



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS E IMPACTO EN
LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN: SCOPING REVIEW

COMMUNICATION STRATEGIES IN CRITICAL CARE AND THEIR IMPACT ON
QUALITY OF CARE: SCOPING REVIEW

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autoría:

IRENE ELIZABETH ORTEGA SAMANIEGO
JESSICA LICETH VALDIVIEZO MACÍAS

Dirección:

Mg. JEISSON ANDRÉS HINCAPIÉ CARVAJAL

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2024



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS E IMPACTO EN
LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN: SCOPING REVIEW

COMMUNICATION STRATEGIES IN CRITICAL CARE AND THEIR IMPACT ON
QUALITY OF CARE: SCOPING REVIEW

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autoría:

IRENE ELIZABETH ORTEGA SAMANIEGO
JESSICA LICETH VALDIVIEZO MACÍAS

Jeisson Andrés Hincapié Carvajal, Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Alisson Patricia Muñoz Guanga, Mg.

CALIFICADORA

Walter Patricio Castelo Rivas, Mg

CALIFICADOR

Yullio Cano de La Cruz, PhD.

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, IRENE ELIZABETH ORTEGA SAMANIEGO portadora de la cédula de ciudadanía No. 110401230-5 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaro que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Irene Elizabeth Ortega Samaniego
CI. 1104012305

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, JESSICA LICETH VALDIVIEZO MACÍAS portador de la cédula de ciudadanía No. 131325317-9 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaro que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Jessica Liceth Valdiviezo Macías

CI. 131325317

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de La Cruz, PhD

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director del Trabajo de Titulación de Postgrado de Maestría en gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, titulado ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS E IMPACTO EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN: SCOPING REVIEW realizado por las maestrantes: IRENE ELIZABETH ORTEGA SAMANIEGO con cédula: No 1104012305 y JESSICA LICETH VALDIVIEZO MACÍAS con cédula No 1313253179, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, septiembre 2024

Atentamente,



Jeisson Andrés Hincapié Carvajal

Profesor Titular Principal 1

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a DIOS por darnos siempre fuerza y sabiduría para continuar en este sueño tan anhelado.

A nuestros familiares que han sido la motivación e inspiración para superar todo obstáculo que se presentó en el camino, con la única certeza que lograríamos nuestra meta y esperando siempre contar con su apoyo incondicional.

De manera muy especial expresamos nuestro agradecimiento a todos los docentes por compartir sus conocimientos, a su vez, a la institución PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO, por acogernos y hacer este sueño realidad.

Irene Ortega y Jessica Valdiviezo

DEDICATORIA

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta.

A mi madre, por todo su amor y por motivarme a seguir hacia adelante.

También a mi esposo Vinicio Uday por su amor y apoyo incondicional ha sido mi mayor motivación a mis hijos Dennis, Josué, y Leonardo Uday quienes fueron mi inspiración y motivación para seguir adelante y la razón por la cual me esfuerzo constantemente por crecer y aprender.

Y, finalmente, a los que no creyeron en mí, con su actitud lograron que tomará más impulso.

Irene Elizabeth

A mis padres, por acompañarme en cada paso que doy en la búsqueda de lograr mis objetivos como persona y profesional.

También a mi hijo por ser la inspiración para realizar cada meta que me propongo.

A mi novio, por motivarme en este proceso y no dejarme declinar todas las veces que quería rendirme, él siempre acompañándome y siendo un apoyo incondicional.

Jessica Liceth

RESUMEN

La interacción efectiva en las Unidades de Cuidados Intensivos es crucial para garantizar la seguridad del paciente y el bienestar del personal de salud. La comunicación clara, accesible y empática mejora la calidad de la atención, minimiza el riesgo y contribuye al bienestar emocional de los pacientes y sus familias. El objetivo de este estudio es explorar la evidencia disponible sobre estrategias de comunicación efectivas implementadas entre el equipo médico, los pacientes y las familias, y el impacto en la calidad de la atención. Se realizó una revisión sistemática de alcance, que incluyó una búsqueda de literatura en bases de datos electrónicas como Scopus, Medline (a través de PubMed) y BvS (Lilacs). Se incluyeron artículos de investigación primaria, revisiones sistemáticas y revisiones de literatura, publicados en los últimos cinco años en inglés, portugués y español. Los datos relevantes se extrajeron manualmente y se sometieron a un análisis temático. La revisión incluyó 30 artículos, lo que llevó a la identificación de cinco temas clave: 1) Barreras y facilitadores de la comunicación; 2) Herramientas de comunicación; 3) Estrategias de comunicación; 4) Programas de educación y capacitación en comunicación; y 5) Comunicación y calidad de la atención. Las barreras afectan negativamente los resultados clínicos y el bienestar emocional tanto de los pacientes como del personal sanitario. La evidencia sugiere que las estrategias de comunicación se pueden mejorar mediante capacitación continua, tecnologías inclusivas y políticas claras. Se recomienda priorizar la capacitación en comunicación para el personal, implementar tecnologías accesibles y equitativas y desarrollar pautas que fomenten interacciones consistentes y centradas en el paciente.

Palabras clave: Comunicación; calidad de la atención; familia; personal de salud; unidad de cuidados

ABSTRACT

Effective interaction in Intensive Care Units is crucial to ensure patient safety and the well-being of healthcare staff. Clear, accessible and empathetic communication improves the quality of care, minimises risk and contributes to the emotional well-being of patients and their families. The aim of this study is to explore the available evidence on effective communication strategies implemented between the medical team, patients and families, and the impact on quality of care. A systematic scoping review was conducted, which included a literature search in electronic databases such as Scopus, Medline (via PubMed) and BvS (Lilacs). Primary research articles, systematic reviews and literature reviews, published in the last five years in English, Portuguese and Spanish, were included. Relevant data were manually extracted and subjected to thematic analysis. The review included 30 articles, leading to the identification of five key themes: 1) Communication barriers and facilitators; 2) Communication tools; 3) Communication strategies; 4) Communication education and training programs; and 5) Communication and quality of care. Barriers negatively affect clinical outcomes and the emotional well-being of both patients and healthcare staff. Evidence suggests that communication strategies can be improved through ongoing training, inclusive technologies, and clear policies. Prioritizing communication training for staff, implementing accessible and equitable technologies, and developing guidelines that encourage consistent, patient-centered interactions are recommended.

Keywords: Communication; care unit; health personnel; quality of care; family.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	11
2.	Revisión de la literatura.....	14
3.	Materiales y métodos.....	19
4.	Resultados	22
5.	Discusión	30
6.	Conclusiones	33
7.	Recomendaciones	34
8.	Referencias bibliográficas	35
9.	Anexos	42

1. INTRODUCCIÓN

La interacción efectiva en las áreas de cuidados intensivos es esencial para asegurar un cuidado de alta calidad a los pacientes en estado crítico. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en este contexto la comunicación debe ser accesible, posible, fiable, relevante, oportuna y comprensible. En un contexto en el que se deben tomar decisiones con rapidez y exactitud, el diálogo resulta esencial para garantizar tanto la protección del paciente como la eficacia operativa del personal sanitario, impactando directamente en cómo se comunica la información (Sanz, 2019). La comunicación deficiente puede ocasionar errores, aumentar el estrés entre el personal y generar riesgos innecesarios para los pacientes.

En las áreas críticas, la atención no solo se basa en responder a las acciones del equipo de salud, sino en la observación constante de signos y síntomas de alteraciones graves en la salud. El personal de enfermería, en su labor diaria, enfrenta situaciones complejas, como brindar atención a pacientes en condiciones vitales extremas, enfrentarse a la muerte de los pacientes y compartir el sufrimiento con sus familiares. La transmisión eficiente de la información no solo incrementa la protección del paciente, sino que también favorece el bienestar emocional del personal sanitario, los pacientes y sus familiares, reduciendo la ansiedad y el estrés vinculados a la internación hospitalaria, disminuyendo la ansiedad y el estrés vinculados a la hospitalización (Espinoza et al., 2021).

La calidad en la atención sanitaria se mide por los resultados obtenidos en los pacientes. Para lograr una atención de alta calidad, los servicios deben ser efectivos, seguros y centrados en la persona, ajustándose a sus preferencias y necesidades. También deben ser equitativos, oportunos, integrados y eficientes (Organización Mundial de la Salud, [OMS] 2022). En este contexto, la comunicación eficaz se convierte en un pilar fundamental para garantizar que estos principios se cumplan en las unidades de cuidados intensivos.

Por otro lado, la ausencia de una comunicación apropiada puede provocar disputas y fallos, impactando tanto al equipo laboral como a los pacientes. Una falta de comunicación en las unidades de cuidados intensivos puede reducir la eficacia del equipo, alterar el ambiente de trabajo y comprometer la seguridad del paciente (Vega, 2020). Además, la comunicación deficiente entre el personal de salud y los pacientes o sus familiares, puede contribuir a una mayor incertidumbre y ansiedad, complicando aún más el proceso de atención.

La importancia de la comunicación efectiva en las unidades de cuidados intensivos

no se limita a la transferencia de información técnica o médica; implica también el apoyo emocional y la empatía hacia los pacientes y sus familias en momentos de crisis. Las condiciones en las unidades críticas suelen ser altamente complejas, con cambios rápidos en el estado clínico de los pacientes. Esto demanda una interacción constante y precisa entre el equipo médico y el paciente, así como con sus familiares, quienes enfrentan una situación de alta vulnerabilidad emocional (Boada y Guáqueta, 2020).

Es crucial reconocer la importancia de la relación enfermera-paciente en la prestación de cuidados de calidad. La comunicación, en este contexto, es la herramienta principal para conocer las necesidades del paciente y brindarle la mejor atención posible. Sin embargo, en muchas ocasiones, la falta de tiempo o la sobrecarga de trabajo pueden limitar este intercambio crucial, lo que afecta la calidad de los cuidados brindados (Yanchapanta y Analuisa, 2022).

Una comunicación asertiva y efectiva debe abordar no solo los aspectos clínicos, sino también las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes y sus familias. Este tipo de interacción contribuye a una experiencia más humanizada durante el tratamiento, mejorando el bienestar general y la satisfacción con la atención recibida (Rivilla et al., 2020). Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de salud mantengan una actitud abierta al diálogo, asegurando que la comunicación sea clara y comprensible, especialmente en situaciones de alta tensión emocional.

El proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos), llevado a cabo en diversas áreas críticas, ha evidenciado la relevancia de la integración familiar, la aplicación de sistemas de comunicación alternativos y el robustecimiento de los vínculos entre los expertos sanitarios. Este método ha facilitado un avance notable en la interacción en las unidades de cuidados intensivos, fomentando la empatía y la atención constante entre los equipos laborales y los parientes (Baeza y Quispe, 2020). La humanización de la atención en las unidades críticas no solo se enfoca en los cuidados médicos, sino también en el bienestar emocional y psicológico de todos los involucrados.

