Manual de buenas prácticas

de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos

HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos

Manual de buenas prácticas

2017

Como citar este documento:

Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [acceso 5 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/

Coordinación:

José Manuel Velasco Bueno.

Gabriel Heras La Calle.

Álvaro Ortega Guerrero.

Vicente Gómez Tello.

ISBN: 978-84-697-7456-4 1ª Edición. Noviembre 2017

Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa):
No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos

Programa de certificación de humanización de Unidades de Cuidados Intensivos

Quienes somos:

Proyecto HU-CI es un grupo de investigación multidisciplinar compuesto por médicos y enfermeras que desarrollan su labor en unidades de cuidados intensivos, junto a pacientes, familiares y otros profesionales como psicólogos, diseñadores, interioristas, arquitectos, etc.
Parte de una visión integral de la situación actual para entre todos, pacientes, familias y profesionales, mejorar la atención de las Unidades de Cuidados Intensivos.

Proyecto HU-CI cuenta con los siguientes objetivos:

1. Humanizar los cuidados intensivos.
2. Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales.
3. Difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general, poniendo énfasis en actividades relacionadas con la humanización de los cuidados.
4. Fomentar la formación en habilidades de humanización: comunicación, relación de ayuda, etc.
5. Orientar hacia la prestación de una atención humanizada mediante el establecimiento de estándares y acreditando su cumplimiento en aquellas unidades que lo soliciten.

Proyecto HU-CI cuenta con el Aval Científico de numerosas Sociedades Científicas tanto nacionales como internacionales.

Propósito:

Proyecto HU-CI se propone, entre sus líneas de trabajo, certificar el cumplimiento de estándares de humanización de las organizaciones sanitarias, así como de sus profesionales y de la formación que estos reciben. Así **Proyecto HU-CI**, acompaña a las organizaciones y profesionales de la salud en la mejora de la calidad de su trabajo, a través de la certificación y de otros proyectos que impulsan la humanización de los **Cuidados Intensivos**.

La certificación supone un **reconocimiento** expreso y público al cumplimiento de los requisitos considerados necesarios para prestar una atención humanizada y de calidad por parte de las unidades que han emprendido un camino de mejora continua.

Este programa de certificación contiene un total de **159 estándares** distribuidos en 7 líneas estratégicas.

Ámbito:

El Programa de certificación de humanización en las unidades de Cuidados Intensivos está dirigido a Unidades de Cuidados Intensivos, Reanimación, o cualquier otra unidad de atención continuada a pacientes críticos, pertenecientes a centros hospitalarios del sector público o privado que lo soliciten.

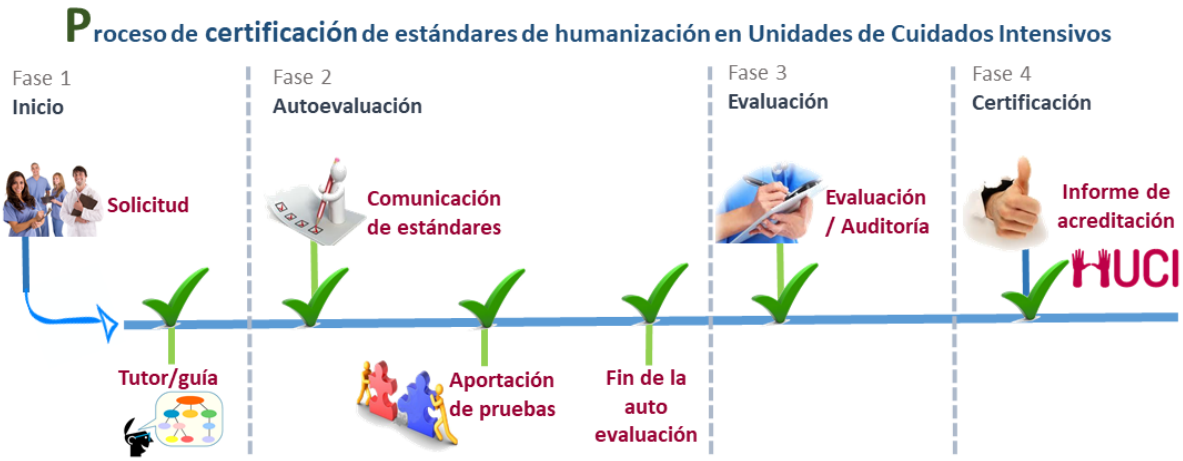
Metodología:

El Proceso de Certificación comienza con la solicitud voluntaria de una unidad de someterse al proceso de revisión que concluirá con la certificación por parte de **Proyecto HU-CI**.

Dicha certificación tendrá validez, una vez concedida, de cuatro años. Periodo tras el cual deberá acreditarse nuevamente el mantenimiento de las buenas prácticas para conservar el nivel de certificación.

El proceso comprende una serie de fases que pueden resumirse en:

- Solicitud.
- Autoevaluación.
- Evaluación.
- Certificación.



1ª fase: Solicitud.

La solicitud se inicia con una petición formal en la que deberán indicarse todos los datos relativos a la unidad solicitante, así como las personas responsables localmente del proceso.

Tras la solicitud se asignarán dos tutores por parte del **Proyecto HU-CI** que serán los encargados del acompañamiento y asesoramiento de la unidad solicitante durante el proceso de certificación.

Los responsables locales recibirán unas claves de acceso al programa de acreditación mediante el cual mantendrán el contacto sobre todo lo relativo al proceso. A través de ese medio contarán con los instrumentos necesarios para el envío de la documentación solicitada para la verificación de las buenas prácticas requeridas.

2ª fase: Autoevaluación.

Durante esta fase los responsables locales deberán reunir y aportar las pruebas que verifiquen el cumplimiento de las buenas prácticas requeridas. Dichos requisitos quedan reflejados en este manual de acreditación que servirá como documento guía en la preparación de las pruebas de cumplimiento.

Una vez iniciado el proceso, se establece un plazo máximo de dos años para finalizar esta fase teniendo validez las pruebas aportadas durante ese periodo y debiendo renovarse las mismas si se supera el plazo establecido.

La autoevaluación permite identificar a la unidad solicitante su posición actual, determinar a dónde quieren llegar y planificar las actuaciones para conseguirlo.

Esta fase finaliza a petición de la unidad solicitante una vez que considere que reúne los requisitos necesarios para proceder a la evaluación por parte de **Proyecto HU-CI**.

3ª fase: Evaluación.

Una vez finalizada la fase de autoevaluación, y a petición de la unidad solicitante, se procederá a realizar la auditoría externa por parte de los equipos de evaluadores de **Proyecto HU-CI**, que valorarán las pruebas aportadas durante los procesos de certificación. Esta fase incluye la evaluación de la documentación aportada y la verificación presencial de aquellos aspectos que lo requieran.

4ª fase: Certificación.

En base a los resultados obtenidos en la fase de evaluación, **Proyecto HU-CI** emitirá un informe en el que certificará el cumplimiento de las buenas prácticas propuestas. Dicho informe reflejará así mismo los aspectos detectados que puedan suponer opciones de mejora.

El informe certificará un **nivel básico o avanzado** de cumplimiento dependiendo del grado de consecución de los estándares propuestos.

Las buenas prácticas se dividen en dos tipos básicamente:

- por un lado, aquellas consideradas como **Esenciales** para poder afirmar que se encuentra en un nivel básico de humanización (señaladas con la letra en E el texto).
- y otras que, si bien no se consideran esenciales o imprescindibles, sí serían **Deseables** aportando un nivel avanzado de reconocimiento y certificación (señaladas con la letra D en el texto).

El presente manual ha sido elaborado por profesionales sanitarios, contando con la participación y el asesoramiento de otros profesionales de áreas relacionadas con los estándares de acreditación, así como de pacientes y familiares.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea estratégica 1	**UCI DE PUERTAS ABIERTAS: PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS**	SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES
		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 3	**BIENESTAR DEL PACIENTE**	BIENESTAR FÍSICO
		BIENESTAR PSICOLÓGICO
		PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE
		BIENESTAR AMBIENTAL Y DESCANSO NOCTURNO

Línea estratégica 4	**CUIDADOS AL PROFESIONAL**	SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
		PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR

Línea estratégica 5	**SINDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS**	PREVENCIÓN Y MANEJO
		SEGUIMIENTO

Línea estratégica 6	**CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA**	PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
		CONTROL DE SÍNTOMAS FÍSICOS
		ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA
		COBERTURA DE NECESIDADES Y PREFERENCIAS EMOCIONALES Y ESPIRITUALES
		PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL
		IMPLICACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA DECISIÓN Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL (LTSV)

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

BUENAS PRÁCTICAS

Línea estratégica 1

UCI DE PUERTAS ABIERTAS: PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS

Históricamente, la política de visitas de familiares a los pacientes ingresados en la UCI sigue un modelo restrictivo al considerar que así se favorece el cuidado y facilita el trabajo de los profesionales. En realidad, esta restricción se basa más en la costumbre y en la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes. A su vez, las familias reclaman más tiempo y la posibilidad de compaginar las visitas con sus obligaciones personales y laborales.
La experiencia de algunas unidades, sobre todo pediátricas y neonatales, donde la familia se considera fundamental en el cuidado integral del paciente, ha propiciado la necesidad de considerar otros modelos. En la actualidad la flexibilización de horarios o la instauración de "puertas abiertas" en la UCI es posible y beneficioso para pacientes, familiares y profesionales. Existe evidencia suficiente como para argumentar y promover un cambio en esta política.

