, Cuiden and other resources.

Results: 7 articles were selected for final review: 2 descriptive studies, 1 exploratory study, 4 bibliographic reviews and an information guide for relatives. The needs of patients and families and the opinions and humanizing interventions to be implemented by professionals are described.

Discussion: Articles were searched in the main databases, which include broad objects of study such as patients, family and professionals and different study variables such as: needs of the family and patients, opinions of professionals and factors that hinder or favor the implementation of humanizing strategies.

Conclusions: Humanizing interventions show an improvement in the experience of ICU admission for families and patients, but it is necessary to create care protocols for families and train professionals who carry out their professional activities in communication techniques and social skills.

Keywords: family, family nursing, nursing, critical care, intensive care units, humanization of assistance, adult

2. INTRODUCCIÓN

Humanizar: según la RAE significa: hacer humano, familiar y afable a alguien o algo.

Cuidado: Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

Unidades de cuidados intensivos (UCI): son áreas especiales, pertenecientes al servicio de medicina intensiva que acogen a personas en situación crítica que requieren de tratamiento, cuidados y vigilancia continuados.

2.1 Antecedentes

ORIGEN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

La primera referencia que tenemos sobre áreas de **atención a pacientes críticos** data de 1854-1856 durante la guerra de Crimea, donde la precursora es Florence Nightingale y su protocolo de atención crítico en el campo de Scurati, allí se dio cuenta que los enfermos más graves debían atenderse en zonas especiales¹.

En los años 30, en Alemania se crearon locales para acoger a pacientes recién operados y continuar allí sus tratamientos. Durante la segunda guerra mundial (1939-1945), se desarrollaron salas de cuidados intensivos y recuperación postquirúrgica, las cuales se especializaron gracias a los avances en ventilación mecánica, técnicas de reanimación, uso de antibióticos y monitoreo hemodinámico.

En la década de 1940, Walter Dandy, neurocirujano estadounidense, agrupó en una misma unidad a pacientes neuroquirúrgicos con el fin de someterlos a vigilancia continuada.

Durante las epidemias de poliomielitis de los años 1947 a 1952 se reunieron pacientes con parálisis respiratorias en las llamadas unidades de respiración artificial. Debido al impacto epidemiológico en países de Europa y Estados Unidos, se revolucionó el servicio de atención a enfermos graves y se sentaron las bases de la ventilación mecánica, manejo de vía aérea, procedimientos y técnicas específicas para pacientes graves concretos. En Dinamarca, la prevalencia de la enfermedad se consiguió disminuir gracias al uso del respirador con presión positiva empleado en Copenhague, y posteriormente en el resto del mundo, con el que se redujo la mortalidad de pacientes con parálisis bulbar un 27%. Nacen así las **unidades de cuidados intensivos** y respiratorios y los inicios de la ventilación mecánica moderna. Estas salas se convirtieron en predecesoras de las UCI modernas, donde se controlaban volúmenes y parámetros de los pacientes, siendo una importante contribución a la medicina moderna.

En 1958, el Hospital Johns Hopkins (Baltimore), creó el primer centro multidisciplinario de cuidados intensivos, donde médicos y enfermeras se ocupaban de los cuidados continuos de los enfermos graves.

En España (1965), se crea la primera Unidad de Cuidados Intensivos en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid (anteriormente Clínica de la Concepción). Jiménez la bautizo como Unidad de Vigilancia Intensiva, entonces todavía no existían intensivistas formados en pacientes críticos y se concebía la idea de vigilancia más que la de tratar. Se instauraron turnos de guardia de 24 horas y la unidad contaba con laboratorio permanente. En 1969 se creó la primera Unidad Coronaria en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en Barcelona.

2.2 Contexto

Un paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos es un paciente con necesidades especiales y una situación crítica de salud, que representa una amenaza real o potencial de peligro de vida y que al mismo tiempo es susceptible de recuperación.

Además de la propia enfermedad debemos priorizar aspectos que van a ser percibidos por el paciente, como la sensación de vulnerabilidad, dependencia de máquinas, pérdida de autonomía, de movilidad, falta de información e incapacidad para comunicarse, que generan un importante aumento de estrés.

Como profesionales de enfermería, debemos ofrecer una **atención integral al paciente** sin olvidarnos de su **familia**. Cada persona ocupa un lugar como miembro dentro de su familia y comunidad y al ingresar en una unidad de cuidados intensivos experimenta una situación de ansiedad con importantes cambios y nuevas necesidades, a los que deben enfrentarse en muchas ocasiones de manera imprevisible y en un corto espacio de tiempo.²

Dentro del núcleo familiar también habrá un cambio de rol y nuevas adaptaciones, pues desatender las ocupaciones diarias para poder pasar más tiempo con el familiar ingresado, supone un desequilibrio en la estructura familiar y puede requerir de la ayuda de otros familiares o personas del entorno cercano³.

Las familias presentan una alta tendencia al estrés emocional, ansiedad y depresión, relacionados con la incertidumbre del diagnóstico y el miedo a la muerte y el sufrimiento de su familiar.

Cada vez reclaman más tiempo para acompañar a su familiar y muestran más interés por participar en los cuidados básicos, pero en muchas ocasiones no saben cómo solicitarlo ni si deben realizarlo, y esperan a que sean los profesionales sanitarios quienes se los ofrezcan.

Por ello, las enfermeras debemos tomar la iniciativa y alentar a las familias a acercarse a su familiar y explicarles la situación y que es lo que se van a encontrar, de este modo les ofrecemos la oportunidad de sentirse útiles, ya que, en muchas ocasiones no saben cómo comunicarse si su familiar está sedado y únicamente aciertan a mirar los monitores, lo que se traduce en una visita amarga que aumentará la angustia una vez se haya terminado.

Suele ser habitual en estas unidades, que las familias abandonen la unidad sin necesidad de aviso de fin de visita.

Otro de los problemas añadidos son las políticas de ucis cerradas y horarios restrictivos que impiden este tipo de cuidados⁴. Con horarios más amplios y flexibles, podrían participar más activamente en el cuidado y disminuir su ansiedad y la de su familiar al tener más control sobre el proceso, y observar por sí mismos que los cuidados brindados son los correctos y se garantiza su bienestar, de este modo conocerían la rutina de las unidades y sabrían que pasa en ellas durante las horas que permanecen en las salas de espera.

La estructura de las unidades también es un problema, pues suelen ser de carácter abierto, despojando a familiares y pacientes de privacidad y teniendo que compartir las escasas horas de visita con el resto de pacientes, familias y personal. Además, la alta tecnología y el impacto del aparataje que en ella se desarrolla, sumada en muchas ocasiones a información escasa, conlleva a una situación de descontrol y sufrimiento.

Según la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias), la flexibilidad de horarios de visitas en las UCI es un indicador de calidad⁵, sin embargo, en nuestro país todavía domina una cultura de UCI cerrada.

La separación del paciente de su familia y el sentimiento de sentirse inseguro en un entorno desconocido también genera un importante estrés y sufrimiento espiritual que junto con el propio proceso de enfermar genera una alta vulnerabilidad y sufrimiento. En muchas ocasiones, nos encontramos con pacientes que se angustian o agitan al despertarse tras una sedación y se encuentran en un lugar desconocido, rodeado de gente extraña y sin saber en dónde se encuentran ni que les ha pasado, ese estrés se podría reducir facilitando la entrada a las familias.

El familiar debe estar informado sobre el funcionamiento de la unidad y sus espacios, aquellas situaciones que se podrían dar en relación con el estado

de su familiar y que recursos materiales y profesionales están a su disposición. Es importante implicar a las familias en aquellas tareas y cuidados que no requieran una capacitación especial, ya que ello contribuiría a disminuir la ansiedad y preocupación que genera el ingreso del familiar crítico. Muchos de los pacientes atendidos en estas unidades no se encuentran conscientes o están incapacitados para comunicarse, por lo que debemos considerar a sus familiares como los principales interlocutores⁶.

Es una importante labor de la enfermería ayudar a la familiar a adoptar una actitud adecuada de cara a su familiar, resolver dudas que puedan surgir y prepararlos para tomar decisiones, pues ellos son las personas que mejor pueden transmitir los deseos de su familiar.