La confianza entre el equipo médico y los pacientes, junto con sus parientes, es fundamental para un cuidado eficiente. En este contexto, es crucial la adecuada divulgación de la información en la unidad de cuidados intensivos para reducir los riesgos y potenciar la calidad del cuidado y la calidad de la atención. Además, la integración de procesos tecnológicos y humanos en la atención médica actual presenta beneficios significativos, pero también riesgos de eventos adversos que pueden ser mitigados con una adecuada comunicación y gestión del equipo médico (Li et al., 2021).

Para concluir, es crucial una interacción eficaz en los ámbitos de cuidados intensivos

para asegurar la protección del paciente y el bienestar del personal sanitario. La comunicación nítida, comprensible y empática no solo incrementa la calidad de los cuidados, sino que también favorece una experiencia más satisfactoria para los pacientes y sus familias. Conforme los sistemas sanitarios siguen progresando, resulta esencial fomentar una cultura de comunicación franca y eficaz en todos los sectores críticos, garantizando que tanto los expertos en salud como los pacientes estén en sintonía con la meta compartida de asegurar un cuidado de alta calidad.

Con base en lo previamente expuesto y tras realizar una revisión de la literatura, este artículo científico busca dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la evidencia disponible acerca de las estrategias de comunicación en Unidades de Cuidados Intensivos y el impacto en la calidad de la atención? Esta pregunta está integrada por las siguientes preguntas específicas:

- ¿Cuáles son las barreras y facilitadores de la comunicación en las Unidades de Cuidados Intensivos?
- ¿Cuáles son los principales instrumentos de comunicación utilizados en las Unidades de Cuidados Intensivos?
- ¿Cuáles son las estrategias de comunicación más efectivas en las Unidades de Cuidados Intensivos para optimizar la interacción entre el personal médico, los pacientes y sus familias, y cómo contribuyen a mejorar los resultados clínicos y el bienestar emocional?
- ¿Cuál es el impacto de la formación y los programas de capacitación en comunicación para el personal de las Unidades de Cuidados Intensivos en la mejora de las habilidades comunicativas y la calidad de la atención brindada a los pacientes y sus familias?
- ¿Cómo influye la comunicación en la calidad de la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos?

El propósito de este estudio fue condensar la bibliografía existente acerca de las tácticas de comunicación eficaces aplicadas en las Unidades de Cuidados Intensivos entre el equipo médico, pacientes y familiares, su impacto en la seguridad del paciente, la eficacia operacional, el bienestar general en contextos críticos y su efecto en la calidad de la atención.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamentos Teóricos

Para mejorar las estrategias de comunicación y la calidad de la atención en las UCI, es esencial que el equipo de salud esté capacitado en técnicas de interacción efectiva. La comunicación efectiva debe comenzar entre los profesionales del equipo y extenderse a los familiares y pacientes. Un elemento clave es establecer pautas claras para la entrega de turnos, lo que contribuye a reducir los errores, mejorar la continuidad en la atención y aumentar la seguridad del paciente (Rojas, 2019).

El uso de tecnología también juega un papel importante, especialmente para los pacientes que no pueden hablar debido a su estado clínico. Herramientas como tabletas o dispositivos de señalización facilitan la comunicación, disminuyendo el estrés y la ansiedad en los pacientes y sus familias. Además, estas herramientas permiten que el paciente participe en su propio cuidado, contribuyendo a su bienestar (Aromataris, 2022).

Otra estrategia fundamental es la organización de reuniones familiares con objetivos claros, donde se informe de manera continua y detallada sobre el estado del paciente. Estas reuniones permiten a los familiares sentirse incluidos en el proceso de atención, fortaleciendo la confianza en el equipo de salud y reduciendo el conflicto. Al considerar las necesidades emocionales de todos los involucrados, se fomenta un ambiente de colaboración (Rojas, 2019).

2.1.1 Comunicación efectiva como elemento fundamental en las unidades de cuidados intensivos

Las áreas de cuidados intensivos son entornos altamente estresantes, tanto para el equipo de salud como para las familias de los pacientes. A menudo, la falta de comunicación efectiva puede generar conflictos y decisiones erróneas, afectando negativamente a todos los involucrados. La información que circula entre los profesionales de la UCI y las familias es esencial para la toma de decisiones, especialmente porque el ingreso de un paciente a estas áreas genera altos niveles de preocupación y ansiedad tanto en el paciente como en sus seres queridos. Según Mackie et al. (2021), muchas veces la atención médica brindada en las UCI carece de la capacitación adecuada en habilidades de comunicación, lo cual es fundamental para asegurar que las decisiones se tomen de manera informada y consensuada.

La efectividad de las herramientas de comunicación entre el equipo de salud y las

familias es reconocida como un factor determinante en la calidad de la atención, especialmente en situaciones de fin de vida, por ello la percepción que los familiares tienen sobre la calidad de la comunicación con los médicos puede estar directamente relacionada con problemas psicológicos posteriores, como ansiedad o depresión, en este sentido, las familias tienden a recurrir al personal de enfermería, buscando estrategias de comunicación más claras y cercanas que les ayuden a manejar la situación de mejor manera (Jo, 2019).

Las técnicas de comunicación entre las familias y el personal de enfermería no solo son necesarias para mejorar la experiencia hospitalaria, sino que también promueven mejores resultados clínicos. Una comunicación eficaz basada en las necesidades individuales de los pacientes y sus entornos inmediatos contribuye a reducir la presión sobre los familiares, quienes a menudo se ven en la difícil posición de tomar decisiones críticas sobre el cuidado del paciente, la presión sobre las familias es considerable, ya que en muchos casos se convierten en los principales tomadores de decisiones para la mejora de la salud del paciente (Dees et al., 2022).

2.1.2 La comunicación efectiva en momentos de miedo e incertidumbre

Es fundamental una comunicación eficaz en las Unidades de Cuidados Intensivos para asegurar un cuidado de alta calidad y cubrir las necesidades de los pacientes y sus familias. Dentro de las principales ventajas de una comunicación apropiada se incluyen la disminución del temor y la ansiedad, la optimización en la toma de decisiones y el incremento de la confianza en el equipo médico. Al proporcionar información precisa y a tiempo, se promueve la toma de decisiones basadas en información y se potencia la confianza entre los profesionales sanitarios, los pacientes y sus familias, reforzando así la cooperación y el trabajo conjunto indispensables para un cuidado eficiente (Espinoza et al., 2021).

En el ámbito de las Unidades de Cuidados Intensivos, la comunicación eficaz es crucial debido a la complejidad de los casos que se gestionan. Por lo tanto, los expertos en salud deben tener la habilidad de transmitir información de forma clara y entendible, favoreciendo de esta manera la coordinación entre los integrantes del equipo médico y la formación de una relación profunda y empática con los pacientes y sus familias. Esto es particularmente relevante en periodos de incertidumbre (Ersek et al., 2021).

Además, una comunicación efectiva dentro del equipo médico no solo mejora la coordinación, sino que también facilita la discusión de enfoques diversos, lo que puede llevar a la creación de mejores planes de tratamiento, para los pacientes y sus familias, recibir información precisa y comprensible sobre el estado de salud y las opciones de tratamiento empodera a todos los involucrados, lo que permite una toma de decisiones más consciente y

responsable (Gómez y Quispe, 2020).

Asimismo, la confianza en el equipo médico se fortalece al comunicar datos exactos y adoptar una postura empática y respetuosa. Esto robustece el vínculo entre el equipo médico y el paciente, promoviendo un cuidado más individualizado y de superior calidad, lo cual a su vez favorece una recuperación más eficaz (Vega, 2020).

Es importante mencionar los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), que juegan un papel crucial en el entorno de las UCI. Estos sistemas están diseñados para asistir a personas con dificultades para comunicarse oralmente o por escrito, proporcionando una vía alternativa para expresar sus necesidades y emociones. Los SAAC incluyen herramientas como pictogramas, tableros de comunicación, dispositivos electrónicos con generación de voz y el lenguaje de señas. En las UCI, se implementan tanto sistemas de baja tecnología, como pizarras y tableros con palabras, como de alta tecnología, que utilizan equipos con síntesis de voz y dispositivos con sensores táctiles. La selección del tipo de SAAC depende de las necesidades individuales del paciente, mejorando su capacidad de comunicación y fomentando su inclusión social (Sabater, 2023).

Estos sistemas se adaptan a las necesidades individuales, fomentando la expresión y la inclusión social de personas con dificultades de comunicación. De acuerdo con un estudio, los SAAC de tecnología baja más empleados en las unidades de terapias críticas comprenden la escritura en papel o pizarra, con un 29%, y los tableros con palabras, expresiones e ilustraciones, con un 27%. En contraste, los aparatos tecnológicos más habituales son los dispositivos de síntesis de voz, que representan el 35%, seguidos por los ordenadores y dispositivos electrónicos con sensores táctiles, que constituyen el 31%. Esto demuestra la adaptabilidad de los SAAC y su función vital en simplificar la comunicación en estos contextos clínicos (Giraldo, 2020).

2.1.3. Estrategias de comunicación utilizadas en la unidad de terapia intensiva

Una estrategia de comunicación se define como un conjunto de acciones planificadas dentro de una organización para lograr eficazmente los objetivos establecidos. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), la comunicación efectiva es fundamental para brindar una atención de calidad y garantizar la seguridad del paciente. El trabajo en equipo entre los profesionales de la salud requiere una interacción constante y clara, que facilite el intercambio de información sobre el estado de los pacientes, los tratamientos y los procedimientos programados (Romero, 2023).

La implementación de reuniones diarias es una herramienta clave dentro de esta

estrategia, ya que permite a los equipos multidisciplinarios discutir casos clínicos, revisar actualizaciones del estado de los pacientes y compartir registros médicos. Estas reuniones fomentan una coordinación más fluida, optimizan el flujo de trabajo y refuerzan la toma de decisiones conjuntas, lo que contribuye a una atención más integral y centrada en el paciente (Gutiérrez, 2022).

Asimismo, el uso de registros médicos compartidos facilita la continuidad del cuidado, reduciendo los errores y asegurando que todos los profesionales involucrados en la atención del paciente tengan acceso a información precisa y actualizada. Este enfoque integral promueve una mayor colaboración entre médicos, enfermeras, terapeutas y otros profesionales, lo que resulta en un cuidado más eficiente y seguro para los pacientes en estado crítico.

2.1.4. Desarrollos en los procesos de comunicación en las unidades de terapia intensiva

El desarrollo de los procesos de interacción en las unidades críticas subraya la importancia de la comunicación como una habilidad esencial para la humanización de los cuidados. La mejora en tres aspectos clave, la comunicación dentro del equipo de salud, la interacción con la familia del paciente y la relación directa con el propio paciente; aspectos fundamentales para garantizar una atención integral. Este enfoque busca que todas las partes involucradas, tanto el personal médico como los familiares y pacientes, estén bien informados y apoyados, lo que permite una atención más empática y coordinada, mejorando la calidad de los cuidados en las UCI (Asenjo y Huancas, 2023).