La extensión de este modelo, requiere el aprendizaje de las experiencias positivas de algunas unidades, participación de los profesionales, la formación y los cambios en actitudes y hábitos que permitan una modificación aperturista de la política de visitas, adaptada a la idiosincrasia de cada Unidad. Las barreras para una mayor flexibilización de horarios se relacionan con hábitos fundamentados en la costumbre, por parte de todos los profesionales de la salud y gestores, y la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes. Esas barreras se propician por problemas estructurales físicos de las unidades, pero también por hábitos previos adquiridos por los profesionales.
La figura de "cuidador principal" puede favorecer la presencia de los familiares adaptada a las necesidades individuales de cada paciente y de su entorno.
Los miembros del entorno familiar presentan una alta prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión.

Aunque en general los familiares desean participar en el cuidado, y muchos considerarían permanecer junto a sus seres queridos, especialmente en momentos de alta vulnerabilidad, la presencia y participación de los familiares en la UCI es muy limitada. Las barreras se han centrado en el posible trauma psicológico y ansiedad que puede generar a la familia, la interferencia en los procedimientos, la distracción y el posible impacto sobre el equipo sanitario.

Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que lo desean, podrían colaborar en algunos cuidados (higiene, alimentación, movilización...), bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de participar en la toma de decisiones y de contribuir en la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, la familia y el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas.
Aunque los estudios no son concluyentes la presencia de los familiares también durante determinados procedimientos no se ha relacionado con consecuencias negativas, y se acompaña de cambios de actitud de los profesionales, como una mayor preocupación de éstos en relación a la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados, así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación favoreciendo el proceso del duelo.
La participación de los familiares en las rondas diarias también contribuye a la mejora de la comunicación y favorece la oportunidad de hacer preguntas y clarificar la información, incrementando la satisfacción de la familia.

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 1	UCI DE PUERTAS ABIERTAS	SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL
Puesta en marcha de actividades de sensibilización y formación al equipo asistencial sobre los beneficios de la implantación del modelo de UCI de puertas abiertas.		
Buena práctica 1.1	Se realizan actividades reflexivas de experiencias de UCI de puertas abiertas	E D
Buena práctica 1.2	Se realizan sesiones informativas /trabajo con representación de todos los miembros del equipo asistencial analizando barreras, elementos facilitadores y estrategias consensuadas para la implantación del nuevo modelo.	E D
Buena práctica 1.3	Se realiza formación continuada en *humantools* (habilidades comunicativas, duelo, etc.), dirigidas al equipo asistencial, para facilitar la inclusión de la familia en la UCI.	E D
Buena práctica 1.4	Existe un grupo de trabajo multidisciplinar encargado de coordinar y monitorizar el cumplimiento del modelo de flexibilidad de horarios	E D

Línea estratégica 1	UCI DE PUERTAS ABIERTAS	ACCESIBILIDAD
Puesta en marcha de actividades que faciliten la accesibilidad de los familiares de pacientes a las UCI		
Buena práctica 1.5	Existe un protocolo asistencial de atención a la familia que refleja un horario de acceso flexibilizado.	E D
Buena práctica 1.6	Existe flexibilidad en los horarios de visita a la unidad	E D
Buena práctica 1.7	Se reconoce y respeta la figura del cuidador/acompañante con acceso continuado, independientemente de los familiares que pudieran visitar al paciente en los horarios previstos	E D

Buena práctica 1.8	Se permite la visita de menores previamente instruidos a la unidad.	E D
Buena práctica 1.9	Se dispone de un procedimiento para la preparación de menores para el acceso a la unidad	E D
Buena práctica 1.10	Se contempla la posibilidad del acceso de mascotas a la unidad	E D
Buena práctica 1.11	Existe una guía informativa de acogida a familiares y pacientes ingresados en UCI que recoge las indicaciones de acceso a la unidad	E D

Línea estratégica 1	UCI DE PUERTAS ABIERTAS	CONTACTO
Puesta en marcha de medidas para favorecer el contacto y la relación de familiares con el paciente durante su estancia en la UCI		
Buena práctica 1.12	No se aplican barreras innecesarias (calzas, batas, guantes y mascarillas) salvo en casos especiales en los que estén indicados	E D
Buena práctica 1.13	Se permite la lactancia materna cuando las condiciones de la madre y el lactante son adecuadas.	E D

Línea estratégica 1	PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS	PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS.
Ofertar a la familia la participación en los cuidados del paciente y en determinados procedimientos		
Buena práctica 1.14	Se dispone de un protocolo asistencial relativo a la participación de la familia en los cuidados al paciente crítico.	E D

Buena práctica 1.15	Se valora la estructura y función de la familia identificando los familiares que potencialmente deseen asumir el rol de cuidadores principales.	E D
Buena práctica 1.16	Se llevan a cabo actividades de formación a los familiares. Escuela de Familiares de UCI	E D
Buena práctica 1.17	Se contempla y permite a los familiares acompañar al paciente en determinados procedimientos cuando es solicitado.	E D
Buena práctica 1.18	Existe un formulario de oferta y registro del acompañamiento familiar en determinados procedimientos.	E D
Buena práctica 1.19	En casos de ingresos programados, se contempla la posibilidad de realizar visitas previas al ingreso en UCI (con el fin de minimizar el estrés que genera un ingreso en una unidad de críticos)	E D
Buena práctica 1.20	En caso de que el estado del paciente lo incapacite, la toma de decisiones relativa al tratamiento y cuidados es compartida con la familia.	E D
Buena práctica 1.21	Se utilizan herramientas validadas de Ayuda para la toma de Decisiones.	E D
Buena práctica 1.22	Se realiza formación individualizada "in situ" sobre los cuidados en los que se implica la familia.	E D
Buena práctica 1.23	Se registra el consentimiento del paciente para la implicación de su familia en los cuidados, si procediera.	E D

Buena práctica 1.24	El sistema organizativo promueve la continuidad de cuidados procurando la asignación de profesionales de referencia para cada paciente concreto.	E D
Buena práctica 1.25	Existe una guía de acogida para los familiares en la que se indica la posibilidad de participar en los cuidados del paciente	E D
Buena práctica 1.26	Existe una guía de acogida para los familiares en la que se indica la posibilidad de participar en la ronda diaria junto a los profesionales	E D

Línea estratégica 1	PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS	SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES.
Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de la familia.		
Buena práctica 1.27	Se utilizan herramientas para identificar las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares	E D
Buena práctica 1.28	Se permite el uso regulado de telefonía móvil u otros dispositivos (favorecer el contacto con familiares)	E D
Buena práctica 1.29	Se dispone de atención psicológica para las familias que lo precisen	E D
Buena práctica 1.30	Existe una guía de acogida para los familiares en la que se indican los distintos métodos que tienen los familiares para poder comunicarse con el paciente	E D

Bibliografía recomendada:

- Au S, Ordons AR, Soo A, Stelfox H. Determining best practices for family participation in ICU rounds. Crit Care Med. 2015;43(12 Suppl 1):15.
- Azoulay E, Chaize M, Kentish-Barnes N. Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. Ann Intensive Care. 2014;4:37.
- Azoulay E, Pochard F, Chevret S et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163:135-9.
- Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. Dimens Crit Care Nurs. 2014;33(4):181-93.
- Curtis JR, Sprung CL, Azoulay E. The importance of word choice in the care of critically ill patients and their families. Intensive Care Med. 2014;40:606-8.
- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J et al. Guidelines form Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017; 45(1):103-128.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. [Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units]. Rev Calid Asist. 2015;30(5):243-50. Spanish.
- Gélinas C et al. Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. Nur- sing in Critical Care. 2013;18:307-18.
- Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. Minerva Anestesiol. 2010;76:89-90.
- Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguélez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Measuring the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit and of their families. Med Intensiva. 2015;39:4-12.
- Hopkins RO. Family Satisfaction in the ICU: Elusive Goal or Essential Component of Quality Care. Crit Care Med. 2015;43:1783-4.
- Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med. 2013;368(11):1008-18.
- Meert KL, Clark J, Eggly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. Pediatr Clin North Am. 2013;60(3):761-72
- Pardavila M.I, Vivar C.G. Necesidades de las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva. 201
- Paul RG, Finney SJ. Family satisfaction with care on the ICU: essential lessons for all doctors. Br J Hosp Med (Lond). 2015;76:504-9.
- Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. Am J Crit Care. 2014;23:316-24.
- Santiago C, Lazar L., Jiang D, Burns KE. A survey of the attitudes and perceptions of multidisciplinary team members towards family presence at bedside rounds in the intensive care unit. Intensive Crit Care Nurs. 2014;30:13-21.
- Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the for- gotten family. Curr Opin Crit Care. 2012;18:540-7.
- Van den Broek JM, Brunsveld-Reinders AH, Zedlitz AM, Girbes AR, de Jonge E, Arbous MS. Questionnaires on Family Satis- faction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties. Crit Care Med. 2015;43:1731-44.
- Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organization of visits in Spanish ICU. Enferm Intensiva. 2005;16:73-83.
- Westley ME, Ching JM, Sherman SA, Smith IA. Opening the ICU doors. Healthc (Amst). 2014;2:258-62.
- Zaforteza C et al. Improving the care of critical patient family members: Agreed on strategies. Enferm Intensiva. 2010;21:11-9.

Línea estratégica 2

COMUNICACIÓN

El trabajo en equipo en la UCI, imprescindible en cualquier ámbito sanitario, requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva (completa, clara, oportuna, concisa) para evitar errores y consensuar tratamientos y cuidados al paciente. El traspaso de información (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no solo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y exigen procedimientos estructurados que los hagan más efectivos y seguros. Dar relevancia a este proceso, un liderazgo adecuado y el uso de herramientas que faciliten la participación multidisciplinar son elementos clave en la mejora de la comunicación.