Multitud de estudios nos revelan que uno de los aspectos de mayor preocupación en las familias es la falta de **información**, la cual puede no ser ofrecida de modo comprensible y suele darse solo una vez al día, coincidiendo con la visita, momento en el que el nivel de estrés es mayor y pueden quedarse con dudas que posteriormente busquen resolverlas con el personal de enfermería. Por ello, es importante un consenso y buena comunicación entre profesionales, así la información será coherente y completa y la satisfacción de familiares mejorada.

El proceso de informar es una habilidad que debe ser trabajada por todos los profesionales que conforman las unidades de asistencia sanitaria, si añadimos el hándicap de estar en unidades de críticos donde la información se ofrece bajo situaciones de gran carga emocional, el nivel de habilidad debe ser mayor.

El consenso entre profesionales a la hora de ofrecer información contribuye a establecer una correcta **relación paciente-familia-profesional**, además de brindar un importante recurso en el proceso de toma de decisiones.

En origen, las unidades de críticos se conformaban como unidades cerradas, con visitas restrictivas en horario y número de visitantes, con una

orientación de la práctica clínica más centrada en la enfermedad y su resolución que en la propia persona, generando una despersonalización en la que la atención al paciente desde una perspectiva global e integral se perdía.

Durante años, esta práctica se ha visto influida por una presión asistencial excesiva, condiciones inadecuadas de trabajo y escasez de recursos, todos estos factores generaban un efecto negativo en el paciente, que, sumados a la inapropiada estructura física de las unidades, horarios y visitas restrictivas e información escasa, aumentaban la vulnerabilidad de los pacientes y convertían a sus familias en víctimas indirectas del sistema.

En la actualidad, las evidencias disponibles nos indican que es preciso un cambio de paradigma, en el cual se homogenicen y consensuen criterios, entendiendo la asistencia sanitaria de forma integral, teniendo en cuenta las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual⁷.

Con esta nueva visión de los cuidados, se hace indispensable la inclusión de la familia dentro de “ese todo” a tratar.

Existe una creciente **tendencia de cambio** al permitir la participación de las familias en los cuidados, mejorando la atención a sus necesidades y flexibilizando las normas de las UCI.

Se ha evidenciado que, gracias al avance de la tecnología, los procesos y el esfuerzo de los profesionales, el impacto de la **humanización** en la práctica clínica no solo es beneficioso para los pacientes, sino que disminuye la ansiedad en las familias y aumenta la satisfacción de los profesionales, todo esto se traduce en un aumento de la calidad de la atención sanitaria.

Hoy en día, el termino **Humanizar**, ha cobrado gran relevancia hasta convertirse en un elemento diferenciador de la excelencia en el cuidado. Las sociedades científicas han dado prioridad a programas específicos de humanización, con el objetivo de educar y sensibilizar a los profesionales.

Como dice Gabriel Heras, creador del proyecto Humanizando los cuidados intensivos (**proyecto HU-CI**), “es necesario resituar a los pacientes y a las personas en el centro del sistema, revisando la atención a los pacientes, a las familias y analizar las necesidades de los profesionales”.

Con este nuevo concepto sobre la mesa, nace en 2014 un Proyecto de Investigación internacional “Humanizando los cuidados intensivos” (HU-CI)⁸, cuyo fin es ofrecer un guion de actuación a los profesionales, familias y pacientes y acercar los cuidados intensivos a la población general.

Figura 1. Líneas Estratégicas proyecto HU-CI



Fuente: Elaboración Propia

Desde entonces, son muchas las comunidades autónomas que se han sumado a este proyecto de humanización y que han creado sus propios planes de actuación, extrapolando la humanización no solo a las unidades de cuidados críticos, sino a toda la asistencia sanitaria, Ej.: Plan Dignifica “humanizando la asistencia sanitaria”, del servicio de salud de Castilla la Mancha⁹, o el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid¹⁰. En Galicia, el 6 de febrero del 2020, tuvo lugar en el Hospital Álvaro Cunqueiro, la presentación de la **estrategia de humanización del servicio gallego de salud (SERGAS)**, con la que se

pretende gestionar la sanidad pública con una perspectiva centrada en las personas.

A pesar del avance de los últimos años y de evidenciarse la importancia de la humanización, en torno a un 60% de las UCI de España están acogidas a estrategias de humanización, lo que no implica que en todas ellas se lleven a cabo íntegramente las líneas estratégicas del Proyecto HUCI, ya que en un 70% de ellas las visitas siguen siendo restrictivas en tiempo y horario y la información sigue demorándose a una única visita médica una vez al día.

En este contexto, surge la necesidad de mejorar la enseñanza humanística desde la formación de los profesionales, incluyendo en la programación docente contenidos de estas características, pues la clave del éxito en la humanización está en el compromiso, dedicación y formación de los profesionales que constituyen el sistema sanitario.

2.3 Situación Actual

El proyecto HUCI se presenta con 159 medidas que se distribuyen en 7 líneas estratégicas, con el fin de dirigir a los profesionales hacia una práctica humanizada. Las siguientes líneas estratégicas hacen referencia a la importancia de incluir a las familias en el proceso de atención sanitaria.

Línea estratégica 1	UCI DE PUERTAS ABIERTAS: PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS	SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL
		ACCESIBILIDAD
		CONTACTO
		PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS.
		SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS DE LOS FAMILIARES

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO
		COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA
		COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	PRIVACIDAD DEL PACIENTE
		CONFORT AMBIENTAL DEL PACIENTE
		ORIENTACIÓN DEL PACIENTE
		CONFORT EN EL ÁREA DE FAMILIARES
		CONFORT Y FUNCIONALIDAD EN EL ÁREA DE CUIDADOS
		CONFORT EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE STAFF
		DISTRACCIÓN DEL PACIENTE
		HABILITACIÓN DE ESPACIOS EN JARDINES O PATIOS
		SEÑALIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD

Actualmente, la UCI pediátrica y la unidad de neonatos del Hospital Infantil Teresa Herrera, cuentan con un plan de humanización en el que ya es posible que los padres entren de manera ordenada durante las 24 horas del día, pudiendo estar presentes incluso en aquellos momentos en los que se esté realizando alguna técnica.

En el CHUAC (complejo hospitalario universitario de A Coruña), se ha creado una **comisión de humanización**, y para los cuidados críticos una subcomisión de humanización y un grupo de trabajo.

Dentro de las líneas estratégicas abordadas, se incluye la ampliación de los horarios de las visitas en todas las UCI y REANIMACION en horario de tarde, manteniendo el horario de mañanas que se reduce a 1 hora y media en la UCI de la 5ª planta y 1 hora en la UCI de la 6ª planta, por lo que por el momento **no cuentan con puertas abiertas**.

En cuanto a la **comunicación**, se propone un decálogo sobre las unidades que pueda ser impreso en carteles. Identificación de los profesionales con nombre y categoría mediante chapas de identificación y la posibilidad de formación en habilidades de comunicación.

En relación con el **bienestar del paciente**, se pretenden implantar medidas de control de la iluminación nocturna, ruidos, mediciones de ruido y relojes digitales para orientación de los pacientes.

También se considera, permitir que las familias **participen en los cuidados**, dotar los huecos con sillas para permitir el acompañamiento y aumentar los horarios de visitas.

Otro de los puntos previstos, está destinado a la **prevención** del estrés laboral o síndrome de **Burn-out**.

Para reducir el **síndrome post-uci**, se dispone de protocolos de continuidad de cuidados, llamado plan de cuidados al alta (conecta 72) y que ya se lleva a cabo en todos los servicios hospitalarios con seguimiento desde atención primaria.

Para lograr la **infraestructura humanizada** se pretende renovar y dotar las salas de espera con mobiliario confortable, paneles de información y buzones de sugerencias.

Y en relación con los **cuidados al final de la vida**, se propone la colaboración en la elaboración de protocolos de cuidados al final de la vida con el comité de cuidados paliativos. Informar sobre la importancia de las voluntades anticipadas y programas sociales de voluntariado y apoyo a las familias en el proceso de duelo. Se incluye en este punto el protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico.

3. JUSTIFICACIÓN

En las unidades de cuidados intensivos, el nivel de tensión y la dificultad en la toma de decisiones a las que se ven sometidos los profesionales es mayor que en otras unidades asistenciales, si a esto le añadimos que el ambiente, la infraestructura, así como los horarios inadecuados de visita, el desarrollo de la actividad profesional bajo la influencia de estos factores resultará en una afectación negativa sobre los pacientes y sus familias.