Además, la implicación de los parientes en las visitas diarias a las Unidades de Cuidados Intensivos puede ser un factor crucial para optimizar la comunicación y el cuidado. Al involucrar a los parientes en estas actividades, se les ofrece la posibilidad de plantear preguntas, recibir explicaciones y sentirse más comprometidos en el proceso de recuperación del paciente. No solo puede aumentar la satisfacción en la familia, sino que también puede potenciar la comprensión y el seguimiento de las recomendaciones médicas (Díaz y Sánchez, 2021).

Por otra parte, es esencial que el equipo de salud reciba una formación continua en habilidades comunicativas, que les permita la participación eficaz de los familiares en la toma de decisiones respecto al paciente. De esta manera, se fomenta un ambiente de confianza y colaboración en la unidad crítica, donde la comunicación efectiva contribuye a una atención más humanizada y orientada a los requerimientos del paciente y su entorno familiar.

2.1.5. Ruptura de paradigmas durante la comunicación en el entorno crítico

Los paradigmas tradicionales en la comunicación en entornos de salud, especialmente en unidades críticas, han evolucionado para adaptarse mejor a las necesidades de los pacientes, familias y el equipo de salud, estos cambios han sido impulsados por la creciente comprensión de que la atención en estos contextos no solo implica el tratamiento médico, sino también una interacción más humanizada y empática, muchos de los paradigmas convencionales, que se centraban en una comunicación más jerárquica y unidireccional, han sido cuestionados y transformados para promover un enfoque más colaborativo y abierto en los entornos críticos (Sabater, 2023).

La evolución de estos paradigmas refleja la importancia de integrar a los familiares en el proceso de atención, así como de facilitar una comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo de salud. Se ha reconocido que la información clara, comprensible y accesible es clave para la toma de decisiones informadas, lo que contribuye directamente al bienestar emocional y físico de los pacientes y sus familias. Esta transformación ha permitido que las unidades críticas adopten enfoques más inclusivos y participativos en la atención, fomentando una mayor confianza y cooperación (Iparraguirre, 2024).

Anteriormente, el modelo en salud era predominantemente paternalista, en el cual los profesionales de la salud tomaban decisiones de manera unilateral, sin considerar las preferencias, valores o necesidades individuales de los pacientes. Este enfoque limitaba la participación de los pacientes y sus familias en el proceso de atención, reduciendo su capacidad para influir en decisiones importantes sobre su salud y tratamiento (Galao, 2024).

Igualmente, en los entornos de salud, la comunicación solía ser predominantemente unidireccional, con los profesionales de la salud brindando información de manera autoritaria y sin espacio para la interacción. Hoy en día, se promueve una comunicación bidireccional, donde se fomenta la escucha activa, la retroalimentación y una interacción constante con los pacientes y sus familias. Este enfoque reconoce la importancia de la empatía y el apoyo emocional, especialmente en entornos críticos, lo que ha llevado a una mayor humanización de la atención y una mejora en la calidad del cuidado (Navarro, 2024).

La toma de decisiones compartida se convierte en un elemento clave en este contexto, ya que respeta las preferencias y valores tanto de los pacientes como de sus familias. La presencia de empatía y el apoyo emocional del equipo de salud son cruciales para facilitar este proceso, mejorando no solo la calidad de la atención, sino también la experiencia global de todos los involucrados (Martínez et al., 2022).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Enfoque, Diseño Y Tipo De Investigación.

Se empleó un enfoque cualitativo y descriptivo para explorar de manera integral las estrategias de comunicación en las unidades de cuidados intensivos y su impacto en la calidad de la atención, Según este enfoque interpreta la información de manera objetiva, confiable, válida y rigurosa, y la resolución se basa en hechos e interpretaciones, así como en el análisis de varios estudios para aclarar e interpretar preguntas de investigación fundamentadas (Naranjo y González, 2021).

Mientras que el diseño descriptivo identifico y categorizo las herramientas de difusión utilizadas en las áreas críticas, además de detallar su influencia en la calidad de la atención brindada, ayudando a comprender las tendencias, las prácticas comunes y las brechas existentes en la implementación de estas estrategias, proporcionando una base sólida para futuras investigaciones más profundas y específicas (Arias, 2021).

De la misma manera, el diseño utilizado para el presente estudio fue el de revisiones sistemáticas tipo scoping review esta investigación sistemática que se caracteriza por su capacidad para examinar la extensión, la naturaleza y la gama de evidencias sobre un tema particular. En este estudio, se realizó la revisión de la literatura donde se mapea de manera integral las estrategias de comunicación en UCI y el impacto en la calidad de la atención. Este tipo de investigación no busca evaluar la calidad de los estudios individuales, sino proporcionar una visión general que permita comprender cómo se ha abordado el tema y cuáles son las principales áreas de interés y preocupación (López et al., 2022).

El estudio siguió los parámetros propuestos por el Instituto Joanna Briggs (JBI), Aromataris et al. (2024) y Khalil et al. (2016) a través de las siguientes fases: 1) Planteamiento de la pregunta de revisión; 2) Búsqueda e identificación de los estudios relevantes; 3) Elección de los estudios; 4) Extracción y síntesis de datos y, 5) Presentación de resultados. Así mismo, para garantizar la calidad, este reporte fue construido conforme las directrices de la Extensión PRISMA para Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

La pregunta de revisión fue diseñada siguiendo la estructura PCC de la metodología JBI (Aromataris et al., 2024): Población de interés (Personal de salud; Familia), Concepto (Comunicación) y Contexto (Entornos de atención en unidades de cuidados intensivos)

(Wang, 2022) fueron identificados en los tres idiomas y definidos de acuerdo con cada parte de la pregunta PCC: P (Health personnel; Family), C (Communication) y C (Intensive care units) (Anexo 1).

Criterios de inclusión y exclusión

La población en este estudio se entiende como toda la literatura científica disponible acerca del tema a estudiar, para la presente investigación la población estará compuesta por el grupo de artículos de la literatura científica que abordan estrategias de comunicación efectiva y el impacto en la calidad de atención en la unidad de cuidados intensivos. Por otro lado, la selección de la muestra fue mediante muestreo por conveniencia, el cual implica seleccionar estudios o artículos específicos que cumplan con criterios de inclusión y exclusión predefinidos, basados en la relevancia para el tema de investigación (Mercado y Coronado, 2021), detallados a continuación:

Criterios de inclusión

- Artículos científicos escritos en inglés, portugués y español que informaron hallazgos sobre estrategias de comunicación e impacto de atención de calidad en UCI.
- Artículos originales publicados no más de 5 años de antigüedad.
- Artículos publicados en revistas indexadas.

Criterios de exclusión

- Artículos de revisión bibliográfica, documentos de tesis de doctorado o maestrías.
- Artículos publicados mayores a cinco años
- Artículos que pertenecen a la literatura gris

Recolección y análisis de la información

Para la recopilación de datos, se realizó un análisis detallado en bases de datos académicas y científicas prestigiosas, tales como PubMed, Scopus y BVS. Se llevará a cabo la búsqueda empleando palabras claves vinculadas a las estrategias de comunicación y atención de calidad en las unidades de cuidados intensivos. Se emplearon descriptores MeSH (Medical Subject Headings) específicos (Wang, 2022), como "Communication," "Intensive Care Units," y "Quality Care," para asegurar la exhaustividad y relevancia de los resultados obtenidos, así como, operadores booleanos como AND, OR, NOT (Pinto et al., 2024).

Todos los artículos resultantes de la búsqueda fueron cargados a la plataforma en línea

Rayyan System, Inc. (Ouzzani et al., 2016), donde se inspeccionaron y eliminaron duplicados y, posteriormente, se sometieron al proceso de selección aplicando estrictamente los criterios de inclusión. Cada miembro del equipo investigador, de forma independiente, realizó lectura del título, resumen y texto completo de los reportes obtenidos. Las dudas en la selección fueron resueltas a través de una segunda lectura por parte de otro miembro del equipo; se llevó a cabo la identificación de nuevos estudios por otras fuentes adicionales. Cabe aclarar que en esta etapa no se consideró evaluación de la calidad de los estudios, dado el enfoque de este tipo de revisiones (Arksey et al., 2005).

Para la obtención y estructuración de la información, se elaboró un formulario en Excel®, que contenía los campos siguientes: autor(es), año de publicación, país del estudio, diseño, ámbito, tipo de pacientes y característica para la estrategia comunicativa. Adicionalmente, en otro formulario, se extrajeron manualmente los datos relevantes para responder a la pregunta de revisión, los cuales fueron analizados mediante un proceso de construcción temática inductiva para revisiones scoping, mediante la detección y categorización de los datos pertinentes detectados en los textos, los cuales fueron posteriormente organizados en temas (Levac et al., 2010).

Se incorporaron 30 artículos que cumplieron con los requisitos para ser incluidos., de un total de 1.426 registros encontrados en las fuentes seleccionadas, incluyendo también la identificación de nuevos estudios a través de otras fuentes. El número de fuentes de evidencia examinadas para determinar su elegibilidad e inclusión en la revisión se presenta en el diagrama de flujo PRISMA (Anexo 2).

4. RESULTADOS

Características de los estudios incluidos

Los resultados fueron caracterizados de acuerdo con la fecha de publicación de los estudios incluidos, los cuales varían dentro de un rango de los últimos 5 años, con predominio de 2020 a 2023 (n=24), en idioma inglés (n=28).

En cuanto a la distribución geográfica de los estudios se observa, que la mayoría de las investigaciones se realizaron en Europa (n=11), seguido de América (n=10), Asia (n=5), Oceanía (n=3) y África (n=1). Respecto a la selección de estudios en idioma español y portugués, se evidenció un desequilibrio en la representación de investigaciones de Latinoamérica. En cuanto al diseño metodológico, fueron predominaron los estudios cualitativos (n=13), cuantitativos (n=7), descriptivos (n=3), evaluativos (n=3) y estudios mixtos (n=3). Los detalles complementarios de los artículos incluidos en este trabajo se presentan en el Anexo 3.

Hallazgos Temáticos

En el proceso de síntesis de los artículos de esta revisión se obtuvieron cinco temas: 1) Barreras y facilitadores de la comunicación en UCI; 2) Instrumentos de comunicación en UCI; 3) Estrategias de comunicación en UCI; 4) Formación y programas de capacitación en comunicación y 5) Comunicación y calidad en la atención.

Tema 1: Barreras y facilitadores de la comunicación en UCI

La información hallada en los textos que conforman esta revisión subraya cómo la pandemia de COVID-19 afectó de manera considerable la comunicación y las relaciones terapéuticas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), impactando tanto a los pacientes, sus parientes y el equipo médico.

Las investigaciones analizadas concuerdan en que las limitaciones de visitas y la utilización de equipos de protección personal (EPP) dificultaron la interacción entre médicos, enfermeras y familias, creando obstáculos para la creación de relaciones humanas y perjudicando la toma de decisiones conjunta. En particular, la ausencia física de las familias deshumanizó a los pacientes y limitó las conversaciones sobre los objetivos de la atención, especialmente en el manejo del final de la vida. Otros estudios también recalcan barreras como el estado de salud del paciente, psicosis, presencia de tubo endotraqueal, problemas de visión o audición y desafíos como el idioma. (Nugent et al., 2023; Conte et al., 2023; Al-Shamaly, 2022).