Los conflictos entre los profesionales que integran los equipos de UCI son frecuentes, causados en muchas ocasiones y entre otros factores por fallos en la comunicación. Estos conflictos amenazan el concepto de trabajo en equipo e influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia, generan desgaste profesional e impactan de forma negativa en los resultados. El entrenamiento en habilidades no técnicas y las estrategias de soporte pueden favorecer la cohesión de los equipos.

La información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI. En el paciente crítico, muchas veces incompetente, el derecho a la información se transfiere con frecuencia a sus familiares. Informar de forma adecuada en situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas, para las que muchos profesionales no han recibido formación específica. Una correcta comunicación con pacientes y familiares favorece un clima de confianza y respeto, y facilita la toma conjunta de decisiones. En general, no existen unas políticas específicas de cómo debe llevarse a cabo el proceso informativo en la UCI, siendo todavía frecuente la información limitada a una vez al día, sin adaptarse a las necesidades específicas de pacientes y familiares, y todavía en muy pocas ocasiones se contempla la información conjunta médico-enfermera. La participación de la enfermera en la información reglada es, en general, insuficiente y no claramente definida, a pesar del papel fundamental que desarrollan en los cuidados del paciente crítico y sus familiares.

Muchos de los pacientes que fallecen en una UCI lo hacen sin poder comunicar sus necesidades y deseos al final de la vida, o dar mensajes a sus seres queridos. Todo ello hace imprescindible que se mejoren los intentos de comunicación con el paciente con dificultades o limitaciones para expresarse, promoviendo el uso de sistemas aumentativos de comunicación (que complementan el lenguaje oral cuando éste no es suficiente para una comunicación efectiva) y de sistemas alternativos de comunicación (que sustituyen al lenguaje oral cuando éste no es comprensible o está ausente).

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

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO
Se asegura el traspaso correcto de la información relevante del paciente y su familia entre todos los miembros del equipo y se usan herramientas que fomentan el trabajo en equipo		
Buena práctica 2.1	Existe un protocolo estructurado de traspaso de información en el cambio de turno	E D
Buena práctica 2.2	Existe un protocolo estructurado de traspaso de información en el cambio de guardia	E D
Buena práctica 2.3	Existe un protocolo estructurado de traspaso de información en el alta a planta	E D
Buena práctica 2.4	Se realizan actividades formativas para los profesionales de UCI en trabajo en equipo y comunicación efectiva utilizando herramientas como la simulación clínica y el CRM (Crisis Resource Management)	E D
Buena práctica 2.5	Se realizan sesiones conjuntas y/o rondas diarias por el equipo multidisciplinar	E D
Buena práctica 2.6	Están implantadas herramientas específicas para la mejora de la comunicación efectiva: objetivos diarios / listados de verificación / Briefings / AASTRE (Análisis Aleatorio de Seguridad en Tiempo Real) / técnica SBAR	E D
Buena práctica 2.7	Existen herramientas para identificar los conflictos entre los profesionales de cuidados intensivos.	E D

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA
Facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación adecuada y empática con los familiares por parte de todos los miembros del equipo, para llegar a una satisfactoria relación de ayuda, así como la accesibilidad a la información		

Buena práctica 2.8	Existen espacios físicos adecuados para la información a familiares	E D
Buena práctica 2.9	Existe un protocolo de información conjunta médico-enfermera a pacientes y familiares y se lleva a cabo de forma habitual	E D
Buena práctica 2.10	Se realizan actividades formativas en habilidades de relación de ayuda, que incluyan comunicación y malas noticias	E D
Buena práctica 2.11	Además de la información programada existen otras estrategias que facilitan la información y comunicación con los pacientes y las familias tales como la flexibilización de los horarios de visita y de información, la información telefónica y a través de herramientas telemáticas en casos seleccionados	E D
Buena práctica 2.12	En pacientes competentes se explora con el propio paciente la voluntad de que sea informada la familia o los allegados	E D

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE
Facilitar la información a los pacientes y potenciar el uso de sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación en los casos que lo precisen		
Buena práctica 2.13	Se dispone de sistemas de comunicación aumentativa/ alternativa (CAA)	E D
Buena práctica 2.14	Existe un protocolo para favorecer la comunicación con pacientes que presentan dificultades para comunicarse	E D
Buena práctica 2.15	Existe un procedimiento para la evaluación de los pacientes con dificultades del lenguaje y sus necesidades	E D

Buena práctica 2.16	Se dispone de un equipo multidisciplinar que pueda apoyar las estrategias de comunicación en pacientes con limitaciones del lenguaje (ORL, logopeda)	E D
Buena práctica 2.17	Se entrena a los profesionales, pacientes y familiares en el uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación	E D
Buena práctica 2.18	Existe un sistema para que los pacientes puedan llamar a los profesionales sanitarios cuando lo necesiten	E D

Bibliografía recomendada:

- Abraham J, Kannampallil TG, Almoosa KF, Patel B, Patel VL. Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. J Crit Care. 2014;29(2):311.e1-7.
- Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. Rev Calidad Asistencial. 2014;29(6):325-33
- Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, Abizanda R, Svantesson M, Rubulotta F, Ricou B, Benoit D, Heyland D, Joynt G, Français A, Azeivedo-Maia P, Owczuk R, Benbenishty J, de Vita M, Valentin A, Ksomos A, Cohen S, Kompan L, Ho K, Abroug F, Kaarlola A, Gerlach H, Kyprianou T, Michalsen A, Chevret S, Schlemmer B; Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. Am J Respir Crit Care Med. 2009;180(9):853-60.
- Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, Canoui P, et al. Half the families of intensive care unit pa- tients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med. 2000;28:3044-9.
- Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, et al. Intensive care unit quality improvement: a "how-to" guide for the interdisciplinary team. Crit Care Med. 2006;34(1):211-8.
- Daly BJ, Douglas SL, O'Toole E, Gordon NH, Hejal R, Peer- less J, et al. Effectiveness trial of an intensive communica- tion structure for families of long-stay ICU patients. Chest. 2010;138:1340-8.
- Gaaeni M, Farahani MA, Seyedfatemi N, Mohammadi N. Informational support to family members of Intensive Care Unit patients: the perspectives of families and nurses. Global Journal of Health Science 2015; 7(2): 8-19.
- Garry J, Casey K, Cole TK, Regensburg A, McElroy C, Schneider E, et al. A pilot study of eye-tracking devices in intensive care. Surgery. 2016;159:938-44.
- Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspea- king nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. Am J Crit Care. 2004;13:210-20.
- Hwang DY, Yagoda D, Perrey HM, Tehan TM, Guanci M, Ananian L, Currier PF, Cobb JP, Rosand J. Consistency of communication among intensive care unit staff as perceived by family members of patients surviving to discharge. Journal of Critical Care 29 (2014) 134-138.
- Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LA, Kahn JM. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. Arch Intern Med. 2010;170:369-7.
- Rhodes A, Moreno RP, Azoulay E, Capuzzo M, Chiche JD, Eddleston J, et al. Task Force on Safety and Quality of Euro- pean Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Intensive Care Med. 2012;38:598-605.
- Ten Have EC, Nap RE, Tulleken JE. Measurement properties and implementation of a checklist to assess leadership skills during interdisciplinary rounds in the intensive care unit. Scientific World Journal. 2015;2015:951924.
- Van Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge.Intensive Care Med. 2015;41:589-604.
- Weaver JL, Bradley CT, Brasel KJ .Family engagement regarding the critically ill patient. Surg Clin North Am. 2012;92:1637-47.
- White DB, Curtis JR. Establishing an evidence base for physician-family communication and shared decision making in the intensive care unit. Crit Care Med. 2006;34:2500-01.
- Young GB, Plotkin DR. ICU: Ineffective communication unit. Crit Care Med. 2000;28:3116-7.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

BIENESTAR DEL PACIENTE

Pretender el bienestar del paciente debería ser actualmente un objetivo tan primordial como el pretender su curación, y más importante si esto último no es posible.

La propia enfermedad genera malestar y dolor en los pacientes, y si a ello sumamos las intervenciones que realizamos sobre ellos, muchas dolorosas, las técnicas, la implantación de dispositivos, la inmovilidad, etc., es evidente que ese malestar se incrementa.

Son muchos los factores que causan sufrimiento y disconfort a los pacientes críticos. Los pacientes sufren dolor, sed, frío y calor, dificultad para descansar por exceso de ruido o iluminación y se ven limitados en la movilización, muchas veces por el uso de contenciones innecesarias, o por dificultades en la comunicación. La valoración y control del dolor, la sedación dinámica adecuada a la condición del paciente y la prevención y el manejo del delirium agudo son piezas imprescindibles para mejorar el confort de los pacientes.

Además de las causas físicas, el sufrimiento psicológico y emocional puede ser muy elevado. Los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incomprensión, entre otras. La evaluación y soporte a estas necesidades debe contemplarse como un elemento clave de la calidad asistencial. Asegurar una adecuada formación de los profesionales y promover medidas encaminadas a tratar o mitigar estos síntomas asegurando el bienestar de los pacientes constituye un objetivo principal en la atención del paciente crítico.

En muchas ocasiones las condiciones de trabajo en nuestras UCI no favorecen que podamos primar el manejo de estos aspectos, aunque se está abordando de forma significativa en los últimos años.