La evidencia consultada, nos indica que es preciso un cambio de paradigma, en el que el núcleo central de nuestra práctica asistencial sea el paciente y su familia, escapando de la medicina paternalista y humanizando los cuidados.

Con el impacto que supone en el entorno familiar la enfermedad y la hospitalización, se hace necesario establecer nuevos programas y protocolos de ayuda y apoyo, pues los hospitales pueden sentirse como lugares hostiles que en lugar de propiciar una expresión de sentimientos lo dificultan, y no podemos obviar que la presencia de la familia en el cuidado es de suma importancia para la recuperación del paciente.

Por ello, cobran cada vez más importancia las estrategias de humanización en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, ofreciendo a la enfermería herramientas con las que planificar intervenciones para ofrecer un cuidado de calidad, tanto a pacientes como familiares.

4. HIPÓTESIS

Las nuevas líneas de investigación abiertas hacia la humanización de los cuidados nos indican que la vivencia de pacientes y familias en las unidades de críticos puede ser notoriamente satisfactoria con la integración de estrategias humanizadas.

Ha: La implantación de estrategias de humanización por parte de la enfermería mejoran las vivencias de pacientes y familias reduciendo su ansiedad ante el proceso.

Ho: No existe una mayor satisfacción en pacientes y familias al poner en marcha estrategias de humanización por parte de la enfermería.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Principal

Realizar una revisión exhaustiva de la evidencia científica más reciente acerca del beneficio de implantar estrategias de humanización en las UCI en pacientes y familias.

5.2. Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades que presentan los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos.
- Valoración de la estancia y cuidados en uci de familiares y pacientes.
- Intervenciones humanizadoras en las unidades de críticos.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de Estudio

Revisión bibliográfica de la mejor evidencia científica existente sobre la importancia de incluir a las familias en los cuidados con el fin de reducir su ansiedad y la del propio paciente, centrando la revisión bibliográfica en los beneficios y resultados de incluir estrategias de humanización en las unidades de cuidados intensivos.

6.2. Localización y Selección de Estudios

LOCALIZACIÓN

El primer paso consistió en reducir la pregunta de investigación a términos de búsqueda MeSH, DeCS y palabras clave, con el fin de elaborar un listado de términos relevantes que nos permitan obtener la información necesaria. Los términos empleados fueron los siguientes:

Tabla I: Descriptores DeCS¹¹

Descriptores DeCS	Definición
Familia	Un grupo social compuesto por padres, o padres sustitutos e hijos.
Enfermería de la Familia	La provisión de atención involucrando el proceso de enfermería a familias y miembros de la familia en situaciones de salud y enfermedad.
Enfermería	Usado con enfermedades para cuidados de enfermería y técnicas propias de conducta. Incluye el rol de la enfermería en los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos
Enfermería de Cuidados Críticos	Una de las especialidades de enfermería que se ocupa específicamente de la atención de pacientes que están gravemente enfermos.
Cuidados Críticos	Tratamiento de salud proporcionado a pacientes en estado crítico de enfermedad
Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades hospitalarias que proporcionan atención intensiva y continua a pacientes en estado grave.
Humanización de la atención	Tipo de asistencia que se supone que el tratamiento es más efectivo cuando el paciente sea escuchado y respetado por los profesionales de la salud. También es necesario humanizar las condiciones de trabajo de estos profesionales.
Adulto	Una persona que ha alcanzado pleno crecimiento o madurez. Los adultos tienen entre 19 y 44 años. Para una persona entre 19 y 24 años, adulto joven está disponible.

Fuente: Elaboración propia

Tabla II: Descriptores MeSH

MeSH descriptors	Definitions
Family	A social group consisting of parents or parent substitutes and children.
Family nursing	The provision of care involving the nursing process, to families and family members in health and illness situations.
Nursing	Used with diseases for nursing care and techniques in their management. It includes the nursing role in diagnostic, therapeutic, and preventive procedures
Critical care nursing	A nursing specialty that deals specifically with the care of patients who are critically ill
critical care	Health care provided to a critically ill patient during a medical emergency or crisis.
Intensive care units	Hospital units providing continuous surveillance and care to acutely ill patients.
Humanization of Assistance	Kind of assistance that assumes that treatment is most effective when the patient is heard and respected by health professionals. Conversely, it is also necessary to humanize working conditions of these professionals.
Adult	A person having attained full growth or maturity. Adults are of 19 through 44 years of age. For a person between 19 and 24 years of age, young adult is available.

Fuente: Elaboración Propia

La búsqueda inicial se realizó a través de Google Académico y O Mergullador. A continuación, se describen las Bases de Datos, Páginas Web y otros recursos electrónicos utilizados, así como la estrategia de búsqueda:

BASES DE DATOS

Medline vía Pubmed: Base de datos de referencia en Ciencias de la Salud. Es producida por la National Library of Medicine, organismo que depende del gobierno de Estados Unidos. Acceso gratuito.

Tabla III: Términos de búsqueda y resultados en Pubmed

Términos de búsqueda	Resultados
(((((("familiarities"[All Fields] OR "familiality"[All Fields]) OR "familiarily"[All Fields]) OR "familials"[All Fields]) OR "familie"[All Fields]) OR "family"[MeSH Terms]) OR "family"[All Fields]) OR "familial"[All Fields]) OR "families"[All Fields]) OR "family s"[All Fields]) OR "familys"[All Fields]) AND ("intensive"[All Fields] OR "intensives"[All Fields]) AND ((("unite"[All Fields] OR "united"[All Fields]) OR "unites"[All Fields]) OR "uniting"[All Fields]) AND "Care"[All Fields] AND ((("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) OR "adults"[All Fields]) OR "adult s"[All Fields])	3111
Filtros: texto completo gratuito, en los últimos 5 años, español, adulto	18

Fuente: Elaboración propia

SCOPUS: Base de datos de referencias bibliográficas y citas de la empresa Elsevier, de literatura peer review y contenido web de calidad, con herramientas para el seguimiento análisis y visualización de la investigación.

Tabla IV: Términos de búsqueda y resultado en SCOPUS

Términos de búsqueda	Resultados
(TITLE-ABS-KEY (family AND nursing) AND TITLE-ABS-KEY (critical AND care AND nursing) OR TITLE-ABS-KEY (intensive AND care))	5711
Filtros: acceso abierto, años 2016-2020, idioma: español	12

Fuente: Elaboración propia

DIALNET: Portal que recopila y proporciona acceso a documentos publicados en España en cualquier lengua, publicados en español en cualquier país o que traten sobre temas hispánicos. Los contenidos incluyen artículos de revistas, capítulos de monografías colectivas, tesis doctorales, libros. Su amplia cobertura convierte a Dialnet en la mayor base de datos de artículos científicos hispanos accesible de modo gratuito en Internet.

Tabla V: Términos de búsqueda y resultado en DIALNET

Términos de búsqueda	Resultados
family nursing AND critical care nursing OR intensive care	55
Filtros: texto completo, artículos de revista, rango años 2010 a 2020, idioma español, países España.	16

Fuente: Elaboración propia

CUIDEN: Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Índex que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades y de promoción de la salud, como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos, incluso materiales no publicados, cuyos contenidos han sido evaluados previamente por un comité de expertos.

Tabla VI: Términos de búsqueda y resultado en CUIDEN

Términos de búsqueda	Resultados
("enfermería")AND(("humanizacion")AND(("de")AND(("la")AND(("asistencia")OR(("cuidados")AND("criticos"))))))	409
Filtros: revisión, acotado a 2015 a 2020	13

Fuente: Elaboración propia

La búsqueda se realizó entre los meses de **enero a abril** de 2020 y se limitó a los años 2015 – 2020, con el objetivo de revisar la evidencia más reciente.

SELECCIÓN

Se fijaron previamente unas normas de selección de estudios, basadas en la bibliografía científica y los objetivos de esta Revisión.