Una de las principales barreras identificadas fue el miedo a la infección y el uso del

EPP, que dificultaba tanto la comunicación verbal como no verbal entre pacientes y cuidadores. En varios estudios, los profesionales de salud indicaron que la gravedad de la enfermedad y las precauciones necesarias para evitar la propagación del virus incrementaron la complejidad de la atención y la carga emocional del personal clínico (Istanbuloulian et al., 2022). Este contexto no solo generó una carga cognitiva y emocional significativa, sino que también afectó la calidad de la comunicación entre las familias y los equipos médicos, en especial durante conversaciones sobre el final de la vida (Jin et al., 2022).

Sin embargo, algunos estudios destacaron cómo las nuevas tecnologías se adaptaron rápidamente para mitigar estos desafíos. El uso de videoconferencias, llamadas telefónicas y otros medios digitales permitió mantener cierto nivel de contacto con las familias, aunque no de manera ideal. Los participantes de diversos estudios mencionaron que, aunque las videollamadas ayudaron a reducir la distancia emocional, no reemplazaron la conexión que se lograba con la presencia física de las familias en la UCI. Además, la falta de traductores y mediadores culturales limitó la efectividad de estas herramientas en pacientes de minorías étnicas o aquellos que no hablaban inglés como lengua principal (Conte et al., 2023; Nugent et al., 2023).

Otro hallazgo relevante fue la falta de preparación y formación adecuada en comunicación para enfrentar las barreras impuestas por la pandemia. Las enfermeras reportaron sentirse desprovistas de las herramientas necesarias para gestionar la carga emocional y apoyar a las familias de forma remota, lo que incrementó su sensación de insuficiencia en el rol de apoyo emocional. Este factor, sumado a la necesidad de cumplir múltiples responsabilidades, generó un desgaste emocional significativo en el personal de UCI, afectando la calidad del cuidado brindado (Najafi et al., 2021).

También se encontraron diferencias estructurales entre hospitales de veteranos y hospitales académicos en cuanto a la capacidad de implementar nuevas tecnologías y manejar la diversidad de pacientes. Los hospitales académicos reportaron una mayor implementación de tecnología para mejorar la comunicación con las familias, mientras que los hospitales de veteranos enfrentaron retos adicionales debido a la menor cantidad de personal disponible (Scheunemann et al., 2019).

Los estudios revisados subrayan la necesidad de continuar desarrollando estrategias que fortalezcan la comunicación en las UCI, especialmente en tiempos de crisis como la pandemia de COVID-19. Esto incluye el uso efectivo de tecnologías de comunicación, la integración de servicios de apoyo emocional, la mejora en la formación del personal y la creación de políticas que aseguren la participación de las familias en la toma de decisiones, incluso en situaciones de

restricciones de visitas. Las intervenciones deben centrarse en fomentar relaciones terapéuticas sólidas que puedan soportar las barreras impuestas por futuras emergencias sanitarias (Conte et al., 2023; Istanbuloulian et al., 2022; Nugent et al., 2023).

Tema 2: Instrumentos de comunicación en UCI

La bibliografía citada resalta que varias tácticas de comunicación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pueden potenciar la interacción entre los pacientes, familiares y el personal de salud, especialmente en contextos críticos. Un aspecto relevante es el uso de los diarios en UCI, una herramienta que se ha consolidado como un medio valioso para apoyar la comunicación de pacientes y familias y para su bienestar emocional. Según Krotsetis et al. (2020) los diarios permiten documentar el progreso de los pacientes con conciencia alterada, proporcionando una crónica de los eventos que los pacientes pueden leer posteriormente para procesar su experiencia en la UCI. Este enfoque ayuda tanto a los familiares como a los pacientes, ofreciendo un recurso para aliviar la sensación de impotencia y conectar a los pacientes con su realidad y evolución clínica.

Sin embargo, el uso de estos diarios no está exento de desafíos. Las enfermeras y familiares mostraron actitudes heterogéneas hacia la escritura de los diarios, y algunas enfermeras lo consideraron un desafío emocional. No obstante, quienes sí emplearon los diarios coincidieron en que representan una forma efectiva de comunicación, facilitando la conexión entre pacientes y sus familias, al tiempo que mitigaban el riesgo de desarrollar secuelas psicosociales, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o la depresión, especialmente en situaciones críticas (Krotsetis et al., 2020).

Por otro lado, Van et al. (2024) examinaron el uso de herramientas de comunicación basadas en la teoría de objetivos múltiples (MGT) para mejorar las reuniones familiares en la UCI. En su estudio, desarrollaron el cuaderno de trabajo Let's Talk, que ayudó a preparar a las familias para reuniones cruciales sobre el pronóstico y las decisiones de tratamiento de sus seres queridos. Esta herramienta se centró en tres objetivos: tareas, relaciones e identidad. La implementación del Let's Talk mostró beneficios claros, ya que los participantes informaron sentirse más preparados para las reuniones, generando preguntas importantes y organizando sus pensamientos de manera más efectiva. Este enfoque estructurado permitió una mayor claridad en las interacciones y mejoró la percepción emocional de los familiares, quienes sentían que se les brindaba un espacio para expresar sus emociones y preocupaciones.

Además, el estudio de Van et al. (2024) integró el análisis de calidad de la comunicación (CQA) como una medida objetiva para evaluar las interacciones durante las reuniones familiares en la UCI. Los resultados indicaron que los médicos obtuvieron puntuaciones más

altas en dominios de contenido y compromiso, mientras que los familiares destacaron en el dominio emocional, lo que subraya la necesidad de una comunicación equilibrada que no solo se centre en la información técnica, sino también en la empatía y el apoyo emocional.

A pesar de los beneficios identificados, ambos estudios coinciden en que la efectividad de estas herramientas de comunicación depende de la disposición voluntaria de los involucrados. Los diarios, aunque útiles, no deben ser obligatorios, y la implementación de herramientas como Let's Talk requiere un proceso de aceptación y adaptación por parte de las familias y el personal clínico. Tanto los diarios como las herramientas de comunicación estructurada, como Let's Talk, ofrecen recursos prometedores para mejorar la experiencia en la UCI, reduciendo la carga emocional y facilitando un ambiente de apoyo para las familias en situaciones críticas (Krotsetis et al., 2020; Van et al., 2024).

Tema 3: Estrategias de comunicación en UCI

La pandemia de COVID-19 modificó de manera significativa el manejo de la comunicación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) a nivel global. Las investigaciones analizadas enfatizan cómo las limitaciones rigurosas de visitas y la aplicación de estrategias tecnológicas impactaron tanto a los pacientes, sus parientes y el equipo médico. Por ejemplo, en Michigan, todos los hospitales con Unidades de Cuidados Intensivos alteraron sus políticas de visitas, restringiendo el acceso de los parientes, lo que propició la utilización amplia de las TICs, a través de videoconferencias y llamadas telefónicas para preservar la comunicación. A pesar de ser necesarias, estas acciones no reemplazaron la presencia física, y en numerosas situaciones los pacientes necesitaban contar con sus propios aparatos para mantener la comunicación con sus seres queridos (Valley et al., 2020; Festila y Müller, 2021; López et al., 2021).

En el Reino Unido, las UCI también experimentaron cambios importantes en la comunicación durante la pandemia. Se recurrió a un equipo de enlace familiar dedicado para gestionar la interacción con los familiares de los pacientes ingresados en cuidados intensivos. Estos equipos facilitaron tanto las videollamadas como las actualizaciones telefónicas diarias. Sin embargo, se identificaron barreras como la falta de formación del personal para el uso de la tecnología, dificultades técnicas y falta de tiempo para realizar estas tareas de manera eficiente. A pesar de estos obstáculos, los familiares manifestaron su agradecimiento por la oportunidad de seguir conectados con los pacientes a través de medios virtuales (Luisa et al., 2021; Shurlock et al., 2021).

Los estudios realizados en Australia y Nueva Zelanda también revelaron una falta de estandarización en los protocolos de comunicación en las UCI. Solo el 13.6% de las UCI

contaban con un protocolo formal para la gestión de la comunicación con los familiares. La formación en esta área también era limitada, lo que dificultaba la interacción efectiva entre el personal clínico y los familiares. Este hallazgo resalta la necesidad de establecer guías más claras y capacitaciones más específicas para mejorar la comunicación en contextos de crisis, como la pandemia de COVID-19 (Freeman et al., 2023; Reifarth et al., 2023).

Además de los medios tecnológicos, algunos estudios destacaron la importancia del uso de diarios en las UCI como una herramienta adicional para facilitar la comunicación y el apoyo emocional. Estos diarios permitieron a los familiares documentar el progreso de los pacientes y ayudaron tanto a los pacientes como a sus seres queridos a procesar la experiencia de estar en la UCI. A pesar de que algunos lo consideraron una carga, muchos valoraron esta práctica como una forma de mantener una conexión emocional con los pacientes, lo que también contribuyó a reducir el estrés postraumático en algunos casos (Krotsetis et al., 2020).

Un enfoque interesante que surgió durante la pandemia fue la implementación de guías de comunicación específicas para el personal clínico. En Dinamarca, las enfermeras que participaron en un proyecto piloto para mejorar la comunicación en las UCI destacaron cómo estas guías les proporcionaron herramientas útiles para estructurar mejor su interacción con los pacientes y sus familias. Aunque estas guías no cambiaron radicalmente el estilo de comunicación del personal, sí ofrecieron un marco para reflexionar sobre la práctica comunicativa y adaptar las estrategias según las necesidades de los pacientes y las circunstancias actuales (Holm et al., 2021).

En este contexto el estudio realizado en Canadá, donde implementaron, una herramienta de transferencia electrónica basada en la evidencia para mejorar la estandarización en la comunicación del personal de salud, presentó importancia en la atención médica, al aminorar los errores de comunicación en las UCI y mejorar la experiencia de los usuarios con enfermedades críticas (Parsons et al., 2021).

La pandemia de COVID-19 impuso grandes desafíos a la comunicación en las UCI, pero también propició la implementación de nuevas herramientas y estrategias. Desde el uso de la tecnología hasta el desarrollo de guías y protocolos, los estudios subrayan la importancia de adaptar y mejorar las formas en que se gestiona la comunicación entre pacientes, familiares y personal clínico, especialmente en tiempos de crisis (Valley et al., 2020; Freeman et al., 2023; Krotsetis et al., 2020; Holm et al., 2021).

Tema 4: Formación y programas de capacitación en comunicación

Las investigaciones analizadas subrayan la importancia de un perfeccionamiento constante en las competencias comunicativas del personal sanitario para asegurar un cuidado

más humano y eficaz. El estudio de Cabral et al. (2024) muestra que el 89% de los profesionales encuestados consideran la comunicación como una herramienta imprescindible en la atención de los pacientes en estado crítico, aunque el 63% no está familiarizado con el uso de Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA), lo que evidencia una importante laguna en la formación del personal de salud. Además, el 91% de los participantes reportó dificultades para comprender lo que los pacientes intentan comunicar y un 52% expresó frustración por la falta de una comunicación bidireccional efectiva. Las barreras encontradas son la falta de formación en técnicas de comunicación y la ausencia de recursos materiales.