Línea estratégica 3	**BIENESTAR DEL PACIENTE**	BIENESTAR FÍSICO
		BIENESTAR PSICOLÓGICO
		PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE
		BIENESTAR AMBIENTAL Y DESCANSO NOCTURNO

Línea estratégica 3	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR FÍSICO
Promover medidas que eviten o disminuyan las molestias físicas y que favorezcan la recuperación motora precoz		
Buena práctica 3.1	Existe un protocolo de Analgesia y Sedación	E D
Buena práctica 3.2	Existe una monitorización de los niveles de sedación y analgesia a través de escalas validadas	E D
Buena práctica 3.3	Existe un protocolo de prevención y manejo del delirium agudo que incluye la valoración con escalas validadas e intervenciones no farmacológicas	E D
Buena práctica 3.4	Existe un protocolo de contención mecánica	E D
Buena práctica 3.5	Se aplica fisioterapia respiratoria precoz en los pacientes críticos	E D
Buena práctica 3.6	Existe un protocolo de movilización precoz	E D
Buena práctica 3.7	Se aplica la movilización precoz (cambios posturales, sedestación, ...)	E D
Buena práctica 3.8	Existe protocolo de aseo (higiene e hidratación) del paciente encamado	E D

Línea estratégica 3	**BIENESTAR DEL PACIENTE**	BIENESTAR PSICOLÓGICO	
Promover actuaciones encaminadas a disminuir el sufrimiento psicológico del paciente y atender las necesidades espirituales			
Buena práctica 3.9	Se facilita el uso de medios de entretenimiento para los pacientes con la regulación debida de utilización (lectura, dispositivos multimedia, radio, TV…)	E	D
Buena práctica 3.10	Se aplican intervenciones para dar soporte a las necesidades espirituales del paciente	E	D
Buena práctica 3.11	Se dispone de psicólogos integrados en el equipo asistencial	E	D
Buena práctica 3.12	Se dispone de un protocolo de paseos fuera de la UCI para pacientes seleccionados que puedan beneficiarse de ello	E	D

Línea estratégica 3	**BIENESTAR DEL PACIENTE**	PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	
Establecer medidas que promuevan la autonomía del paciente y faciliten su conexión con el exterior			
Buena práctica 3.13	Se promueve la deambulación controlada	E	D
Buena práctica 3.14	Se facilita la utilización del WC en casos seleccionados	E	D
Buena práctica 3.15	Se permite el uso regulado de la telefonía móvil y otras tecnologías para favorecer el contacto con familiares y amigos	E	D

Buena práctica 3.16	Existe una guía donde se recogen indicaciones para el autocuidado dirigida a pacientes o cuidador principal	E D

Línea estratégica 3	**BIENESTAR DEL PACIENTE**	BIENESTAR AMBIENTAL Y DESCANSO NOCTURNO
Promover medidas que faciliten el ritmo vigilia-sueño y el descanso nocturno, así como otras medidas de bienestar ambiental		
Buena práctica 3.17	Se mantiene un control del ruido ambiental, procurando mantener un ambiente lo menos bullicioso posible (Idealmente inferior a 60 db. La OMS aconseja un nivel de ruido de 30 decibelios, 35 decibelios en el área de pacientes, y hasta 10 dB más para permitir la comunicación.)	E D
Buena práctica 3.18	Se realizan mediciones del ruido ambiental mediante la colocación de medidores de decibelios con aviso luminoso cuando se sobrepasen los límites establecidos	E D
Buena práctica 3.19	Existe un protocolo de medidas de descanso nocturno	E D
Buena práctica 3.20	Se ajusta el tono de las alarmas y otros dispositivos según el momento del día	E D
Buena práctica 3.21	Se ajusta la luz ambiental nocturna con posibilidad de disminuir la intensidad general por la noche en los espacios comunes e individualizarla en cada box.	E D
Buena práctica 3.22	Se incluye en el protocolo de descanso nocturno la adaptación de los horarios de las intervenciones (tratamiento médico, intervenciones enfermeras, etc) a los periodos de descanso de los pacientes.	E D
Buena práctica 3.23	Se evalúa y monitoriza la calidad del sueño	E D

Buena práctica 3.24	Se favorece la iluminación exterior durante el día (boxes con luz natural)	E D
Buena práctica 3.25	Se realizan intervenciones relacionadas con la música (musicoterapia, música relajante, música preferente para el paciente)	E D

Bibliografía recomendada:

- Acevedo-Nuevo M, González-Gil M. T, Solís-Muñoz M, Láiz-Díez N , Toraño-Olivera M. J, Carrasco-Rodríguez-Rey L. F, García-Gonzáles S, Velasco Sanz T.R, Martínez-Alvárez A, Martin-Rivera B. E. Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. Enferm Intensiva. 2016; 27(2): 62–74.
- Alonso-Ovies Á, Heras La Calle G. ICU: a branch of hell? Intensive Care. Med. 2016;42(4):591-2.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Joffe AM, Coursin DB, Herr DL, Tung A, Robinson BR, Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R; American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. Am J Health Syst Pharm. 2013;70(1):53-8.
- Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: the PRICE study. Intensive Crit Care Nurs. 2010;26(5):241-5.
- Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 28;12:CD006577. doi: 10.1002/14651858.CD006577.pub3.
- Bradt J, Dileo C. Music interventions for mechanically ventilated patients. Cochrane Database Syst Rev. 2014;12:CD006902. doi: 10.1002/14651858.CD006902.pub3.
- Chamorro C, Romera MA. Pain and fear in the ICU. Med Intensiva. 2015;39:442-4.
- Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. Intensive Crit Care Nurs. 2013;29(3):147-57.
- Darbyshire JL, Young JD. An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. Crit Care [Internet]. 2013;17(5):R187. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84883268811&partner
- Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. Med Intensiva. 2014;38:371-5.
- Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2007;31:318-25.
- Guillén F, Bernal M, García S, García MJ, Illán C, Alvarez MC et al. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales. Enfermería Docente 2013; 100: 34-39.
- Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, Huining X, Evans DJ. Non-pharmacological interventions for sleep pro- motion in the intensive care unit. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 6;10:CD008808. doi: 10.1002/14651858. CD008808.pub2.
- Laurent H, Aubreton S, Richard R, Gorce Y, Caron E, Vallat A, et al. Systematic review of early exercise in intensive care: a qualitative approach. Anaesth Crit Care Pain Med. 2015 Dec 4. pii: S2352-5568(15)00151-4. doi: 10.1016/j.accpm.2015.06.014. [Epub ahead of print].
- Little A, Ethier C, Ayas N, Thanachayanont T, Jiang D, Mehta S. A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit. Minerva Anestesiol. 2012;78(4):406-14.
- Profit J, Typpo KV, Hysong SJ, Woodard LD, Kallen MA, Petersen LA. Improving benchmarking by using an explicit fra- mework for the development of composite indicators: an example using pediatric quality of care. Implement Sci. 2010;5:13.
- Rose L, Nonoyama M, Rezaie S, Fraser I. Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. Intensive Crit Care Nurs. 2014;30:145-51.
- Stiller K. Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review. Chest. 2013;144:825-47.
- Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. Intensive Care Med. 2016;42(6):962-71.
- Wade DM, Moon Z, Windgassen SS, Harrison AM, Morris L, Weinman JA. Non-pharmacological interventions to reduce ICU-related psychological distress: a systematic review. Minerva Anestesiol. 2016;82:465-78.

Línea estratégica 4

CUIDADOS AL PROFESIONAL

Los profesionales sanitarios desarrollan su trabajo la mayoría de las veces desde una perspectiva profundamente vocacional. La entrega diaria hacia la unidad y la ayuda al paciente crítico, exige un gran compromiso e implicación, que proporciona una enorme satisfacción profesional cuando las expectativas se cumplen, el trabajo se desarrolla con calidad, los pacientes mejoran, se evita el sufrimiento, se goza del reconocimiento merecido, etc. Sin embargo, cuando las cosas no van bien, el desgaste emocional es considerable. Cuando este desgaste confluye con una ausencia de cuidado de la propia salud y bienestar aparece el llamado "Síndrome de Burnout". El "síndrome de burnout" o "síndrome del desgaste profesional", es un trastorno de origen psicosocial caracterizado por tres dimensiones básicas: agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional. Este síndrome impacta a nivel personal y profesional, pudiendo derivar a un síndrome de estrés postraumático y a otros trastornos psicológicos graves, e incluso al suicidio. Además, influye en la calidad de los cuidados, los resultados sobre el paciente, y su satisfacción, y se relaciona con el recambio de profesionales en las organizaciones.

Existe consenso en considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas debido a que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la organización.

Entre los factores contribuyentes destacan las características personales individuales, los factores ambientales y los organizacionales. Estos, de forma directa o a través de síndromes intermedios, como el "distrés moral", la percepción de ofrecer cuidados inapropiados o la "fatiga por compasión" pueden derivar en un síndrome de desgaste profesional.

Recientemente diferentes sociedades científicas han buscado la difusión y visibilidad de este síndrome ofreciendo recomendaciones para reducir su aparición y mitigar sus consecuencias, estableciendo estrategias específicas que permitan dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales de cuidados intensivos derivadas de su dedicación y esfuerzo en el desempeño de su trabajo.

Hoy admitimos que la sociedad y las organizaciones tienen el deber moral, el imperativo ético y la obligación legal de "cuidar a sus cuidadores". Para cumplir con esta obligación, se deben marcar una serie de objetivos básicos y prioritarios que nos orienten hacia la ejecución de acciones preventivas y terapéuticas.