Criterios de Inclusión:

- **Tipo de estudio:** Investigación cualitativa y cuantitativa
- **Selección:** Documentos que incluyan en título o resumen los descriptores seleccionados.
- **Población a estudio:** Pacientes ingresados en unidades de críticos mayores de 18 años, sus familiares y profesionales que trabajan en unidades de críticos.
- **Acceso:** Artículos originales o revisiones de acceso libre y gratuito.
- **Cronología:** Búsqueda limitada a 5 años (2015-2020)
- **Idioma:** Documentos escritos en inglés, español y portugués

Criterios de exclusión:

- Ucis de neonatos o pediátricas.
- Artículos con una antigüedad de más de 5 años de publicación.
- Textos de acceso no gratuito o incompleto.
- Artículos que se desvían de la temática de revisión.

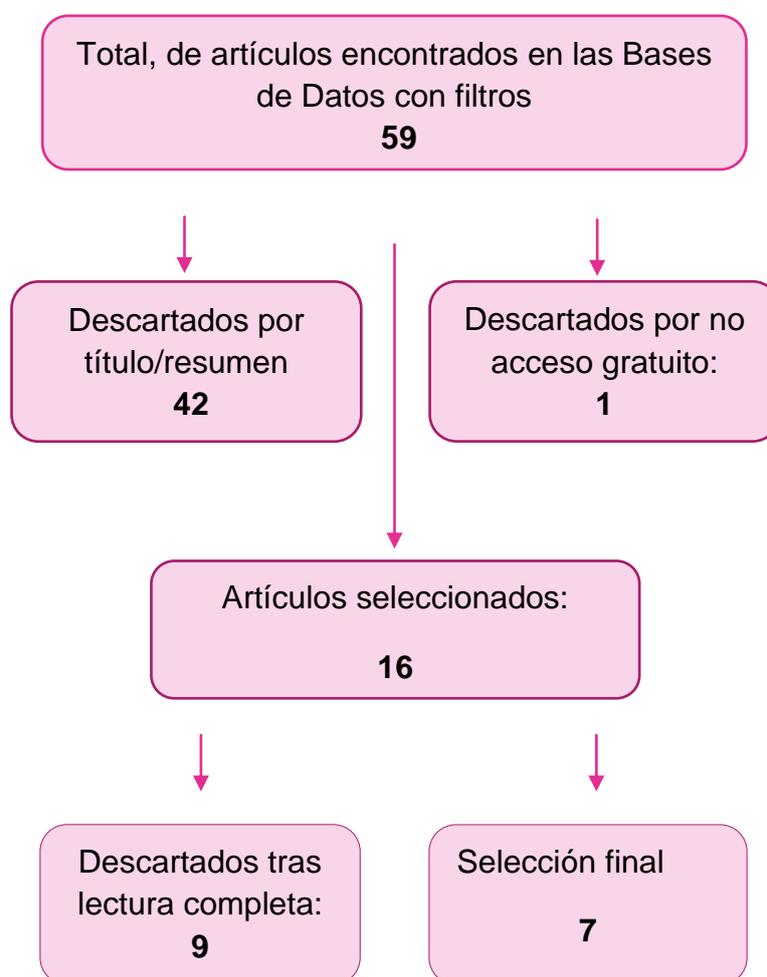
Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión y obviando los artículos repetidos, se obtienen los resultados de la Tabla VII:

Tabla VII: Resultados de la búsqueda aplicados los filtros

Fuente	Resultados
Pubmed	4
Scopus	3
Dialnet	5
Cuiden	4
Total	16

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Estrategia de Búsqueda



Fuente: Elaboración propia

En primer lugar, se realizó una búsqueda exhaustiva con los criterios descritos anteriormente, después se realizó una lectura del título y resumen

de los documentos encontrados, tras la cual se seleccionaron 16, para una lectura del documento completo.

Finalmente se seleccionaron 7 estudios que se ajustan completamente a los objetivos de esta revisión, los estudios seleccionados se muestran, a continuación, en una tabla, con sus características principales, así como con el nivel de impacto de los documentos de los que han sido extraídos.

En la tabla VII se muestra la selección definitiva con el medio de publicación y su factor de impacto.

Tabla VIII: Estudios seleccionados

Título	Autores y año	Revista	F. Impacto
1- Valoración de la estancia en uci desde el punto de vista de pacientes y familiares ¹²	Gil-Julιά B, Ballester-Arnal R, Bernat-Adell M. D, Giménez-García C, Castro-Calvo J. 2018	Rev. Esp. Salud Pública.31 de Mayo de 2018;92: e 201805011	JCR 0,635 Q4 SJR 0.24 Q3
2- Análisis de la diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes críticos ¹³	Padilla-Fortunattia C, Rojas-Silvab N, Arechabala-Mantulizb M.C. 2018	Revista Med. Intensiva.2019 mayo; 43 (4): 217-224	JCR 1,755 Q4 SJR 0.33
3- Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática. ¹⁴	Martínez-Villamea S, Alonso-Rodríguez A, Sánchez-Vallejo A, Gallego-Lorenzo J. 2019	Tiempos de enfermería y salud. 19 de septiembre de 2019;2(6):22-29.	Latindex 616
4- Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos ¹⁵	González- Guijarro P, Amezcua M. 2018	Rev. Ética de los cuidados. 2018; v11: e11934	RIC: 0,040
5- Humanización de los cuidados de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos ¹⁶	Valvidares-Mayor, M. 2017	Enf. Integral 2017; nº116, Pág:51-57	RIC 0,0769

6- Relación de ayuda de enfermería a pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos ¹⁷	Sáez- Ruiz IM, Aranda- Hernández B. 2017	Rev. Española de Comunicación en Salud.2017;8(2), pág.: 239-246	Dialnet métricas: IMPACTO 2018 0,043
7- Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos ¹⁸	Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández- Fernández M. 2016	Rev. Med Intensiva.2016;40(9): Pág:527-540	JCR 1,231 Q4 SJR: 0,334

Fuente: Elaboración propia

*JCR: JOURNAL CITATION REPORT

*SJR: SCIMAGO JOURNAL RAKING

*RIC: Repercusión Inmediata Cuiden (Índice de Impacto)

*Dialnet métricas: Índice de impacto de revistas españolas

Se incluye en la revisión la Guía de información de familiares del Hospital de Bellvitge, ya que está financiada por el proyecto HU-CI y avalada por la SEEIUC y arroja datos sobre la importancia de la familia en las UCIS.

Tabla IX: Otros documentos seleccionados

Título	Tipo de documento	Autor
Guía de información a los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos ¹⁹	Guía de información a los familiares.	Via Clavero, G; Vallés Fructuoso, O; Uya Muntaña, J; Sanjuan Navais, M; Ruiz de Pablo, B; Nogueras Haro, J; Juan Lozano, S; González Pujol, A; González Barrera, L; Gisbert Brull, X; Farigola Munuera, E; De la Cueva Ariza, L.*

Fuente: Elaboración propia

6.3. Revisión y Análisis de los Estudios Seleccionados

La **revisión** de la Guía de Información a familiares se realizó con el instrumento de lectura crítica AGREE II por ser la que mejor se adapta a este tipo de documentos.

La herramienta para lectura crítica AGREE II cuenta con 23 ítems de valoración divididos en seis dominios, seguidos de dos ítems de puntuación global. (Anexo II)

Tabla X: Puntuación artículos según AGREE II por dominios²⁰.

Artículo	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6
Guía de información a los familiares. UCI	83%	83%	30%	10%	10%	33%

Fuente: Elaboración propia

Al tratarse de una guía de información para familiares, algunos de los criterios definidos en los dominios no están especificados, lo que no implica que no se cumplan.

Del mismo modo en los dominios 3 (rigor de la elaboración) dominio 5 (aplicabilidad) y dominio 6 (independencia editorial), la baja puntuación se debe a que los ítems no están definidos en la guía y no se pueden valorar correctamente.

Para el **resto de los documentos** seleccionados se ha utilizado el programa CASPe. (Anexo III)

Tabla XI: Puntuación CASPe²¹.

Artículo	Puntuación
1. Valoración de la estancia en uci desde el punto de vista de pacientes y familiares	9
2. Análisis de la diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes críticos	9
3. Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática.	9
4. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos	8

5. Humanización de los cuidados de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos	9
6. Relación de ayuda de enfermería a pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos	9
7. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos	9

Fuente: Elaboración propia

Debido a la puntuación obtenida con la herramienta de lectura crítica CASPe, se consideran adecuados los artículos seleccionados.