Este análisis subraya la imperiosa necesidad de establecer programas de formación que proporcionen a los profesionales sanitarios las habilidades requeridas para optimizar la interacción con los pacientes en situación crítica. Los autores sugieren la adopción de tecnologías de apoyo, como tablas de comunicación y aplicaciones móviles, para facilitar una comunicación más efectiva (Cabral et al., 2024).

En relación con el estudio mencionado, es consistente con el trabajo de Orford et al. (2019) que evaluó el impacto de un programa de capacitación en habilidades comunicativas centradas en el paciente. El programa "i-validate", basado en el modelo Calgary-Cambridge, mejoró significativamente la documentación de discusiones sobre los objetivos de atención centrados en el paciente (PCD), lo que permitió una mayor personalización de los cuidados y redujo la elección de cuidados intensivos como objetivo de reanimación en pacientes con enfermedades limitantes de la vida, esta capacitación mejoró la calidad de la atención, redujo la carga sobre las UCI, disminuyó el número de llamadas al equipo de emergencias médicas y redujo las tasas de mortalidad a los 90 días en pacientes con cáncer y enfermedades crónicas.

Ambos estudios coinciden en la importancia de integrar la formación en comunicación dentro de los programas educativos del personal clínico. Mientras que Cabral et al. (2024) destacan la necesidad de formar a los profesionales en el uso de la CAA para superar barreras comunicacionales con los pacientes críticos, Orford et al. (2019) subraya la efectividad de un enfoque estructurado, como el modelo Calgary-Cambridge, para mejorar las interacciones y orientada al paciente en el proceso de toma de decisiones. Ambas investigaciones refuerzan la idea de que la mejora de las habilidades comunicativas del personal no solo impacta en la calidad de la atención, sino que también optimiza los recursos hospitalarios y mejora los resultados a largo plazo en los pacientes críticos.

Es decir, La formación en comunicación debe ser una prioridad en el entrenamiento de los profesionales sanitarios en la UCI, tanto para mejorar la interacción con los pacientes como para fomentar un enfoque más humanizado en la atención. La implementación de herramientas

como la CAA y la integración de programas formativos centrados en el paciente, como "i-validate", son estrategias clave para abordar las actuales deficiencias en la comunicación y mejorar la experiencia y los resultados de los pacientes en cuidados intensivos (Cabral et al., 2024; Orford et al., 2019).

Tema 5: Comunicación y calidad en la atención

Este estudio se centra en las percepciones y vivencias de las enfermeras en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y familiares de pacientes en situación crítica respecto a la comunicación en ambientes hospitalarios. Los estudios revisados coinciden en la importancia de la comunicación efectiva entre el personal de salud, pacientes y familiares, como un factor crucial para mejorar la calidad del cuidado y mitigar los efectos emocionales y psicológicos en los involucrados, así como, la importancia de la inclusión de los pacientes y los familiares en el cuidado permite mejorar la promoción de la salud creando un ambiente de confianza (Paredes et al., 2023; Jin et al., 2020).

Jo et al. (2019) valoró la presencia de síntomas psicológicos en familiares o pacientes de UCI, mediante el cuestionario QOC asociando los síntomas de depresión con la calidad de la comunicación con las enfermeras. DeKeyser et al. (2019) por otro lado, evaluó el nivel de estrés de pacientes y familiares, este disminuyó con una adecuada comunicación entre los profesionales, pacientes y familiares. Por lo que, resulta imperante crear estrategias que permitan al personal de enfermería brindar una atención de calidad enfocada en la satisfacción del paciente y las necesidades de los familiares reduciendo aquellos problemas mencionados (García et al., 2023).

El estudio de Johnson et al. (2022) exploró las percepciones de enfermeras sudafricanas, evidencia que no se observaron variaciones importantes en la implementación de estrategias de comunicación entre hospitales privados y públicos. Las enfermeras utilizan herramientas como lápiz y papel, expresiones faciales y gestos para comunicarse con los pacientes. Sin embargo, el uso de dispositivos electrónicos o tableros de comunicación fue limitado, particularmente en hospitales públicos. Las principales razones para la comunicación eran obtener información sobre la historia clínica del paciente y atender sus necesidades inmediatas, destacándose el uso de la comunicación como una herramienta para fomentar el respeto y la atención individualizada. Esto subraya la importancia de una comunicación efectiva como medio para promover una atención centrada en el paciente.

Por otro lado, el estudio de Chuang et al. (2020) investiga la satisfacción de los cuidadores en la UCI en función de la raza y etnia. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la satisfacción general con la comunicación entre distintos grupos raciales y

étnicos. Sin embargo, la calidad de la comunicación al final de la vida fue un área con respuestas insuficientes y poco satisfactorias. Aunque la comunicación en cuidados críticos se percibe como positiva, la investigación subraya la importancia de potenciar la interacción en momentos cruciales como la decisión de terminar la vida, sugiriendo una mayor formación en estos aspectos.

Es así que, Correa et al. (2021) evaluó la percepción de los pacientes en cuanto a la comunicación de los profesionales en UCI, mediante el QoC, Cuestionario de calidad de la comunicación, mediante con una valoración por parte de los pacientes en escala de buena, haciendo énfasis en la comunicación clara, tomando en consideración aspectos emocionales y espirituales, brindando oportunidades para preguntas y aclaración de dudas.

La investigación cualitativa de Bernild et al. (2021) se centra en la experiencia de los familiares de pacientes con COVID-19, muestra cómo la pandemia exacerbó las dificultades en la comunicación entre el personal médico y las familias. Los familiares dependían en gran medida de las llamadas telefónicas y videollamadas, lo que generó insatisfacción debido a la falta de interacción personal. El estudio sugiere que las barreras estructurales, como la ausencia de un protocolo definido para las actualizaciones de los familiares, dificultaron una comunicación efectiva. Además, se resaltó la relevancia de la integridad y la claridad por parte del equipo médico, lo que generaba confianza en los familiares, aunque también se identificaron variaciones significativas en la calidad de la comunicación según el profesional a cargo.

Krewulak et al. (2022) estudió el impacto de las políticas de visitas restringidas en las UCI canadienses durante la pandemia, refuerza la idea de que la tecnología de videoconferencia, aunque útil, no sustituyó adecuadamente la interacción cara a cara. Las barreras tecnológicas, como la conectividad deficiente, y la sobrecarga del personal sanitario limitaron la efectividad de esta herramienta. Los médicos señalaron que la pérdida de la comunicación visual directa afectó la empatía y la calidad de la información transmitida, especialmente en situaciones delicadas, como la comunicación de malas noticias.

Estos estudios resaltan la necesidad de optimizar la comunicación en las UCI mediante el uso de estrategias adaptativas y tecnológicas, y subrayan la importancia de la capacitación continua en habilidades comunicativas, tanto para los profesionales de la salud como para el apoyo a los familiares de los pacientes en situaciones críticas. La implementación de herramientas de comunicación avanzadas y una mayor atención a las necesidades emocionales y psicológicas de las familias son esenciales para mejorar la calidad de la atención en los entornos críticos hospitalarios.

5. DISCUSIÓN

La comunicación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es un elemento crucial para la calidad del cuidado tanto en situaciones críticas como en circunstancias diarias. A lo largo de esta revisión se ha observado cómo, en situaciones de emergencia sanitaria, como la pandemia de COVID-19, las barreras de comunicación no solo impactan en los resultados clínicos, sino también en el bienestar emocional de los pacientes, sus familias y el equipo médico.

Estos obstáculos abarcan la utilización de equipo de protección individual (EPI), la carencia de capacitación en habilidades de comunicación adaptadas a situaciones de crisis, y la ausencia de tácticas para gestionar el exceso de emociones en los equipos médicos. Estas observaciones resaltan la necesidad de un enfoque integral para mejorar la comunicación en las UCI, incorporando formación continua, tecnologías de apoyo y políticas claras que fomenten un cuidado enfocado en el paciente y en sus requerimientos emocionales.

Uno de los desafíos más visibles en la comunicación durante situaciones de emergencia, como la pandemia, es el uso de EPP, que, si bien es esencial para proteger la salud de pacientes y personal, afecta negativamente la interacción verbal y no verbal entre los actores involucrados en el cuidado. Según Nugent et al. (2023) y Conte et al. (2023) el uso de máscaras y visores no solo limitó la capacidad de los profesionales de salud para comunicarse eficazmente, sino que también redujo la empatía percibida por los pacientes y sus familias.

Es así que, este fenómeno deshumanizó las interacciones y generó un distanciamiento emocional que complicó la toma de decisiones compartida, especialmente en situaciones delicadas, como el final de la vida. Estudios anteriores, como el de Hughes et al. (2017), ya habían señalado la importancia de la comunicación no verbal, especialmente el contacto visual y los gestos empáticos, como elementos clave para generar confianza y apoyo emocional en los pacientes. Sin embargo, las barreras físicas impuestas por el EPP dificultaron la implementación de estas herramientas comunicacionales.

Además, el miedo a la infección y la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad añadieron una capa de estrés emocional tanto a los pacientes como al personal de salud. Istanbuloulian et al. (2022) subrayan que este miedo y la incertidumbre generaron una carga cognitiva adicional en los trabajadores de la salud, lo que afectó su capacidad para ofrecer apoyo emocional y atención de calidad. Este hallazgo coincide con estudios previos que indicaban que el estrés ocupacional en las UCI influye negativamente en la calidad de la comunicación y, por ende, en la atención brindada (Hinderer et al., 2018). La pandemia exacerbó estas dinámicas,

ya que las interacciones en las UCI se vieron afectadas por la sobrecarga de trabajo, el agotamiento físico y mental, y la constante toma de decisiones bajo presión.

Para mitigar estas barreras, muchos hospitales adoptaron medidas mediante tecnologías para mantener el contacto entre los pacientes y sus familias. Aunque estos métodos fueron útiles en cierta medida, los estudios revisados coinciden en que no lograron reemplazar la presencia física de los familiares en la UCI. Según Conte et al. (2023) y Nugent et al. (2023), las videollamadas ayudaron a reducir la sensación de aislamiento, pero no podían replicar la conexión emocional que se logra mediante la interacción cara a cara. Este hallazgo es consistente con investigaciones anteriores, como la de Curtis et al. (2016), que sugieren que la presencia física de los familiares influye en la percepción del cuidado y en el bienestar emocional de los pacientes, lo que subraya la importancia de buscar soluciones que permitan proximidad, incluso en situaciones de restricciones.