Línea estratégica 4	**CUIDADOS AL PROFESIONAL**	SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
		PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR

Línea estratégica 4	**CUIDADOS AL PROFESIONAL**	SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS	
Mejorar el conocimiento sobre el síndrome de desgaste profesional favoreciendo su visibilidad			
Buena práctica 4.1	Se llevan a cabo actividades formativas relacionadas con el conocimiento y gestión del desgaste profesional, factores asociados y el fomento del *engagement* para la adquisición de competencias y habilidades en el afrontamiento del stress y situaciones conflictivas (resiliencia, personalidad positiva, asertividad, resolución de problemas, manejo eficaz del tiempo, etc.) así como el fomento de la vinculación o compromiso con el trabajo.		E D
Buena práctica 4.2	Se evalúa periódicamente el proceso de desgaste profesional y el *engagement*, usando herramientas validadas.		E D

Línea estratégica 4	**CUIDADOS AL PROFESIONAL**	PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR	
Prevenir el síndrome de desgaste profesional y promover el *engagement*			
Buena práctica 4.3	La dotación de plantilla es adecuada cumpliendo con los estándares propuestos en la bibliografía.		E D
Buena práctica 4.4	Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto del desgaste profesional: - Personal de reciente incorporación: Se ofrece un programa de acogida a todo el personal sanitario de UCI (para explicación adecuada de la organización, dinámicas internas UCI, ajuste de expectativas de los nuevos profesionales, motivación, difusión de propuestas de humanización, etc.)		E D
Buena práctica 4.5	Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto del desgaste profesional: - Personal mayor de 55 años: Se ofrece la posibilidad de reducción/exención de guardias		E D
Buena práctica 4.6	Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto del desgaste profesional: - Se facilita la posibilidad de cambiar turnos de trabajo y adaptar horario a las necesidades particulares de los profesionales.		E D

Buena práctica 4.7	Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto del desgaste profesional: - Existen reuniones preestablecidas y periódicas del equipo de UCI en los que poder establecer pautas participativas de actuación y organización del trabajo.	E D
Buena práctica 4.8	Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto del desgaste profesional: - Se facilita la actividad docente, formativa e investigadora.	E D
Buena práctica 4.9	Se promueve la participación y opinión de los profesionales en la cultura organizacional de la Unidad, en su gestión y en los objetivos de la misma.	E D
Buena práctica 4.10	Se dispone de estrategias de prevención ante problemas emocionales y soporte del profesional, incluyendo la disponibilidad de un psicólogo	E D
Buena práctica 4.11	Ante incidentes críticos, situaciones difíciles o traumáticas para el equipo asistencial (por complicaciones no esperadas en un paciente, errores en la práctica asistencial, actitudes violentas de familiares, etc), se llevan a cabo acciones facilitadoras del procesamiento emocional de la situación, promotoras del bienestar del equipo y detección temprana de alteraciones emocionales en los profesionales	E D
Buena práctica 4.12	Se dispone de una zona adecuada de descanso para los profesionales para pausas y acceso a bebidas calientes	E D

Bibliografía recomendada:

- Azoulay E, Herridge M. Understanding ICU staff burnout: the show must go on. Am J Respir Crit Care Med. 2011;184:1099-100.
- Bianchi R. What is "severe burnout" and can its prevalence be assessed? Intensive Care Med. 2015;41:166.
- Burghi G, Lambert J, Chaize M, Goinheix K, Quiroga C, Fariña G, et al. Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. Intensive Care Med. 2014;40:1785-6.
- Bustinza Arriortua A, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Vigil Escribano MD, de Lucas García N, Panadero Carlavilla E. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. An Esp Pediatr. 2000; 52:418-23.
- Comisión de las Comunidades Europeas. COM-2002 118 final: "Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)". 2002. Bruselas.
- Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, Dawson S, van Marwijk H, Geraghty K, Esmail A. JAMA Intern Med. 2017 Feb 1;177(2):195-205
- Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare wor- kers. Curr Opin Crit Care. 2007;13:482-8.
- Epp K. Burnout in critical care nurses: a literature review. Dyna- mics. 2012;23:25-31.
- Fizth-Cozens J, Moss F. Hours, sleep, teamwork, and stress. BMJ. 1998;317:1335-6.
- Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, Malpartida Martín P. Síndrome de Burnout en distintas Unidades de Cui- dados Intensivos. Enferm Intensiva. 2009; 20:131-40.
- Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E; Consorcio RN4CAST-España. [Work set- ting, satisfaction and burnout of the nurses in critical care units and hospitalization units. RN4CAST-Spain project]. Enferm Intensiva. 2013;24:104-12
- Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas: El vuelo de Ícaro. Editorial Díaz de Santos. 2009.
- Guntupalli KK, Wachtel S, Mallampalli A, Surani S. Burnout in the intensive care unit professionals. Indian J Crit Care Med. 2014;18:139-43.
- Humphries N, Morgan K, Conry MC, McGowan Y, Montgomery A, McGee H. Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. Int J Health Care Qual Assur. 2014;27:293-307
- Klopper HC, Coetzee SK, Pretorius R, Bester P. Practice environment, job satisfaction and burn-out of critical care nurses in South Africa. J Nurs Manage. 2012;20:685-95.
- Losa Iglesias ME, Becerro de Bengoa Vallejo R Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress, and clinical manifestations in spanish critical care nurses. DCCN. 2013;32:130-7.
- Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981;2:113.
- Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach burnout inventory; manual research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Miller MN, Mc Gowen KR. The painful Truth: Physicians Are Not Invincible. South Med J. 2000;93:966-74.
- Mingote Adán JC. Síndrome "Burnout". Síndrome de desgaste profesional. Monografías de Psiquiatría. 1997;5:1-44.
- Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Garrosa E. Personalidad Positiva y Salud. En L. Florez, M.M. Botero y B. Moreno (Eds). Antología de Psicología de la salud. Cartagena: 2003. Barranquilla: Ediciones Uninorte (En prensa).
- Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. Chest. 2016;150(1):17-26.
- Murphy LR. Stress management in working settings: a critical review of the health effects. Am J Health Promot. 1996;11:112-35.
- Myhren H, Ekeberg O, Stokland O. Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. Crit Care Res Pract. 2013;2013:786176.
- Pérez, JI. El apoyo psicológico a profesionales de emergencia. Asesoramiento psicológico. Disponible en: http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/Apoyo-Psicológico-a-los-profesionales-de-la-laemergencia.pdf
- Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F. Burnout syndrome in critical care nursing staff. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175:698-704.
- Protección Civil España. Intervención psicológica con intervinientes en emergencias. Disponible en: http://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta25/guiadidac_ipc/data/pdfs/unidad_didactica_07.pdf
- Reader TW, Cuthbertson BH, Decruyenaere J. Burnout in the ICU: potential consequences for staff and patient well-being. Intensive Care Med. 2008;34:4-6.
- Santana Cabrera L, Hernández Medina E, Eugenio Robaina P, Sánchez-Palacios M, Pérez Sánchez R, Falcón Moreno R. [Burnout syndrome among nurses and nurses' aides in an intensive care unit and admission wards]. Enferm Clin. 2009;19:31-4.
- Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. Nurs Ethics. 2015;22:64-76.
- Silva JL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2015;27(2):125-33.

- Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units-a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. BMC Anesthesiol. 2013;13:38.
- Van Emmerik A, Kamphuis J, Hulsbosch A, Emmelkamp P. Single session debriefing after psychological trauma: A Meta-Analysis. The Lancet. 2002; V (360): 766-71.
- Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLoS One. 2015;10(8):e0136955.
- Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLoS One. 2015;10:e0136955.
- West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016 Nov 5;388(10057):2272-2281.
- West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial. JAMA Int Med. 2014;174:527-33.
- Zhang XC, Huang DS, Guan P. Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. BMJ Open. 2014;4:e004813.

Línea estratégica 5

SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS

El síndrome post-cuidados intensivos (PICS) afecta a un número importante de pacientes (30 al 50%) después de la enfermedad crítica. Se caracteriza por síntomas físicos (el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o emocionales (ansiedad, depresión o estrés post-traumático) y pueden afectar también a sus familias, pudiendo ocasionar problemas sociales.

Estos problemas empiezan a aparecer cuando el paciente está en la UCI y pueden persistir después de su vuelta a casa. Sus consecuencias a medio y largo plazo impactan en la calidad de vida de los pacientes y las familias. Los equipos multidisciplinares, con especialistas en medicina intensiva, rehabilitación, fisioterapeutas, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, foniatras, deben facilitar la atención continuada necesaria para dar soporte a estas necesidades. También las familias son parte fundamental para minimizar el PICS participando en el cuidado del paciente, ayudándole a permanecer orientado y reduciendo así el estrés de ambos.

La enfermedad en el paciente crítico produce una crisis familiar, y esos sentimientos de preocupación (la toma de decisiones, la evolución de la enfermedad) y confusión pueden llevar a los familiares a descuidar su propia salud. Es por ello que el equipo sanitario debe apoyar también a los familiares que lo precisen.