El **análisis** de los estudios seleccionados se realizó atendiendo a sus características descriptivas y metodológicas, para ello se eligió la clasificación propuesta por la CEBM (Centre for Evidence-Based Medicine), la elección de esta clasificación se sustenta por su alto grado de especialización y su distinción entre los diferentes tipos de estudio.

Tabla XII: Niveles de evidencia CEMB

Nivel de evidencia CEMB	
Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho
1c	Práctica clínica (todos o ninguno)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad
2b	Estudios de cohortes o ensayo clínico de baja calidad
2c	“Outcomes research”, estudios ecológicos
3a	Revisión sistemática de estudio caso control de baja calidad
3b	Estudio caso-control
4	Serie de casos o estudios de cohortes y caso-control de baja calidad
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, “bench research” o “first principles”

Fuente: CEMB y elaboración propia

Tabla XIII: Grados de recomendación basados en la evidencia

Grados de recomendación basados en la evidencia		
Fuerza de recomendación	Nivel de evidencia sobre la que se basa	Definición
Grado A	Existe evidencia satisfactoria, por lo general de nivel 1, que sustenta la recomendación	Hay buena o muy buena evidencia para recomendarla
Grado B	Evidencia de nivel 2	Existe evidencia razonable para recomendarla
Grado C	Existe pobre evidencia, hallazgos inconsistentes. Deben ser sometidos a la aprobación del grupo de consenso	Tras analizar las evidencias disponibles en relación con posibles sesgos, el grupo de consenso las admite y recomienda la intervención
Grado D	Existe muy pobre evidencia, evidencia empírica pobre o no sistemática	Los estudios disponibles no pueden ser utilizados como evidencia, pero el grupo de consenso por experiencia considera la intervención favorable y la recomienda

Fuente: grados de recomendación de la CEBM y elaboración propia

Tabla XIV: Características Metodológicas de los Estudios seleccionados

Estudio	Diseño	Muestra	Nivel evidencia G recomendación
1. Valoración de la estancia en uci desde el punto de vista de pacientes y familiares	Estudio exploratorio	N=71 pacientes N=89 familiares	NE: 2b GR: B
2. Análisis de la diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes críticos	Estudio descriptivo de corte transversal, analítico	N=253 familiares	NE: 2c GR: B
3. Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática	Revisión sistemática cualitativa	N=Estudios:18 Cuantitativos:8 cualitativos:9 Mixto: 1	NE: 2a GR: B
4. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la	Revisión narrativa	N=36 estudios seleccionados	NE: 3a GR: B

Unidad de Cuidados Intensivos			
5. Humanización de los cuidados de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos	Revisión bibliográfica	N=27 documentos seleccionados	NE: 2a GR: B
6. Relación de ayuda de enfermería a pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos	Revisión bibliográfica	N=14 artículos seleccionados	NE: 2a GR: B
7. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos	Estudio descriptivo	N= 35 familiares 61 profesionales de enfermería	NE: 2c GR: B
8. Guía de información a los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos	Opinión de Expertos		NE 5 GR C

Fuente: Elaboración propia

Los estudios seleccionados se han ordenado según la clasificación de Nivel de Evidencia y Grados de Recomendación de la CEBM, destacando que todos ellos se encuentran entre los Niveles de Evidencia 2a - 3a y un Grado de Recomendación B, a excepción de la Guía de familiares que se clasifica con un nivel 5 y un grado de recomendación C al ser una Opinión de expertos.

7. RESULTADOS

Los resultados de los estudios seleccionados definitivamente se presentarán en dos apartados:

- Resultados de los Estudios atendiendo a los objetivos
- Limitaciones de la Revisión Bibliográfica

Resultados de los Estudios Seleccionados

Los resultados de la selección se muestran en la siguiente tabla, así como su contexto y sus objetivos

Tabla XV: Contexto, Objetivos y Resultados de los estudios seleccionados

Estudio	Contexto	Objetivos	Resultados
1. Valoración de la estancia en uci desde el punto de vista de pacientes y familiares	UCI polivalente de la Comunidad Valenciana	Valoración de pacientes y familiares sobre la estancia en UCI respecto a factores sociodemográficos y psicológicos	Valoración de pacientes y familiares sobre la estancia en UCI
2. Análisis de la diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes críticos	UCI médico-quirúrgica Hospital Clínico UC-CHRISTUS, Santiago de Chile	Analizar la diferencia entre el grado de importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes de UCI	Diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades familiares
3. Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática	Internacional	Identificar las estrategias de afrontamiento de las familias de pacientes críticos	Estrategias de afrontamiento.
4. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos	Centro Universitario San Juan de Dios, Universidad de Sevilla	Conocer las intervenciones humanizadoras que realizan los profesionales de enfermería en UCI	Intervenciones del personal de enfermería
5. Humanización de los cuidados de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos	España	Revisión de la literatura sobre la humanización de los cuidados intensivos	Necesidades familiares
6. Relación de ayuda de enfermería a pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos	Internacional	Revisión bibliográfica sobre la relación de ayuda de enfermería a pacientes ingresados en UCI	Necesidades de las familias y pacientes de las ucis
7. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos	UCI polivalente del Complejo Asistencial Universitario de León	Describir las necesidades de familiares de pacientes en UCI y la opinión de los profesionales sobre la presencia de familias en la unidad.	Necesidades de las familias. Opinión de los profesionales

8. Guía de información a los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos	Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona	Informar a las familias sobre la UCI: la unidad, su dinámica, normativa, recursos disponibles y consejos útiles.	Satisfacer las necesidades de información de las familias.
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Los estudios fueron realizados en Chile y en España, (las Revisiones Españolas incluyen estudios de Estados Unidos, Alemania, Brasil, Colombia, Hong-Kong, Turquía). Todos se centran en la valoración de familiares y pacientes acerca de las intervenciones humanizadoras y la opinión de los profesionales que en ellas desarrollan su práctica asistencial.

Tabla XVI: Resultados de los estudios sobre humanización de las UCI

Estudios	Resultados
1. Valoración de la estancia en uci desde el punto de vista de pacientes y familiares	<p>Estudio llevado a cabo en una UCI valenciana que cuenta con boxes individuales y 4 horarios de visitas, la muestra de pacientes es representada por pacientes que están conscientes y con capacidad para comunicarse.</p> <p>Se emplearon dos cuestionarios: uno de valoración de la estancia en UCI (Ballester y cols), que evalúa la percepción subjetiva de la calidad ofrecida desde el punto de vista de pacientes y familiares y que presenta dos escalas: la primera valora de forma global cuán es desagradable la estancia, la segunda proporciona información sobre la valoración de paciente y familiares sobre aspectos de la uci, cuidados y atenciones.</p> <p>El segundo cuestionario es de ansiedad y depresión (zigmod y snaith) para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de uci.</p> <p>Las valoraciones de los pacientes fueron positivas, valorando muy bien la atención de enfermería y la estancia en la UCI, en cambio se valoró de manera más negativa el régimen restringido de visitas, la posibilidad de distraerse, el silencio o la falta de tranquilidad.</p> <p>Los familiares valoraron de manera positiva los cuidados y la atención a necesidades psicológicas de pacientes y familiares. Y coincidiendo con la valoración de los pacientes valoraron de manera negativa la posibilidad de distracción en la sala de espera, pero si valoraron positivamente que la sala fuera silenciosa.</p>