Además, se identificaron limitaciones en la efectividad de estas tecnologías digitales, particularmente en pacientes pertenecientes a minorías étnicas o aquellos que no hablaban inglés como lengua principal. La falta de traductores y mediadores culturales dificultó la comunicación en estos contextos, un problema que ya se había documentado antes de la pandemia (Flores, 2016). Esto evidencia la necesidad de desarrollar herramientas tecnológicas más inclusivas y accesibles, que permitan a los pacientes de diversos orígenes culturales y lingüísticos acceder a una atención equitativa y de calidad. También se resalta la importancia de capacitar al personal de salud en habilidades culturales y lingüísticas, un aspecto que puede mejorar significativamente la calidad de la atención en poblaciones diversas.

Un aspecto recurrente en los estudios revisados es la falta de preparación del personal clínico para enfrentar las barreras comunicacionales, lo que incrementó la carga emocional y psicológica tanto en los profesionales como en los pacientes y sus familias. Las enfermeras reportaron sentirse desprovistas de herramientas para gestionar la carga emocional que implica apoyar a las familias de manera remota (Najafi et al., 2021). Esta falta de preparación no es nueva. Ya estudios previos, como el de Rosenberg et al. (2017), habían señalado la necesidad urgente de mejorar la formación en comunicación para el personal de salud en entornos críticos como las UCI. La pandemia solo exacerbó esta situación, poniendo en evidencia la necesidad de incorporar programas de formación continua en habilidades de comunicación, en especial en el manejo clínico y emocional del cuidado.

Programas de formación en comunicación, como el modelo "i-validate" basado en el enfoque Calgary-Cambridge, han demostrado ser efectivos para mejorar la calidad de las

interacciones en la UCI (Orford et al., 2019). Este tipo de intervención no solo ayuda a mejorar la toma de decisiones compartida, sino que también puede aliviar la carga sobre las UCI, al reducir la frecuencia de llamadas de emergencia y mejorar los resultados clínicos a largo plazo, como la reducción en la mortalidad y las tasas de reingreso. Estos programas ofrecen un enfoque estructurado para que el personal de salud pueda abordar de manera efectiva las conversaciones difíciles sobre el pronóstico y los cuidados paliativos, permitiendo una atención más centrada en el paciente.

Otro aspecto destacado en esta revisión es la disparidad en la capacidad de los hospitales para implementar tecnologías y estrategias de comunicación. Mientras que los hospitales académicos tendieron a estar mejor equipados para adaptarse a las nuevas demandas tecnológicas, los hospitales de veteranos enfrentaron mayores dificultades debido a la escasez de personal y recursos (Scheunemann et al., 2019). Esto resalta las desigualdades en infraestructura y recursos dentro del sistema de salud, lo que influye directamente en la calidad de la atención que se puede brindar en situaciones de crisis. Esta revisión refleja también que, algunos hospitales carecían de protocolos estandarizados para gestionar la interacción con las familias, lo que generó variabilidad en la calidad de la comunicación entre diferentes instituciones (Freeman et al., 2023).

La revisión de los estudios demuestra la importancia de mejorar las estrategias de comunicación en las UCI, tanto en tiempos de crisis como en la atención cotidiana. Las barreras identificadas durante la pandemia subrayan la necesidad de fortalecer las habilidades comunicativas del personal de salud, implementando tecnologías accesibles y adaptativas, y desarrollando guías claras para la comunicación con las familias. La capacitación en habilidades de comunicación debe ser una prioridad, no solo para mejorar las interacciones técnicas, sino también para abordar los aspectos emocionales y psicológicos del cuidado en situaciones críticas.

Finalmente, se resalta la relevancia de tratar de forma holística los obstáculos y facilitadores de la comunicación en las Unidades de Cuidados Intensivos, con el fin de mejorar la calidad de la atención y robustecer las relaciones terapéuticas. La adopción de tecnologías de respaldo, sumada a programas de capacitación en comunicación, tiene el potencial de potenciar tanto la experiencia de los pacientes como la del personal sanitario, garantizando un cuidado más justo y enfocado en el paciente, incluso en los contextos más complicados del sistema sanitario.

6. CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta revisión destacan la importancia crítica de optimizar las estrategias de comunicación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para mejorar tanto los resultados clínicos como el bienestar emocional de los pacientes, sus familias y el personal de salud. Las barreras impuestas por la pandemia de COVID-19, como el uso del equipo de protección personal (EPP) y las restricciones de visitas, revelaron deficiencias significativas en la preparación del personal para gestionar las complejidades de la comunicación en situaciones de crisis. Estos factores afectaron la calidad de la interacción, generando consecuencias negativas en la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente.

Si bien el uso de tecnologías como las videollamadas ofreció una solución parcial, no reemplazó la presencia física de los familiares, lo que evidenció la necesidad de enfoques más integrales y adaptativos. Además, se resaltó la importancia de desarrollar herramientas tecnológicas más inclusivas y accesibles, especialmente para pacientes pertenecientes a minorías étnicas o con barreras lingüísticas.

El estrés y la sobrecarga emocional experimentados por el personal de salud subrayan la necesidad urgente de una capacitación adecuada en habilidades de comunicación. Programas como "i-validate" demostraron ser efectivos para mejorar las interacciones en las UCI, optimizando la toma de decisiones y reduciendo la carga emocional de los profesionales. Asimismo, la estandarización de guías de comunicación en entornos críticos es esencial para asegurar la consistencia y calidad en las interacciones con las familias.

En este sentido, se concluye que la formación continua en habilidades de comunicación, el uso equitativo de tecnologías y el desarrollo de políticas claras y adaptadas a situaciones de crisis deben ser prioridades en las UCI. Estas medidas no solo mejorarán la atención durante emergencias sanitarias, sino que también tendrán un impacto positivo en la atención diaria, asegurando que los pacientes y sus familias reciban un cuidado centrado en sus necesidades emocionales y clínicas. La implementación de estas estrategias es fundamental para fortalecer las relaciones terapéuticas y optimizar la calidad de la atención en los entornos más críticos del sistema de salud.

7. RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos de esta revisión, se recomienda priorizar la capacitación en habilidades de comunicación para el personal de salud en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Los programas formativos deben incluir estrategias centradas en la interacción emocional y psicológica, como el uso de modelos estructurados tipo "i-validate", que han demostrado mejorar la toma de decisiones y el bienestar de los pacientes y sus familias.

Además, se sugiere la implementación de tecnologías de comunicación más accesibles y equitativas, especialmente dirigidas a poblaciones minoritarias o con barreras lingüísticas. Es esencial garantizar que estas herramientas no solo suplan la falta de presencia física, sino que también proporcionen un soporte emocional adecuado.

Por otro lado, es crucial que los hospitales desarrollen y apliquen guías claras y estandarizadas para la comunicación en tiempos de crisis y en el cuidado diario, facilitando una interacción consistente y de alta calidad con las familias. También se recomienda establecer equipos de apoyo emocional que ayuden tanto al personal clínico como a los familiares en momentos críticos, asegurando que la atención sea siempre centrada en el paciente y sus necesidades.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Shamaly, H. (2022). Patterns of communicating care and caring in the intensive care unit. *Nurs Open*, 9(1), 277-298. doi: 10.1002/nop2.1061.
- Arias, J. (2021). Diseño y metodología de la investigación. Primera edición. Perú. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
- Arksey, H. y O'Malley L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*, 8(1):19-32. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B. y Jordan Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>.
- Asenjo, C. y Huancas, A. (2023). Comunicación enfermera y persona cuidada. Servicio de emergencia. Hospital del Ministerio de Salud, Chiclayo 2022. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/11757>
- Baeza, I. y Quispe, L. (2020). Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*, 48, 111-126.
- Boada, L. y Guáqueta, S. (2020). Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Investig Enferm Imagen Desarr.*, 21(2). doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.eani>
- Bernild, C., Missel, M. y Berg, S. (2021). COVID-19: Lessons Learned About Communication Between Family Members and Healthcare Professionals—A Qualitative Study on How Close Family Members of Patients Hospitalized in Intensive Care Unit With COVID-19 Experienced Communication and Collaboration. *With Healthcare Professionals. The Journal of Health Care*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.1177/00469580211060005>
- Cabral, A., Silva, D. y Silva, M. (2024). Comunicação com o doente crítico no serviço de medicina intensiva. *Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(14);e32763. <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>
- Chuang, E., Fiter, R., Sanon, O., Wang, A. Hope, A., Schechter, C. y Gong, M. (2020). Race and Ethnicity and Satisfaction With Communication in the Intensive Care Unit. *Am J Hosp Palliat Care*, 37(10), 823-829. doi: 10.1177/1049909120916126

- Corona, L. y Fonseca, M. (2023). Uso y abuso de los criterios de inclusión y exclusión en el proyecto de investigación. *Medisur*, 21(5), 2. <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5744>
- Corrêa, M., Del Castanhel, F. y Grosseman, S. (2021). Patients' perception of medical communication and their needs during the stay in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*, 33(3), 401-411. doi: 10.5935/0103-507X.20210050.
- Dees, M., Carpenter, J. y Longtin, K. (2022). Communication Between Registered Nurses and Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Critical Care Nurse*, 42(6), 25 – 35.
- Díaz, L., Sánchez, G. (2021). Herramientas de comunicación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Sociedad y fundación española de cuidados intensivos pediátricos. Protoc diagn ter pediatr*, 329-44.
- Ersek, M., Smith, D., Griffin, H., Carpenter, J., Feder, S., Shreve, S., Nelson, F., Kinder, D., Thorpe, J. y Kutney, A. (2021). End-of-life care in the time of COVID-19: communication matters more than ever. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(2), 213-222.
- Espinoza, M., Baeza, P., Rivera, F. y Ceballos, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizado*, 10(1), 30-43. doi:<https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412>
- Festila, M. y Dueholm, S. (2021). Information handoffs in critical care and their implications for information quality: A socio-technical network approach. *J Biomed Inform*, 122, 103914. doi: 10.1016/j.jbi.2021.103914.
- Freeman, A., Hemsley, B., Thompson, K., Rogers, K., Knowles, S. y Hammond, N. (2023). Communication functions of adult patients admitted to intensive care: A multicentre, binational point prevalence study. *Aust Crit Care*, 36(6), 1084-1089. doi: 10.1016/j.aucc.2023.01.009.
- Galao, R. (2024). Enfermera de práctica avanzada, cuidados intensivos y España: una perspectiva. *Enfermería intensiva*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.04.004>
- Giraldo, L. (2020). Sistemas y estrategias de comunicación aumentativa y alternativa en cuidados intensivos. *Areté Fonoaudiología*, 20(2), 83-96. doi:<https://doi.org/xxxx/yyyy>
- Gómez, B., Quispe, H. (2020). Proyecto " Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*(48), 111-126.