Línea estratégica 5	**SINDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS**	PREVENCIÓN Y MANEJO
		SEGUIMIENTO

Línea estratégica 5	SINDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS	PREVENCIÓN Y MANEJO	
Prevenir, detectar y atender el Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS), tanto en el paciente como en su familia.			
Buena práctica 5.1	Existe un protocolo multidisciplinar para el paciente con PICS	E	D
Buena práctica 5.2	Existe un protocolo de analgesia y sedación en la unidad	E	D
Buena práctica 5.3	Existe una monitorización de los niveles de sedación y analgesia a través de escalas validadas	E	D
Buena práctica 5.4	Se realizan pruebas de despertar y/o de respiración espontánea diariamente	E	D
Buena práctica 5.5	Existe un protocolo de prevención y manejo del delirium agudo que incluye la valoración con escalas validadas e intervenciones no farmacológicas	E	D
Buena práctica 5.6	Existe una monitorización continua del delirium	E	D
Buena práctica 5.7	Se aplican intervenciones no farmacológicas para prevenir y tratar el delirium (reorientación, acompañamiento de la familia, calendarios, relojes, iluminación natural, reducción de ruido ambiental, favorecer el sueño...).	E	D
Buena práctica 5.8	Se aplica fisioterapia precoz en los pacientes críticos	E	D

Buena práctica 5.9	Existe un protocolo de movilización precoz en la unidad	E D
Buena práctica 5.10	Se aplica la movilización precoz (cambios posturales, sedestación, ejercicios activos o pasivos, ...)	E D
Buena práctica 5.11	Se aplican medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad neuromuscular (reducción de la duración de la ventilación mecánica, uso de prótesis antiequino...).	E D
Buena práctica 5.12	Existe un protocolo asistencial de atención a la familia que incluye la participación en rondas diarias, disponibilidad de guía escrita de información a los familiares, inclusión de la participación familiar en el cuidado...	E D
Buena práctica 5.13	Se aplican intervenciones dirigidas a las necesidades de las familias (información, apoyo social y emocional, incorporación de grupos de apoyo, prevención del cansancio del rol del cuidador...)	E D

Línea estratégica 5	**SINDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS**	SEGUIMIENTO
Mejorar la calidad de vida de los pacientes identificados pre-alta de la UCI en su seguimiento en planta y /o al alta a domicilio. Valorar e implantar las posibles medidas organizativas en función de la realidad de cada hospital.		
Buena práctica 5.14	Se realiza una valoración funcional física que consta en el informe de alta del paciente	E D
Buena práctica 5.15	Se realiza una valoración funcional psicológica que consta en el informe de alta del paciente	E D
Buena práctica 5.16	Existe un protocolo de seguimiento de pacientes al alta de UCI	E D

Buena práctica 5.17	Existe un protocolo de seguimiento de familiares al alta de UCI	E D
Buena práctica 5.18	Existe una consulta específica de seguimiento cuando ya han sido dados de alta del hospital	E D
Buena práctica 5.19	Se emplean instrumentos validados para valorar calidad de vida del paciente antes y después del ingreso en UCI	E D

Bibliografía consultada:

- Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, et al. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. Crit Care Nurse. 2012;32:35-8.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. Am J Health Syst Pharm. 2013;70: 53-8.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013;41:263-306.
- Brummel NE, Balas MC, Morandi A, et al: Understanding and reducing disability in older adults following critical illness. Crit Care Med 2015;43:1265–75.
- Care Quality Commission (2010) NHS staff survey 2010 [On- line]. Disponible en: http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/NHS_staff_survey_nationalbriefing_final_for_DH.pdf
- Care Quality Commission (2011) The essential standards of quality and safety you can expect [Online]. Disponible en: http://www .cqc .org .uk/usingcareservices/ essentialstandardsofqualityandsafety .cfm
- Centre for Clinical Practice at NICE (UK). Rehabilitation After Critical Illness. NICE Clinical Guidelines, No. 83. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
- Change-Management-Coach.com (2011). Kurt Lewin Change Management Model [Online]. Disponible en: http://www .change-management-coach .com/kurt_lewin .html
- Connolly B. Describing and measuring recovery and rehabilitation after critical illness. Curr Opin Crit Care. 2015;21:445-52.
- Coulter A. What do patients and the public want from primary care? BMJ. 2005;331:1199-201.
- Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, et al: Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. Am J Respir Crit Care Med 2016;44:154-62.
- Davidson JE, Harvey MA, Bernis-Dougherty A, et al. Implementation of the pain, agitation, and delirium Clinical Practice Guidelines and promoting patient mobility to prevent post-intensive care syndrome. Crit Care Med; 2013;41(9 Suppl 1):S136-45.
- Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care síndrome-family. Crit Care Med. 2012;40:618-24.
- Davidson JE. Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. Crit Care Nurse. 2010;30:28-39.
- Department of Health (2010). The NHS constitution: the NHS belongs to us all [Online]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113645 .pdf
- Department of Heath (2010) Equality and excellence: liberating the NHS [Online]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794 .pdf
- Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. Crit Care Med. 2011;39:371-9.
- Ely EW, Margolin R, Francis J, May L et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med. 2001;29:1370-9.
- Haines KJ, Denehy L, Skinner EH, et al: Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: A systematic re- view. Crit Care Med 2015;43:1112–20.
- Harvey MA, Davidson JE. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now…and Later. Crit Care Med. 2016;44:381-5.
- Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO et at. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med. 2012;40:502-9.
- Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long- term cognitive impairment after critical illness. N Engl J Med. 2013;369:1306-16.
- Schweickert WD, Hall J. ICU-acquired weakness. Chest. 2007;131:1541-9.
- Stollings JL and Caylor MM. Postintensive care syndrome and the role of a follow-up clinic. Am J Health Syst Pharm. 2015;72:1315-23.
- Van Der Schaaf M, Bakhshi-Raiez F, Van Der Steen M, Dongel- mans DA and De Keizer NF. Recommendations for intensive care follow-up clinics; report from a survey and conference of Dutch intensive cares. Minerva Anestesiol. 2015;81:135-44.
- Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, et al. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness—crossing the quality chasm. Chest. 2010;138:1224-33.
- Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. Intensive Care Med. 2016;42:962-71.
- Walsh TS, Salisbury LG, Merriweather JL, et al; RECOVER Investigators: Increased hospital-based physical

rehabilitation and information provision after intensive care unit discharge: The RECOVER randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2015;175:901-10.

- Warlan H, Howland L: Posttraumatic stress syndrome associated with stays in the intensive care unit: Importance of nurses' involvement. Crit Care Nurse 2015;35:44-52.
- Wolters A, Bouw M, Vogelaar J, Tjan D, van Zanten A, van der Steen M. The postintensive care syndrome of survivors of critical illness and their families. J Clin Nurs. 2015;24:876-9.

Línea estratégica 6

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Los cuidados paliativos e intensivos no son opciones mutuamente excluyentes, sino que debieran coexistir durante todo el proceso de atención al paciente crítico. Aunque el objetivo fundamental de los cuidados intensivos es restituir la situación previa al ingreso del paciente, en ocasiones esto no es posible y debe modificarse de forma dinámica y orientarse a reducir el sufrimiento y ofrecer los mejores cuidados, especialmente al final de la vida. La atención paliativa busca proporcionar un cuidado integral al paciente y su entorno, con intención de permitir una muerte libre de malestar y sufrimiento para el paciente y familiares de acuerdo con sus deseos y estándares clínicos, culturales y éticos. La limitación de soporte vital, frecuente en el paciente crítico debe realizarse siguiendo las guías y recomendaciones establecidas por las sociedades científicas.

Debe aplicarse integrada en un plan de cuidados paliativos global, de forma multidisciplinar con el objetivo de cubrir las necesidades de los pacientes y familiares tanto físicas, como psicosociales, emocionales y espirituales. La existencia de protocolos específicos y la evaluación periódica de la atención ofrecida constituyen requisitos básicos.

Las complejas decisiones que se toman en torno a los pacientes críticos al final de la vida pueden producir discrepancias entre los profesionales sanitarios y entre estos y los familiares. Los profesionales deben disponer de las competencias y herramientas necesarias para la resolución de estos conflictos incorporando la discusión abierta y constructiva en estas situaciones como estrategias de afrontamiento para reducir la carga emocional derivada de las mismas

Línea estratégica 6	**CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA**	PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
		SOPORTE DE SÍNTOMAS FÍSICOS
		ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA
		SOPORTE A LAS NECESIDADES Y PREFERENCIAS EMOCIONALES Y ESPIRITUALES
		PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL
		IMPLICACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA DECISIÓN Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL (LTSV)

Línea estratégica 6	**CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA**	PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
Disponer de un protocolo de cuidados al final de la vida		
Buena práctica 6.1	Existe un protocolo multidisciplinar de cuidados al final de la vida adaptado a las recomendaciones de las Sociedades Científicas	E D
Buena práctica 6.2	Existe un procedimiento para la identificación de necesidades paliativas en pacientes ingresados en UCI	E D

Línea estratégica 6	**CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA**	SOPORTE DE SÍNTOMAS FÍSICOS
Detectar y dar soporte a los síntomas físicos en los pacientes en situaciones al final de la vida.		
Buena práctica 6.3	Se instaura sedación paliativa adecuada a los pacientes en situación al final de la vida	E D
Buena práctica 6.4	Existe un registro adecuado de la decisión de instaurar sedación paliativa (consentimiento informado, medicación, indicación...)	E D

Línea estratégica 6	**CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA**	ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA
Facilitar el acompañamiento de los pacientes en situaciones al final de la vida		
Buena práctica 6.5	Se facilita el acompañamiento continuo de los familiares de los pacientes en situación al final de la vida	E D
Buena práctica 6.6	Se facilita formación en acompañamiento y atención al duelo a los profesionales implicados en el cuidado del paciente/familia	E D

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	SOPORTE A LAS NECESIDADES Y PREFERENCIAS EMOCIONALES Y ESPIRITUALES	
Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales y espirituales a los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida			
Buena práctica 6.7	Se aplican estrategias de apoyo emocional para los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida		E D
Buena práctica 6.8	Se consulta de forma sistemática el registro de instrucciones previas en los pacientes que ingresan en UCI, especialmente a aquellos a los que se realice limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV)		E D
Buena práctica 6.9	Se incorporan las instrucciones previas en la toma de decisiones quedando constancia del proceso en la historia clínica		E D
Buena práctica 6.10	Se ofrece apoyo emocional y de soporte a los profesionales que participan en los cuidados al final de la vida con el objetivo de reducir la aparición de síndromes como el sufrimiento moral, la percepción de cuidados inapropiados y fatiga por compasión		E D
Buena práctica 6.11	Existe fácil accesibilidad de los profesionales a los registros de instrucciones previas de los pacientes		E D
Buena práctica 6.12	Se identifica la figura del Representante Legal para la Toma de Decisiones		E D
Buena práctica 6.13	Existe la posibilidad de interconsulta con un servicio de cuidados paliativos		E D