	<p>En cuanto a la escala de ansiedad se encuentra que cuanto mayor es el nivel de ansiedad, más negativa es la valoración de la estancia.</p> <p>En la valoración global de la estancia, los familiares la definen como agradable y satisfechos con la información recibida, sin embargo, al comparar las valoraciones de pacientes y familiares, se valora de forma más negativa la estancia por los familiares que por los pacientes, esto puede ser debido a la tendencia de las familias de sobreestimar el malestar del paciente.</p>
<p>2. Análisis de la diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes críticos</p>	<p>Estudio realizado en la UCI del Hospital Clínico de Chile. Para determinar el grado de importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares, se empleó el cuestionario Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) de Molter Y Leske agrupándose en dos dimensiones: comunicación y apoyo. Se clasificaron las necesidades según el análisis de importancia- rendimiento (AIR) Martilla y James.</p> <p>La diferencia entre satisfacción e importancia de las necesidades familiares resultó negativa en un 71%, observándose un mayor nivel de importancia que se satisfacción percibida. En la dimensión de comunicación el 100% de las familias presentaron diferencias negativas, siendo las de mayor magnitud: tener una persona de referencia a quien llamar en el hospital o ser llamado a casa si ocurre algo. En la dimensión de apoyo un 51% de las necesidades mostró diferencia negativa siendo las de mayor valor: recibir orientación sobre que hacer al acercarse a la cama, ayuda con problemas financieros y visitar a su familiar en cualquier momento.</p> <p>En la dimensión de comunicación se observó una diferencia positiva en un 44% de las necesidades.</p> <p>Con respecto al AIR, el nivel de importancia de las necesidades en la dimensión de comunicación tiene una media de 3,74 y en la de satisfacción es de 3,34. En la dimensión de apoyo la importancia es de 3,16 y la de satisfacción de 3,03.</p> <p>La diferencia negativa observada en las necesidades de comunicación está determinada por la importancia que los familiares le atribuyen, por ello se hace necesario incorporar nuevas estrategias para mejorar la comunicación tales como: entrenamiento en continuación, participación de la enfermería en las sesiones clínicas, información sobre las UCI: su distribución, dinámica, normas, visitas, profesionales, a través de folletos o guías de fácil manejo para familiares.</p>
<p>3. Estilos de afrontamiento de los familiares de</p>	<p>Revisión bibliográfica de estudios descriptivos para describir los estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes de UCI, mediante los cuestionarios Ways of coping, Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES) y Brief-COPES</p>

<p>pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática</p>	<p>y las escalas Measure of Coping Status y escala de medición del proceso de afrontamiento.</p> <p>Se encuentra que la resolución de problemas es la forma de afrontamiento que con mayor frecuencia utilizan los familiares, siempre que aquellos conflictos que generen estrés sean susceptibles de solución. En 9 de los 10 estudios cualitativos de esta revisión se observa que la conducta universal adoptado por las familias es la pasiva, a pesar de ello se observa una demanda de acompañamiento y proximidad que puede ser entendida como un mecanismo de afrontamiento, muchos familiares expresan deseo de prestar cuidados tanto físicos como emocionales al paciente. La estrategia de reestructuración cognitiva fue verbalizada por los entrevistados como un mecanismo a través de pensamientos positivos y animo a ellos mismos.</p> <p>La búsqueda de información se presenta como una estrategia prioritaria, ya que tener cubierta la necesidad del saber mejora su ansiedad y estrés ante la situación. En cuanto al escape y el aislamiento social fueron verbalizados como los afrontamientos menos utilizados.</p>
<p>4. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p>Revisión bibliográfica sobre humanización de los cuidados en las UCI, dividiendo los resultados en base a las necesidades de humanización que precisaban los pacientes y las intervenciones enfermeras para satisfacerlas.</p> <p>1. Necesidades de humanización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Cuidados humano</u>: alude al trato que esperan recibir. - <u>Apoyo familiar</u>: régimen visitas abierto. - <u>Comunicación</u>: importancia del lenguaje no verbal. - <u>Compartir la historia personal</u>: necesidad de que conozcan sus circunstancias, gustos, preferencias. - <u>Contacto con el entorno</u>: toma de conciencia de la situación y expresiones de necesidades que percibe. - <u>Infraestructura humanizada</u>: necesidad de espacios cómodos y confortables tanto para pacientes como familias. - <u>Preservar la dignidad</u>: situación vulnerable que no todos viven del mismo modo. - <u>Apoyo tras el alta</u>: atención a las solicitudes de ayuda post-alta. <p>2. Intervenciones de enfermería humanizadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Régimen de visitas flexible</u>: familia como elemento esencial - <u>Comunicación centrada en el paciente</u>: elementos de comunicación: tono suave de voz, escucha activa, movimientos de cabeza, preguntas simples, uso de pictogramas, lápiz y papel. - <u>Comunicación con la familia</u>: pilar fundamental para atender de manera integral al paciente. - <u>Relación terapéutica</u>: empatía, asertividad y promover la calidad de vida de pacientes hospitalizados. - <u>Favorecer el descanso/sueño</u>: disminuir estímulos ambientales.

	<p>- <u>Competencias humanizadoras del profesional de enfermería:</u> formación en habilidades sociales y de comunicación, control del estrés y trabajo multidisciplinario coordinado.</p>
<p>5. Humanización de los cuidados de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos</p>	<p>Revisión bibliográfica sobre la humanización de los cuidados intensivos.</p> <p>La política de visitas restrictivas sitúa a las familias fuera de la unidad, impidiendo que puedan participar en los cuidados y recibiendo menos información de la que desean, todo ello contribuye a un aumento de ansiedad, angustia y estrés.</p> <p>Varios estudios muestran que son necesarios cambios y nuevas intervenciones de humanización, ya que existen diferentes factores que dificultan o interfieren en la humanización:</p> <p><u>Organización y estructura de las unidades:</u> familia relegada a un segundo plano, lo que dificulta el conocimiento de la unidad y el establecimiento de una buena relación con la enfermería, sin embargo, la evidencia nos habla de los beneficios de la ampliación de horarios.</p> <p><u>Elevada tecnificación:</u> la formación de los profesionales se centra en cuidados técnicos del paciente dejando a un lado las habilidades humanas y relacionales, pero la evidencia nos dice que se deben identificar las necesidades de las familias y ofrecerles apoyo.</p> <p><u>Comunicación y relaciones profesionales:</u> falta de consenso entre profesionales sobre la información dada a las familias. Una buena comunicación entre profesionales permite una mejora en el trabajo en equipo a la vez que mejora la atención de las familias.</p> <p><u>Formación del personal de enfermería:</u> la familia busca información y conocimientos en el personal de enfermería, el cual a su vez demanda más formación en técnicas de comunicación y habilidades sociales.</p>
<p>6. Relación de ayuda de enfermería a pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p>Revisión bibliográfica centrada en tres aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar cómo se comunican profesionales y pacientes en UCI: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación verbal y no verbal, observación y tacto. - Los profesionales utilizan estrategias para reconocer los mensajes de los pacientes y satisfacer sus necesidades. 2. Dificultades de los profesionales al comunicarse con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo y número de contactos escasos con pacientes - Dificultades en la percepción o interpretación de la comunicación no verbal. 3. Analizar las necesidades de los familiares: <ul style="list-style-type: none"> - Demandan información sobre estado clínico, pronóstico, cuidados, pruebas, aparataje. - Muestran su desinformación mediante dudas que no han sido resueltas. - Solicitan horarios más flexibles y una adecuada información.

<p>7. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p>Estudio prospectivo correlacional mediante cuestionarios para analizar las necesidades de las familias y opiniones de los profesionales.</p> <p>1. Necesidades de las familias analizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información - Apoyo recibido - Percepción de la seguridad - Proximidad al paciente - Bienestar y confort <p>Los familiares mayoritariamente valoraron la información recibida como comprensible y sincera y un porcentaje minoritario declaró no haber recibido información diaria. De manera unánime valoraron de manera muy positiva el trato recibido por el personal del equipo, aunque admiten no conocer el nombre de los profesionales. Perciben el entorno del paciente como seguro mostrándose satisfechos con los cuidados y atenciones. En cuanto a la proximidad y bienestar, valoran de manera adecuada las instalaciones y horario de visitas siendo esta restringida a dos franjas horarias diarias, pero negativamente la comodidad acústica dentro de las unidades.</p> <p>2. Opiniones de los profesionales en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empatía con las familias - Profesionales que de manera más general informan a las familias - Formación en comunicación <p>Un 95% de los profesionales declara haber empatizado con las familias y un 80% haber realizado labores de apoyo. Un 62% declaró haber informado sobre los cuidados a las familias, encontrando en este rango diferencias entre personal fijo de la unidad con antigüedad respecto a eventuales o profesionales con poca experiencia en UCI. Un 57% de los profesionales afirmó tener formación en comunicación de malas noticias, siendo un 92% médicos y un 52% enfermeras. Un 63% de los profesionales señalan que la flexibilización de la política de visitas mejoraría la confianza familiar en el personal de UCI y que su presencia proporcionaría apoyo emocional al paciente mejorando su estado de ánimo.</p>
<p>8. Guía de información a los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p>Guía para familias destinada a satisfacer las demandas de información, se divide en 5 apartados que dan respuesta a los aspectos más generales relacionados con el ingreso en UCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características de la unidad de cuidados intensivos: información, descripción, equipo asistencial, material, técnicas y procedimientos. - Cuidados prestados en UCI: como acercarse a su familiar, tocarlo, movilizarlo, higiene, comunicación, creencias y valores. - Dinámica y normativas de UCI: visitas, información, traslados. - Recursos a disposición: justificantes, informes, trabajo social y atención ciudadana.