- Gutiérrez, D., Monroy, C., Sosa, J. y Figueroa, M. (2022). Estrategia para mejorar la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud del servicio de hospitalización en la Clínica Cardio VID, en la ciudad de Medellín durante el 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/8350>
- Hernández, A., Garbey, E. y Enríquez, I. (2021). Importancia de la perspectiva afectiva e intercultural en la comunicación profesional en tiempos de crisis. *Rev haban cienc méd*, 20(1), e3912. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3912>
- Hernández, S. (2024). Intervenciones interprofesionales y factores que mejoran los cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos: revisión integradora. *Enfermería Intensiva*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.08.003>
- Holm, A., Karlsson, V. y Dreyer, P. (2021). Nurses' experiences of serving as a communication guide and supporting the implementation of a communication intervention in the intensive care unit. *Int J Qual Stud Health Well-being.*, 16(1). doi: <https://doi.org/10.1080%2F17482631.2021.1971598>
- Iparraguirre, K. (2024). Sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación en unidades críticas: Una revisión sistemática. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 11(1), 1050. doi:<https://doi.org/10.35383/cietna.v11i1.1050>
- Jo, M., Song, M. Knafl, G. Beeber, L. Yoo, Y. y Van, M. (2019). "Family-clinician communication in the ICU and its relationship to psychological distress of family members: a cross-sectional study". *Int J Nurs Stud*, 95, 34-39. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.020.
- Khalil, H., Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. y Parker, D. (2016). An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. *Worldviews Evid Based Nurs*, 13(2),118-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26821833/>
- Levac, D., Colquhoun, H. y O'Brien, K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*;5(1):69. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-69>
- Li, W. (2021). Comunicación centrada en la persona entre profesionales de la salud y adultos mayores infectados con COVID-19 en entornos de cuidados intensivos: hallazgos de Wuhan, China. *Las Revistas de Gerontología: Serie B.*, 76(4), 225-e229.
- López, O. (2022). Scoping reviews: una nueva forma de síntesis de la evidencia. *Investigación educ. médica*, 11(44). <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.44.22447>

- Mackie, B., Mitchell, M. y Schults, J. (2021). Application of the READY framework supports effective communication between health care providers and family members in intensive care. *Australian Critical Care*, 34(3), 296-299.
- Marcos, N. (2020). Comunicación efectiva y calidad del enlace de turno en enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un Instituto Nacional de Salud. 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/45922>
- Martínez, R. (2022). La familia en la prevención del delirium en la unidad de cuidados intensivos : scoping review. *Enfermería intensiva*, 33(1), 33-43. doi:<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.01.003>
- Mercado, J. y Coronado, J. (2021). El muestreo y su relación con el diseño metodológico de la investigación. En *Manual de temas Nodales de la investigación cuantitativa: un abordaje didáctico*. (págs. 81-99). México: Primera edición.
- Najafi, T., Ashghali, M. y Kafami, F. Factors affecting nursing error communication in intensive care units: A qualitative study. *Nurs Ethics*, 28(1), 131-144. doi: 10.1177/0969733020952100.
- Naranjo, Y. y González, R. (2021). Investigación cualitativa, un instrumento para el desarrollo de la ciencia de Enfermería. *Arch méd Camagüey*, 25(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v25n3/1025-0255-amc-25-03-e7324.pdf>
- Navarro, K. (2024). Revisión crítica: efecto de las estrategias que incluyen a la familia en la prevención del delirio en el adulto crítico de una unidad de cuidados intensivos. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/7491>
- Nugent, S., Golden, S., Chapa, J., Tuepker, A., Slatore, C., y Vranas. (2023). You're Socially Distant and Trying Not to Be Emotionally Distant." Physicians' Perspectives of Communication and Therapeutic Relationships in the ICU During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Crit Care Explor.* 16;5(2):e0854. doi: 10.1097/CCE.0000000000000854
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Calidad de la atención. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_2
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. y Elmagarmid, A. (2016). Systematic Reviews. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. <https://rayyan.ai/>
- Orford, N., Milnes, S., Simpson, N., Keely, G., Elderkin, T., Bone, A., Martin, P., Bellomo, R., Bailey, M. y Corke, C. (2019). Effect of communication skills training on outcomes in critically ill patients with life-limiting illness referred for intensive care management: a

- before-and-after study. *BMJ Support Palliat Care*, 9(1), e21. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001231
- Paredes, F., Muñoz, D., Rincón, R., Hernández, S. y Lázaro, E. (2023). Percepción de la comunicación intraprofesional “a pie de cama”. *New Trends in Qualitative Research*, 18. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e878>
- Pinto, I. (2024). Estrategias de búsqueda en Enfermería: entre desafíos y excelencia – Hacia el perfeccionamiento científico. *Adv. Nurs. Health.*, 6, 1-4. <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/anh/article/download/49557/50357/272061>
- Reifarth, E., Böll, B., Kochanek, M. y García, J. (2023). Communication strategies for effective family-clinician conversations in the intensive care unit: A mixed methods study. *Intensive Crit Care Nurs*, 79, 103497. doi: 10.1016/j.iccn.2023.103497.
- Rivilla, G., Rivilla, J. y Juárez, A. (2020). El auxiliar administrativo de la sanidad y la comunicación asertiva con el paciente. *Ocronos*, 3(2), 159.
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Rev. Med. Clin. Condes*, 30(2), 120-125. <https://www.sciencedirect.com/journal/revista-medica-clinica-las-condes>
- Romero, R. (2023). Programa de comunicación efectiva y mejora del trabajo en equipo del personal de enfermería en UCI de un Hospital de Lima - 2023. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/130940>
- Rose, L., Yu, L. Casey, J. Cook, A. Metaxa, V. Pattison, N. Rafferty, A. Ramsay, P. Saha, S. Xyrichis, A. y Meyer, J. Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: A UK National Survey. *Ann Am Thorac Soc*, 18(10), 1685-1692. doi: 10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC.
- Sabater, C. (2023). Uso de los Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa por enfermería en UCI. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10234/203714>
- Sánchez, A., Murillo, A. (2022). Enfoques metodológicos en la investigación histórica: cuantitativa, cualitativa y comparativa. *Debates hist.*, 9(2). doi:<https://doi.org/10.54167/debates-por-la-historia.v9i2.792>
- Sanz, J. (2019). Comunicación para la salud laboral. *Med. segur. trab.*, 65(256), 173-176. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v65n256/0465-546X-mesetra-65-256-173.pdf>
- Shurlock, J., Rudd, J., Jeanes, A., Iacovidou, A., Creta, A., Kanthasamy, V., Schillin, R., Sullivan, E., Cooke, J., Laws, C., Baxter, D. y Finlay, M. (2021). Communication in the intensive care unit during COVID-19: early experience with the Nightingale Communication Method. *Int J Qual Health Care*, 33(1), mzaa162. doi: 10.1093/intqhc/mzaa162.

- Vega, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 58(2), 197-201. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457767703017/html/>.
- Wang, S., Scells, H, Koopman, B. y Zuccon, G. (2022). Automated MeSH term suggestion for effective query formulation in systematic reviews literature search. *Intelligent Systems with Applications*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.iswa.2022.200141>
- Yanchapanta, E. y Analuisa, E. (2022). Comunicación asertiva y su relación enfermero-paciente por el uso constante de la mascarilla. *Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 2054. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1633
- Conte, H., Dorell, A., Wedin, E. y Eckerblad, J. (2023). In their absence; intensive care nurses' experiences of communicating and supporting relatives from a distance. *BMC Nurs*, 22(421). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01559-4>
- DeKeyser, F., Yihye, G. y Beckman, N. (2019). Family-Centered Communication and Acute Stress in Israeli Intensive Care Units. *Am J Crit Care*, 28(4), 274–280. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2019562>
- García, A., Del Castanhel, F. y Grosseman, S. (2023). Needs of family members of patients in intensive care and their perception of medical communication. *Crit Care Sci.*, 35(1), 73–83. <https://doi.org/10.5935/2F2965-2774.20230374-en>
- Gopaldas, J. (2023). Communication Skill Training Levels among Critical Care Doctors in India. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 27(8).
- Jin, H., Lim, C. y Shim, J. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS ONE*, 15(7), e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>
- Jin, J., Son, Y., Tate, J. y Cho, J. (2022). Challenges and Learning Needs of Nurse-Patients' Family Communication: Focus Group Interviews With Intensive Care Unit Nurses in South Korea. *Evaluation & the Health Professions*, 45(4), 411–419. [10.1177/01632787221076911](https://doi.org/10.1177/01632787221076911)
- Johnson, E., Heyns, T. y Nilsson, S. (2022). Nurses' perspectives on alternative communication strategies use in critical care units. *Nurs Crit Care*, 27(1), 120-129. <https://doi.org/10.1111/nicc.12612>
- Krewulak, K., Jaworska, N., Spence, K., Mizen, S., Kupsch, S., Stelfox, H., Parsons, J. y Fies, K. (2022). Impact of Restricted Visitation Policies during the First Wave of the COVID-19 Pandemic on Communication between Critically Ill Patients, Families, and Clinicians. *AnnalsATS*, 19(7). doi:10.1513/AnnalsATS.202107-877OC

- Krotsetis, S., Deffner, T. y Nydahl, P. (2022). [The intensive care diary-a communication tool]. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 117(8):607-611. doi: 10.1007/s00063-022-00967-9.
- Parsons, J., Brundin, R., Whalen, L., Kashyap, D., Sauro, K., Soo, A., Petersen, J. Taljaard, M. y Stelfox, H. (2021). Effectiveness of an Electronic Communication Tool on Transitions in Care From the Intensive Care Unit: Protocol for a Cluster-Specific Pre-Post Trial. *JMIR Res Protoc*, 10, 1-12.
- Scheunemann, L., Ernecoff, N., Buddadhumaruk, P., Carson, S., Hough, C., Curtis, R. Anderson, W., Steingrub, J., Lo, B., Matthay, M., Arnold. R. y White, D. (2019). Clinician-Family Communication About Patients Values and Preferences in Intensive Care Units. *JAMA Intern Med.*, 179(5), 676-684. doi:10.1001/jamainternmed.2019.0027
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H. y Levac, D. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. [citado 9 de mayo de 2024];169(7):467-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>
- Valley, T., Schutz, A., Nagle, M., Miles, L., Lipman, K., Ketcham, S., Kent, M., Hibbard, E., Harlan, E. y Hauschildt, K. (2020). Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202(6). doi:10.1164/rccm.202005-1706LE
- Van, L., Scott, A., Higgins, J., Wasserman, E., Heyland, D., Chinchilli, V. y Green, M. (2024). Feasibility and Acceptability of a Novel Intensive Care Unit Communication Intervention (“Let’s Talk”) and Initial Assessment Using the Multiple Goals Theory of Communication. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 41(4), 373–382. doi:10.1177/10499091231176296