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV)	
Disponer de un protocolo de LTSV que siga las recomendaciones de las Sociedades Científicas			
Buena práctica 6.14	Existe protocolo de Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV)	E	D
Buena práctica 6.15	Se utiliza un registro específico para la LTSV	E	D
Buena práctica 6.16	Existen procedimientos para la resolución de conflictos relacionados con los tratamientos considerados potencialmente inapropiados	E	D
Buena práctica 6.17	Se incorpora la donación de órganos y tejidos en los cuidados al final de la vida en los casos en que esté indicado	E	D
Buena práctica 6.18	Se facilita formación específica a los profesionales en aspectos bioéticos y legales relacionados con la toma de decisiones y los cuidados al final de la vida	E	D
Buena práctica 6.19	Se mide la satisfacción de los familiares de los pacientes fallecidos en la UCI sobre los cuidados al final de la vida	E	D

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	IMPLICACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA DECCISIÓN Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE LTSV	
Asegurar la participación de todos los profesionales implicados en la LTSV.			
Buena práctica 6.20	La LTSV se realiza por consenso contando con la participación de todo el equipo asistencial de la UCI y de otros profesionales implicados en la atención del paciente	E	D

Buena práctica 6.21	Se dispone de protocolos y herramientas que faciliten la valoración pronóstica y toma de decisiones en pacientes con determinadas patologías no oncológicas	E D
Buena práctica 6.22	Se dispone de un procedimiento de consulta con el Comité de Ética Asistencial para casos de desacuerdo. (CEA)	E D

Bibliografía recomendada:

- Arauzo V, Trenado J, Busqueta G, Quintana S. Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. Med Clin (Barc). 2010;134:448-51.
- Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. Crit Care Med. 2014;42:2418-28.
- Australian and New Zealand Intensive Care Society. ANZICS Statement on Care and Decision-Making at the End of Life for the Critically Ill (Edition 1.0). Melbourne, ANZICS, 2014.
- Cabré Pericas LL, Abizanda Campos R, Baigorri González F, Blanch Torra L, Campos Romero JM, Irribarren Diarasarri S, et al. Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones del grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Med Intensiva. 2006;30:68-73.
- Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al; Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med. 2003;31:2255-62.
- Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014;370:2506-14.
- Curtis JR. Palliative care in critical illness: challenges for research and practice. Palliat Med. 2015;29:291-2.
- Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. Intensive Care Med. 2016;42:1003-17.
- Iribarren-Diarasarri S, Latorre-García K, Muñoz-Martínez T, Poveda-Hernández Y, Dudagoitia-Otaolea JL, Martínez-Alutiz S et al. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. Med Intensiva. 2007;31:68-72.
- Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Res- pir Crit Care Med. 2008;177:912-27.
- Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer MF; EPILAT study group. Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. Ann Intensive Care. 2015;5:56.
- Miller SJ, Desai N, Pattison N, Droney JM, King A, Farquhar-Smith P, et al. Quality of transition to end-of-life care for cancer patients in the intensive care unit. Ann Intensive Care. 2015;5:59.
- Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. Med Intensiva. 2010;34:534-49.
- Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda I Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, et al. Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones en el tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva. 2008;32:121-33.
- Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda I Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva. 2008;32(3):121-33.
- Mosenthal AC, Weissman DE, Curtis JR, Hays RM, Lustbader DR, Mulkerin C, et al. Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: a report from the Improving Pa- lliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU) Project Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care. Crit Care Med. 2012;40:1199-206.
- Myatra SN, Salins N, Iyer S, Macaden SC, Divatia JV, Mucka- den M, et al. End-of-life care policy: An integrated care plan for the dying: A Joint Position Statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC). Indian J Crit Care Med. 2014;18:615-35.
- Nelson JE, Azoulay E, Curtis JR et al. Palliative care in the ICU. J Palliat Med. 2012;15:168-74.
- Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ, Walker AS, McAdam JL, Ilaoa D, et al. In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. Crit Care Med. 2010;38:808-18.
- Penrod JD, Pronovost PJ, Livote EE, Puntillo KA, Walker AS, Wallenstein S, et al. Meeting standards of high-quality intensive care unit palliative care: clinical performance and predictors. Crit Care Med. 2012;40:1105-12.
- Poyo-Guerrero R, Cruz A, Laguna M, Mata J; Comité de Ética del Hospital Son Llatzer de Palma de Mallorca (España). Preliminary experience with the introduction of life-sustaining treat- ment limitation in the electronic clinical record. Med Intensiva. 2012;36:32-6.
- Rubio O, Sánchez JM, Fernández R. Life-sustaining treatment limitation criteria upon admission to the intensive care unit: results of a Spanish national multicenter survey. Med Intensiva. 2013;37:333-8
- Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA. 2013;290:790-7.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2008;36(3):953-63.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2008;36:953-63.

- Truog RD, Cist AF, Brakett SE, Burns JP, Curley MA; Danis M et al. Recommendations for the end of life care in the intensive care unit: The ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001;29:2332-48.
- Velasco-Sanz TR, Rayón-Valpuesta E. Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. Med Intensiva. 2016;40:154-62.
- Vincent JL, Schetz M, De Waele JJ et al. "Piece" of mind: end of life in the intensive care unit statement of the Belgian Society of Intensive Care Medicine. J Crit Care. 2014;29:174-5.
- Visser M, Deliens L, Houttekier D. Physician-related barriers to communication and patient and family centred decision making towards the end of life in intensive care: a systematic re- view. Crit Care. 2014;18:604.

Línea estratégica 7

INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

El entorno físico de las UCI debe permitir que el proceso asistencial se realice en un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares. Existen guías publicadas (*Evidence Based Design*) que buscan reducir el estrés y promover el confort centrándose en las mejoras arquitectónicas y estructurales de las UCI. En ellas se incluyen propuestas que consideren una ubicación apropiada, así como la adecuación a los usuarios y a los flujos de trabajo por proceso, en sus condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario y decoración.

Esta línea promueve la creación de espacios donde la eficacia técnica vaya unida a la calidad de atención y a la comodidad de todos los usuarios teniendo en cuenta que un diseño adecuado puede ayudar a reducir los errores de los profesionales, mejorar los resultados de los pacientes, como la reducción de estancia media, y jugar un posible papel en el control de costes.

Estas modificaciones pueden influir positivamente en los sentimientos y en las emociones favoreciendo espacios humanos adaptados a la funcionalidad de las unidades. Espacios acordes a los procesos que ocurren en ellos, con la máxima funcionalidad posible, teniendo en cuenta las necesidades de todos los usuarios implicados. Este concepto es aplicable también a las salas de espera que deben rediseñarse de manera que se conviertan en "salas de estar" y ofrezcan un mayor confort y funcionalidad a las familias.

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

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	PRIVACIDAD DEL PACIENTE	
Asegurar la privacidad del paciente			
Buena práctica 7.1	Existen boxes individuales, a ser posible con ventanas y puertas traslúcidas.		E D
Buena práctica 7.2	Existen biombos, cortinas y demás elementos separadores entre boxes que hacen posible la privacidad.		E D
Buena práctica 7.3	Existe baño accesible a los pacientes o WC portátiles que aseguren una mínima intimidad para las funciones fisiológicas que generan pudor		E D

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	CONFORT AMBIENTAL DEL PACIENTE	
Asegurar el confort ambiental del paciente			
Buena práctica 7.4	Se dispone de luz natural que llega con suficiente cantidad y calidad al paciente, con opción de oscurecimiento		E D
Buena práctica 7.5	Se incorporan colores adecuados para pacientes adultos e imágenes para pacientes pediátricos. Se presta atención además a los techos, que a veces es lo único que ve el paciente.		E D
Buena práctica 7.6	Existe mobiliario adecuado y correctamente distribuido, para crear un espacio funcional, con una circulación óptima, evitando molestias y obstáculos innecesarios		E D
Buena práctica 7.7	El box cuenta con opciones de "personalización del espacio" (fotos de la familia, dibujos de hijos o familiares, tarjetas con mensajes de cariño de amigos y familiares, fotos de grupos musicales, equipos de futbol, etc.)		E D

Buena práctica 7.8	Existe control autónomo e individualizado en cada box de temperatura, humedad y ventilación de acuerdo a normas UNE e ISO publicadas.	E D
Buena práctica 7.9	Existe sistema de control de luz, con suficiente cantidad en todas las habitaciones de pacientes. La iluminación general de la habitación es de 100 lux.	E D
Buena práctica 7.10	Se mantiene un control del ruido ambiental, procurando mantener un ambiente lo menos bullicioso posible (Idealmente inferior a 60 db. La OMS aconseja un nivel de ruido de 30 decibelios, 35 decibelios en el área de pacientes, y hasta 10 dB más para permitir la comunicación.)	E D