- | | |
|--|--|
| | - Consejos y autocuidados: que puede hacer para sentirse mejor, resolución de dudas, dieta equilibrada, descanso adecuado. |
|--|--|

Fuente: elaboración propia

Limitaciones de esta Revisión bibliográfica

1. Sesgo de Selección, que puede derivarse del proceso de obtención de documentos para la revisión, para evitar este sesgo se marcaron criterios estrictos de inclusión y exclusión; buscando la evidencia más reciente,
2. Sesgo de Información, que puede derivarse del modo en que son obtenidos los datos de cada uno de los documentos seleccionados. Para evitarlo se buscó la mayor homogeneidad metodológica en la selección final
3. Sesgo de Confusión, derivado de la existencia de variables no consideradas en los estudios seleccionados que puedan influir sobre la selección final, para minimizarlo se han seleccionado documentos con objetivos similares que faciliten la comparación.

Por último, es de rigor señalar que esta revisión sistemática ha sido realizada por una sola revisora, con el apoyo metodológico de su directora de TFG; esto disminuye en cierto grado el contraste de resultados que puede obtenerse cuando varios revisores participan en el proceso. Para minimizar la distorsión que puede surgir se han usado instrumentos validados de lectura crítica y clasificaciones internacionales de evidencia probada.

8. DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión es, identificar las **necesidades** de los pacientes ingresados en UCI y sus familiares, conocer su **valoración global** de la estancia en UCI y acreditar las **estrategias** humanizadoras mejor valoradas.

La revisión consta de 3 estudios y 4 revisiones bibliográficas, además de una guía para familiares. Los estudios fueron llevados a cabo con cuestionarios validados, centrados en diferentes necesidades y dimensiones que nos muestran aquellas necesidades que más valoran y demandan las familias y su satisfacción en relación con ellas.

Tras su análisis observamos que una de las **necesidades** que de manera más general demandan las familias es la de **sentirse comunicados**. En los tres estudios, los familiares aseguran **sentirse informados**, pero con algunas diferencias: en el estudio de Sánchez Vallejo et al. los familiares describen la información recibida como sincera y comprensible, sin embargo, la información sobre cuidados de enfermería y equipamiento de la uci ha sido notablemente menor, en el estudio de Padilla-Fortunatti et al. se observa que la importancia dada por los familiares a la información es mayor que su satisfacción, por lo que se contrasta la importancia de la información y habilidades comunicacionales. En el estudio de Gil-Juliá et al. también encontramos satisfacción en la información recibida, pero comparada con la de los pacientes es menor, esto puede ser debido a que la familia sobreestima el malestar de su familiar, por lo que, como se indica en la revisión bibliográfica de Martínez-Villamea et al., las estrategias de afrontamiento e inclusión de la familia en los cuidados puede resultar muy beneficiosa para disminuir la ansiedad generada que coincide con una mayor insatisfacción.

Las familias expresan **deseo de ayudar** pero en muchas ocasiones presentan una conducta pasiva, según el estudio de González- Guijarro et al., las enfermeras nos relacionamos hasta dos veces por turno con las

familias por lo que ese momento debe ser aprovechado para informar, reducir ansiedad, conocer sentimientos y animar a verbalizar dudas, y aunque la alta tecnificación de las UCIS ha relegado el cuidado personalizado, los profesionales de enfermería son la pieza clave para llevar a cabo intervenciones humanizadoras que satisfagan las necesidades de familias y pacientes. Sin embargo, en la revisión de Sáez Ruiz et al., se recoge la importancia de la comunicación no verbal y se describen las dificultades de comunicación que presentan los profesionales, como el escaso tiempo de contacto con el paciente o la falta de formación en habilidades comunicativas, lo que también deriva en una menor comunicación y relación con las familias. Como recoge en su estudio Valvidares Mayor, la deshumanización dificulta la relación paciente-enfermera, y en la UCI todo se magnifica, el paciente y familia se sienten más vulnerables por diversos motivos: situación de salud, visitas restrictivas, intimidad, información, dudas, problemas de comunicación, por ello las estrategias de humanización se hacen indispensables en el cuidado, y aunque la evidencia nos confirma los beneficios de un cuidado integral, todavía queda un largo camino de formación, cambios y adaptaciones en el medio sanitario, con el que contribuir a unos cuidados de calidad.

En todos los documentos revisados, los pacientes refieren **como buenos los cuidados recibidos** por el personal que los atiende, pero señalan una serie de factores estresores que se reflejan también en la opinión de las familias: como los horarios restrictivos, las largas horas de espera en las salas carentes de distracciones o el ruido de las unidades, factores que pueden ser resueltos con horarios flexibles e inclusión de las familias en los cuidados, distracciones en las salas de espera y en los boxes individuales y regulación de sonidos y luz ambiente dentro de la unidad.

Asimismo, se ha incluido una guía de familiares, cuyo objetivo es satisfacer de manera general las necesidades de información de las familias, en un

formato práctico y de fácil lectura al que poder recurrir en cualquier momento.

Las **intervenciones** consideradas como más **humanizadoras** por las familias son:

- ✓ Ampliaciones en el horario de visitas y flexibilidad individualizada según las necesidades de cada familia, boxes individuales, distracciones y la posibilidad de contar con objetos personales del paciente, relojes o televisores con el que poder orientarse y disminuir las alteraciones del ritmo circadiano. Disminuir la contaminación ambiental de ruidos e iluminación y favorecer el sueño del paciente. Favorecer la relación paciente-profesional y hacerlo participe (o integrarlo en sus cuidados cuando sea posible) y favorecer la verbalización de sentimientos. Cuidar y proteger la intimidad del paciente, pues esta puede no ser aceptada y vivida por todos de la misma manera.
- ✓ Salas de familiares confortables, integrando aspectos prácticos y estéticos, donde pasar largas horas de espera. Aportar información clara y sencilla sobre la unidad, los cuidados y en la medida de lo posible incluirlos en la participación de cuidados sencillos.
- ✓ Mostrar la figura del profesional como un referente de apoyo, información y resolución de dudas al que poder acudir.

Finalmente, se acepta la hipótesis alternativa afirmando que la implantación de estrategias de humanización por parte de la enfermería mejora las vivencias de pacientes y familias reduciendo su ansiedad ante el proceso.

9. CONCLUSIONES

Tras la realización de esta revisión sistemática se puede concluir que:

- Las intervenciones humanizadoras llevadas a cabo con familiares de pacientes críticos evidencian una mejora en los niveles de estrés y ansiedad, sobre todo en aquellos que participan de los cuidados.
- Es necesario crear protocolos de atención a las familias y formación en técnicas de comunicación y habilidades sociales para los profesionales.
- El personal de enfermería resulta fundamental para el proceso de adaptación del familiar y para estudio y desarrollo de intervenciones dirigidas a proveer a las familias de estilos de afrontamiento efectivos.
- Las intervenciones que más satisfacen las necesidades de familiares y pacientes se basan en ampliar los horarios de visitas, implicar, instruir e informar a las familias sobre cuidados y hacerles partícipes de ellos y una buena relación de comunicación y confianza con los profesionales

10. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Vera Carrasco O. Origen y desarrollo histórico de la medicina crítica y unidades de cuidados intensivos en Bolivia. *Revista Med. La Paz*, 21(2); Julio- Diciembre 2015. n.d.
- [2] de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva* 2018;42:99–109. DOI10.1016/j.medin.2017.08.002.
- [3] Aliberch Raurell AM, Miquel Aymar IM. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* 2015;26:101–11. DOI10.1016/j.enfi.2015.02.001.
- [4] Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist* 2015;30:243–50. DOI10.1016/j.cali.2015.06.002.
- [5] Manual de Indicadores de Calidad en Enfermo Crítico 2017 n.d. <https://www.actasanitaria.com/manual-indicadores-calidad-paciente-critico-2017/> (accessed February 27, 2020).
- [6] Velasco Bueno JM, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. Main information requests of family members of patients in Intensive Care Units. *Med Intensiva* 2018;42:337–45. DOI10.1016/j.medin.2017.09.007.
- [7] Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. *Rev Médica Clínica Las Condes* 2019;30:120–5. DOI10.1016/j.rmclc.2019.03.005.
- [8] Manuel Velasco Bueno Gabriel Heras La Calle Álvaro Ortega Guerrero Vicente Gómez Tello J. Manual de buenas practicas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. Noviembre de 2017. Madrid: 2017.

- [9] Sistema Sanitario Público de, Castilla-La Mancha. PLAN DIGNIFICA Humanizando la asistencia. 28 JULIO DEL 2015 n.d.
https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf (accessed April 12, 2020).
- [10] De Sanidad C. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Edición: 1/2016. Comunidad de Madrid: CONSEJERÍA DE SANIDAD; 2016.
- [11] DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud 2017.
<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> (accessed February 15, 2020).
- [12] Gil-Juliá B, Ballester-Arnal R, Bernat-Adell MD, Giménez-García C, Castro-Calvo J. [Assessment of the ICU stay from the point of view of patients and their relatives]. *Rev Esp Salud Publica* 2018;92:1–13.
- [13] Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Arechabala-Mantuliz MC. Análisis de la diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva* 2019;43:217–24. DOI10.1016/j.medin.2018.06.010.
- [14] Sánchez-vallejo A, Gallego-lorenzo J. De Cuidados Intensivos : Una Coping Styles of Relatives of Patients Admitted n.d.
- [15] González Guijarro P, Amezcua M. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la unidad de cuidados intensivos. *Ética Los Cuid* 2018:1–7.
- [16] Valvidares Mayor María. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. *Enf Integr* 2017; N°116 2017:51–7.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126514> (accessed March 9, 2020).
- [17] Sáez Ruiz IM, Aranda Hernández B. Relación de ayuda de enfermería a pacientes y familiares en la unidad de cuidados intensivos = Relationship of nursing for patients and relatives in the

intensive care unit. Rev Española Comun En Salud 2017;8:239.
DOI10.20318/recs.2017.4004.

- [18] Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva 2016;40:527–40.
DOI10.1016/j.medin.2016.03.005.
- [19] Via C, Valles F. Guía de información a los familiares. Unidad Cuid Intensivos 2017:1–7.
- [20] AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. [consultado 15 de Abril de 2020]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es> 2009.
- [21] Instrumentos para la lectura crítica CASPe n.d.[internet] (accessed march 15, 2020) Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>

11. ANEXO

ANEXO I: Estudios Descartados tras lectura completa

ESTUDIO	MOTIVO EXCLUSIÓN
1. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La opinión del paciente como piedra angular. Holanda Peña MS, et al. Med Intensiva. [internet] 2017 [citado 5 marzo 2020] Mar; 41 (2): 78-85	No se centra en los objetivos de la revisión.
2. Validación de la escala de confort para familiares de personas en estados críticos de salud. Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. Rev Lat Am Enferm. [internet] 2015 julio-agosto [citado 5 marzo 2020]; vol. 23(4): 660-68	Estudio realizado con datos de hace 10 años.
3. Villalobos Aburto Lidia Romina, Osorio Spuler Ximena Odette, Valdebenito Santana José Luis. Propiedades Psicométricas del cuestionario de necesidades de Familiares de Pacientes hospitalizados en Unidades Críticas, versión abreviada. cienc. enferm. [internet]. 2017 dic [citado 2020 2 marzo]; 23(3): 77-89. disponible en: https://scielo.conicyt	No se ajusta a los objetivos de la revisión.
4. Arriagada Gallardo Fabiola, Jara Concha Patricia, Luengo Machuca Luis. Nivel de resiliencia en familiares de personas hospitalizadas en Cuidados Intensivos y factores asociados. cienc. enferm. [internet]. 2017 may [citado 2020 marzo 3]; 23(2): 33-44. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532017000200033&lng=en .	Los resultados no se ajustan a la temática de la revisión
5. Anativia Montenegro P, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez MA, Quiroga-Toledo N. Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. Aquichan. [internet] 2016 [citado el 5 de marzo]; 16(3): 340-358. Disponible en: https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/articloe/view/4889/4363	Revisión de artículos entre los años 1993-2016
6. Lana Letice Dalla, Mittmann Paloma Stumpf, Moszkowicz Catherina Isdra, Pereira Carla Chaves. Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. Enferm. glob. [Internet]. 2018 [citado 2020 10 marzo]; 17(52): 580-611. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400580&lng=es . Epub 01-Oct-2018.	Revisión de artículos entre los años 1997-2015
7. Velarde-García Juan Francisco, Luengo-González Raquel, González-Hervías Raquel, González-Cervantes Sergio, Álvarez-Embarba Beatriz, Palacios-Ceña Domingo. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. Gac Sanit [Internet]. 2017 Ago [citado 2020 marzo 10]; 31(4): 299-304. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000400299&lng=es .	No se adapta a los objetivos de la revisión

8. De Barros Silva José Nildo;, Marie dos Santos Gomes Anne Carolinne;, Costa dos Santos Guedes Haline ;de Almeida Paulino Lima Emmanoela; Januário, Cabral Dilyane; Laurencio dos Santos Marilia. Comportamientos de los profesionales de enfermería en la efectividad de la humanización hospitalaria. Revista De Pesquisa: Cuidado é Fundamental. [internet] 2020;[citado marzo 10] 12(1): 476-83. Disponible en: http://ciberindex.com/c/ps/P476483 [acceso: 26/05/2020]	No se ajusta a los objetivos de a revisión
9. Del Valle Fayos, Lara; Palop Muñoz, Josefa. El cuidado invisible. Necesidades psicoemocionales del paciente crítico en Unidades de Cuidados Intensivos. Ética De Los Cuidados.[internet] 2018; [citado 2020 marzo 12] v11:e11388. Disponible en: http://ciberindex.com/c/et/e11388	Revisión de artículos entre los años 2006-2016

Fuente: Elaboración propia

Anexo II: Clasificación por dominios AGREE

Clasificación por dominios AGREE II.

Dominio 1	Alcance y objetivos. (1-3)
Dominio 2	Participación de implicados y población diana (4-6)
Dominio 3	Rigor en la elaboración (7-14)
Dominio 4	Claridad de presentación (15-17)
Dominio 5	Aplicabilidad (18-21)
Dominio 6	Independencia editorial (22-23)

Fuente: AGREE Next Steps Consortium (2009) y elaboración propia.

La puntuación de cada ítem será entre 1 y 7, con el siguiente valor 1 (muy en desacuerdo) al 7 (muy de acuerdo), y se calculará por dominios a través de la siguiente ecuación:

Figura II: Ecuación de puntuación por dominios AGREE II

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{puntuación mínima posible}} \times 100$$

Las puntuaciones por dominios pueden resultar útiles para comparar distintos documentos, sin embargo, no se han establecido puntuaciones mínimas que diferencien guías de alta o baja calidad, recayendo la decisión de su uso en el usuario.

Anexo III: Clasificación CasPe.

El CASPe (Critical Appraisal Skill Programme español) es un programa de lectura crítica que nos ofrece diferentes herramientas para la valoración de artículos en función de su diseño. A saber: Ensayo clínico, revisión sistemática, estudio de diagnóstico, reglas de predicción clínica, estudios cualitativos, estudio de casos y controles, estudio de cohortes y evaluación económica.

Para la lectura crítica de los documentos seleccionados se utilizaron dos herramientas de análisis, una para estudios cualitativos y otra para revisiones sistemáticas. Para calcular la puntuación se valoraron las preguntas de manera afirmativa y negativa, otorgando un punto al sí y cero al no.

Clasificación CASPe.

Apartado A: ¿Son válidos los resultados?	1-7
Apartado B: ¿Cuáles son los resultados?	8-9
Apartado C: ¿Son resultados aplicables en tu medio?	10

Fuente: Elaboración propia