Línea estratégica 7	**INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA**	ORIENTACIÓN DEL PACIENTE
Fomentar la comunicación y la orientación del paciente		
Buena práctica 7.11	Se dispone de conexión visual con el exterior (ventana a una altura adecuada), para no perder la orientación y mantener el ciclo circadiano, siempre que sea posible	E D
Buena práctica 7.12	Se cuenta con la posibilidad de disponer de calendario y reloj visibles desde la cama	E D
Buena práctica 7.13	Se dispone de sistemas de comunicación aumentativa/ alternativa	E D
Buena práctica 7.14	Existe un sistema para que los enfermos puedan llamar a los profesionales cuando lo necesiten	E D
Buena práctica 7.15	Cuando el box no dispone de luz natural y/o ventana existen ventanas virtuales	E D

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	CONFORT EN EL ÁREA DE FAMILIARES
Asegurar el confort en el área de familiares		
Buena práctica 7.16	Existe una señalización adecuada mediante rotulación visible de habitaciones, indicando vías de acceso, y manteniendo la estética establecida para la unidad	E D
Buena práctica 7.17	Existe una orientación hacia el uso como "salas de estar" del espacio donde se encuentran los familiares el tiempo que no están en la unidad	E D
Buena práctica 7.18	Existen habitaciones para familiares en situaciones especiales, que aseguren privacidad, siempre que sea posible	E D
Buena práctica 7.19	Existe una habitación de despedida en la que pueda acompañarse a un paciente terminal en condiciones de intimidad, sin presiones de tiempo o espaciales, para posibilitar el inicio de duelo saludable	E D

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	CONFORT Y FUNCIONALIDAD EN EL ÁREA DE CUIDADOS
Asegurar el confort y la funcionalidad en el área de trabajo		
Buena práctica 7.20	Se lleva a cabo un control acústico adecuado en el área de trabajo. En general, el nivel de ruido de fondo total en cuidados intensivos debe mantenerse por debajo de 40 dBA, con un nivel máximo operativo de 55 dB en áreas de trabajo, que permita comunicación y aprendizaje	E D
Buena práctica 7.21	Se posibilita un adecuado acceso a la documentación con suficientes puestos de ordenador y wifi para consulta de historias y avisos de monitorización en salas médicas y enfermeras	E D
Buena práctica 7.22	Existe un sistema de información clínica (SIC) ajustado al flujo de trabajo de la Unidad que permita trabajar en red	E D

Buena práctica 7.23	Existe un sistema de monitorización central que recoja todos los monitores de la unidad, controlados por los médicos y las enfermeras, desde un espacio fácilmente accesible a los boxes	E D
Buena práctica 7.24	Existen sistemas de visualización adecuada del paciente desde el control (diseños circulares, instalación de cámaras y conexión a circuitos cerrados, etc.)	E D

Línea estratégica 7	**INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA**	CONFORT EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE PROFESIONALES
Asegurar el confort en el área administrativa y de profesionales		
Buena práctica 7.25	Existen espacios de trabajo adecuados dotados de las instalaciones necesarias para llevar a cabo el trabajo	E D
Buena práctica 7.26	Existen habitaciones para profesionales de guardia, con espacios adecuados y manteniendo el hilo conductor estético marcado en la unidad	E D

Línea estratégica 7	**INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA**	DISTRACCIÓN DEL PACIENTE
Fomentar la distracción del paciente		
Buena práctica 7.27	Se dispone de luz para lectura en pacientes conscientes	E D
Buena práctica 7.28	Se dispone de receptor de televisión / radio	E D
Buena práctica 7.29	Se dispone de la posibilidad de contar con música individualizada	E D

Buena práctica 7.30	Se dispone de conexión wifi para uso de tabletas y móviles que permitan al paciente comunicarse con sus allegados y estar conectados con el mundo exterior, favoreciendo su distracción	E D
Buena práctica 7.31	Se permite el uso de teléfono dentro de la habitación	E D
Buena práctica 7.32	Se dispone de acceso a juegos (UCI pediátrica), vídeos infantiles, libros, consolas de videojuegos y material educativo suficiente para todos los niños ingresados y que cubran el rango de edad desde lactantes a adolescentes	E D

Línea estratégica 7	**INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA**	HABILITAR ESPACIOS EN JARDINES O PATIOS
Habilitar espacios en jardines o patios para pacientes con garantía de acceso a los mismos (silla de ruedas, camas, etc.)		
Buena práctica 7.33	Se dispone de espacios en jardines o patios para pacientes, con garantía de acceso a los mismos (silla de ruedas, camas, etc.), siempre que sea posible	E D

Bibliografía recomendada:

- Bazuin D, Cardon K: Creating healing intensive care unit environments: physical and psychological considerations in designing critical care areas. Crit Care Nurs Q. 2011;34:259-67.
- Berto R. The Role of Nature in Coping with Psycho-Physiological Stress: A Literature Review on Restorativeness. Behavioral sciences. 2014; 4:394-409.
- Caruso P, Guardian L, Tiengo T, et al. ICU Architectural Design Affects the Delirium Prevalence: A Comparison Between Single-Bed and Multibed Rooms. Crit Care Med 2014;42:2204-10.
- Chalom R, Raphaely RC, Costarino AT Jr. Hospital costs of pediatric intensive care. Crit Care Med. 1999;27:2079-85.
- Diette GB, Lechtzin N, Haponik E, Devrotes A, Rubin HR. Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: a complementary approach to routine analgesia. 2003. Chest;123:941-8.
- Downey LV, Zun LS. The impact of watching cartoons for distraction during painful procedures in the emergency depart- ment. Pediatr Emerg Care. 2012;28:1033-5.
- Evidence based environmental design for improving medical out- comes. Proceedings of Healing and design: Building for Health Care in the 21st Century Conference. Montreal March 2000.
- Gabor JY, Cooper AB, Hanly PJ: Sleep disruption in the intensive care unit. Curr Opin Crit Care. 2001;7:21-7.
- How design impacts wellness. Healthcare forum Journal. 1992. Scientific Research and Sky Image Ceilings. www .theskyfactory .com
- Jongerden IP, Slooter AJ, Peelen LM et al. Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: a before-after study. Intensive Care Med. 2013;39:1626-34.
- Keep P, James J, Inman M. Windows in the intensive therapy unit. Anesthesia. 1980;35:257-62.
- Lee J, Lee J, Lim H, Son JS, Lee JR, Kim DC, Ko S. Cartoon distraction alleviates anxiety in children during induction of anesthesia. Anaesth Anal. 2012;115:989-90.
- MacKerron G, Mourato S. Happiness is greater in natural environments. Global Environmental Change. 2013;23:992–1000.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Disponible en: http://www .msssi .gob .es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ docs/UCI .pdf
- Rashid M. Two decades (1993-2012) of adult intensive care unit design: a comparative study of the physical design features of the best practice examples. Crit Care Nurs Q. 2014;37:3-32.
- Santos Redondo P, Yáñez Otero A, Al-Adib Mendiri M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. ISBN: 978-84-606-7510-5 Edita: Servicio Extre- meño de Salud. Abril 2015. Disponible en: http://saludextremadura .gobex .es/documents/19231/562422/libro+duelo+SES .pdf
- Schweitzer M, Gilpin L, Frampton S. Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health. J Al- tern Complement Med. 2004;10 Suppl 1:S71-83.
- Senquiz AL. Los Efectos Curativos de la Música [monografia en Internet], [acceso 13 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www .saludparati .com/musica1 .htm
- Smith HA, Boyd J, Fuchs DC et al. Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. Crit Care Med. 2011;39:150-57.
- The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. https://www .healthde- sign .org/chd/research/role-physical-environmenthospital-21st-century
- Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, et al. Guidelines for intensive care unit design. Crit Care Med. 2012;40:1586-600.
- Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. (Benefits of nature: View from a Hospital bed). Science. 1984;224:420-1.
- Valentin A, Ferdinande P; ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for in- tensive care units: structural and organizational aspects. Intensive Care Med. 2011;37:1575-87.
- Zaal IJ, Spruyt CF, Peelen LM et al: Intensive care unit environment may affect the course of delirium. Intensive Care Med. 2013;39:481-8.

Estándares de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos

Manual de evaluación

2017

Miembros del grupo de trabajo de certificación:

- Alonso-Ovies Ángela. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.
- Álvarez-Muñoz Francisco. Administrativo. Marbella. Málaga.
- Ángel-Sesmero José Antonio. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.
- De la Cueva-Ariza Laura. Departamento de Enfermería Fundamental y Medico quirúrgica. Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona.
- Delgado-Hito Pilar. Departamento de Enfermería Fundamental y Medico quirúrgica. Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona.
- Ferrero-Rodríguez Mónica. Interiorista Lab in Action. Madrid.
- Gálvez-Herrer Macarena. Psicóloga. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo/Equipo Estrés y Salud Facultad Psicología, UAM. Madrid.
- Gómez-García José Manuel. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
- Gómez-Tello Vicente. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Moncloa. Madrid.
- Heras-La Calle Gabriel. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid.
- Igeño-Cano Jose Carlos. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital San Juan de Dios. Córdoba
- Martín-Delgado Mari Cruz. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid.
- Ortega-Guerrero Álvaro. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Quironsalud Málaga
- Rojas-Jara Verónica. Universidad de los Andes. Santiago de Chile.
- Romero-García Marta. Departamento de Enfermería Fundamental y Medico quirúrgica. Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona.
- Saralegui-Reta Iñaki. Organización Sanitaria Integrada Araba
- Segovia-Gómez Carmen. Ex Coordinadora de la Organización Nacional de Trasplantes. Madrid.
- Velasco-Bueno José Manuel. Unidad de Recuperación. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
- Velasco-Sanz Tayra. Unidad de Cuidados Intensivos. hospital Clínico San Carlos de Madrid

HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos

Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos

HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos
www.proyectohuci.com