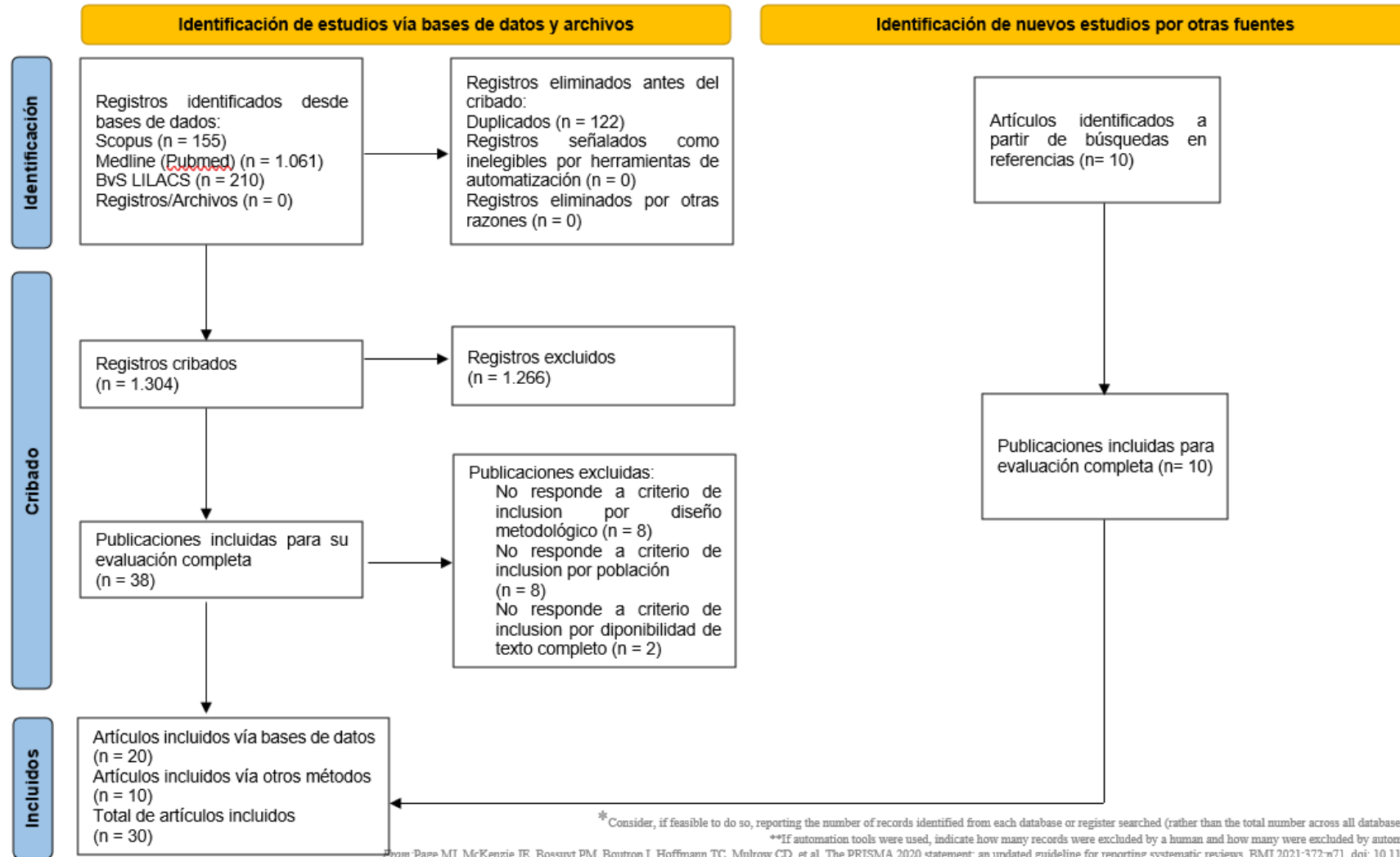
ANEXOS

Anexo 1. PALABRAS CLAVE Y ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

BASE DE DATOS	TERMINOS UTILIZADOS	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
PubMed	(Communication) AND (Intensive Care Units)	((("communicate"[All Fields] OR "communicated"[All Fields] OR "communicates"[All Fields] OR "communicating"[All Fields] OR "communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields] OR "communications"[All Fields] OR "communicative"[All Fields] OR "communicational"[All Fields] OR "communicatively"[All Fields] OR "communicativeness"[All Fields] OR "communicator"[All Fields] OR "communicator s"[All Fields] OR "communicators"[All Fields]) AND ("intensive care units"[MeSH Terms] OR ("intensive"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "units"[All Fields]) OR "intensive care units"[All Fields])) AND ((ffrft[Filter]) AND (2019:2024[pdat]))	1.061
Scopus	(effectiveness) AND (communication) AND (intensive AND care AND units)	(TITLE-ABS-KEY (effectiveness) AND TITLE-ABS-KEY (communication) AND TITLE-ABS-KEY (intensive AND care AND units)) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	155
BVS	(Comunicación) AND (Unidades de cuidados críticos)	(comunicación) AND (unidades de cuidados críticos) AND (fulltext:("1") AND la:("en" OR "es" OR "pt")) AND (year_cluster:[2019 TO 2024])	210
TOTAL			1.426

Elaborado por autores

Anexo 2. DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA



Anexo 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Nº artículo	Autor(es), año de publicación	País	Tipo de estudio / diseño	Escenario de estudio	Tipo de pacientes	Característica: Estrategia de Comunicación
1	Nugent et al. (2023)	Estados Unidos	Cualitativo	Unidades de cuidados intensivos (UCI) en hospitales de Veteranos y hospitales académicos	Pacientes en unidades de cuidados intensivos	Barreras y facilitadores de la comunicación en UCI
2	Krotsetis et al. (2020)	Alemania	Descriptivo-evaluativo	Unidad de Cuidados Intensivos	Pacientes en estado crítico	Instrumentos de comunicación en UCI
3	Cabral, (2023)	Portugal	Descriptivo	Unidad de Cuidados Intensivos	Pacientes críticos en UCI	Formación y programas de capacitación en comunicación
4	Istanbuloulian et al. (2022)	Canadá	Cualitativo-descriptivo	Unidad de Cuidados Intensivos	Pacientes adultos de la unidad de cuidados intensivos	Barreras y facilitadores de la comunicación en UCI
5	Valley et al. (2020)	Estados Unidos	Encuesta telefónica y en línea	Hospitales con unidades de cuidados intensivos en Michigan	Pacientes en estado crítico de UCI	Estrategias de comunicación en UCI
6	Scheunemann et al. (2019)	Estados Unidos	Cohorte-prospectivo	Unidad de Cuidados Intensivos de 6 Centros médicos y académicos	Pacientes incapacitados de UCI	Barreras y facilitadores de la comunicación en UCI
7	Luisa et al. (2021)	Reino Unido	Transversal	Hospitales del NHS con al menos una UCI en el Reino Unido o la Isla de Man	Pacientes ingresados en la UCI durante la pandemia de COVID-19	Estrategias de comunicación en UCI
8	Freeman et al. (2023)	Australia y Nueva Zelanda	Prevalencia-transversal-prospectivo-multicéntrico	Hospitales con UCI	Pacientes adultos de la UCI	Estrategias de comunicación en UCI
9	Shurlock et al. (2021)	Londres	Transversal	Unidad de cuidados intensivos del Hospital Nightingale	Pacientes en UCI	Estrategias de comunicación en UCI
10	Reifarth et al. (2023)	Alemania	Mixto	Hospital universitario de atención terciaria alemán	Unidades de cuidados intensivos médicos	Estrategias de comunicación en UCI
11	Orford et al. (2019)	Australia	Cohorte-prospectivo	Hospital universitario terciario	Pacientes adultos a la hospitalizados referidos a la UCI	Formación y programas de capacitación en comunicación
12	Parsons et al. (2021)	Canadá	Ensayo pre-post	Cuatro hospitales de cuidados agudos que prestan servicio a	Pacientes de UCI	Estrategias de comunicación en UCI

				una sola ciudad, Calgary, Alberta		
13	Najafi et al. (2021)	Irán	Cualitativo	Hospitales públicos afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Irán, Teherán	Unidad de cuidados intensivos críticos	Barreras y facilitadores de la comunicación en UCI
14	Festil et al. (2021)	Dinamarca	Cualitativo-etnográfico	Hospital regional de Dinamarca	Pacientes de UCI	Estrategias de comunicación en UCI
15	Johnson et al. (2022)	Sudáfrica	Encuesta cuantitativa no experimental	Hospitales privados y públicos de Gauteng	Unidad de cuidados críticos para adultos	Comunicación y calidad en la atención
16	Correa et al. (2021)	Brasil	Cualitativo-exploratorio-transversal-descriptivo	Hospitales públicos de la Gran Florianópolis, Santa Catarina	Pacientes ingresados en la UCI	Barreras y facilitadores de la comunicación en UCI
17	Al-Shamaly. (2022)	Australia	Cualitativo-etnografía	Hospital metropolitano australiano	UCI de adultos	Barreras y facilitadores de la comunicación en UCI
18	Paredes et al. (2023)	España	Cualitativo	Hospital de tercer nivel	Pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos	Estrategias de comunicación en UCI
19	Chuang et al. (2020)	Estados Unidos	Observacional-transversal	Tres UCI de dos Hospitales	Unidad de cuidados intensivos	Comunicación y calidad en la atención
20	López et al. (2021)	Londres	Mixto-retrospectivo	Hospital terciario de Londres	Pacientes con COVID-19 ingresados en UCI	Estrategias de comunicación en UCI
21	Holm et al. (2021)	Dinamarca	Cualitativo-fenomenológica-hermenéutica	Hospital universitario de Dinamarca	Pacientes de UCI	Estrategias de comunicación en UCI
22	Bernild et al. (2021)	Dinamarca	Cualitativo-hermenéutica	3 regiones de Dinamarca	Pacientes Hospitalizado en UCI con COVID - 19	Comunicación y calidad en la atención
23	Krewulak et al. (2022)	Canadá	Cualitativo	Hospitales canadienses	Pacientes ingresados a UCI con COVID-19	Comunicación y calidad en la atención
24	Jin et al. (2022)	Corea del Sur	Cualitativo	Centro médico académico de tercer nivel en Seúl	Pacientes de UCI adultos	Comunicación y calidad en la atención
25	Van et al. (2024)	Estados Unidos	Mixto	1 Centro académico de atención terciaria Hershey	Paciente de UCI	Instrumentos de comunicación en UCI
26	DeKeyser et al. (2019)	Israel	Descriptivo-transversal	UCI médica o una UCI quirúrgica en un centro médico universitario terciario en Jerusalén	Pacientes de UCI	Comunicación y calidad en la atención

27	Conte et al. (2023)	Suecia	Cualitativo-descriptivo	Cuatro departamentos de cuidados intensivos suecos, ubicados en diferentes regiones geográficas	Pacientes de UCI	Comunicación y calidad en la atención
28	García et al. (2023)	Brasil	Cualitativo-exploratorio	Cuatro hospitales públicos del sur de Brasil	Pacientes en UCI	Comunicación y calidad en la atención
29	Jin et al. (2020)	Corea del Sur	Cualitativo-descriptivo	Hospital terciario de Seúl	Pacientes en UCI	Comunicación y calidad en la atención
30	Jo et al. (2019)	Corea del Sur	Descriptivo-transversal-correlacional	Diez UCI: tres quirúrgicas (SICU), tres médicas (MICU), tres de neurociencia (NSICU) y una cardíaca (CICU).	Pacientes que requirieron ventilación mecánica prolongada en diez UCI	Comunicación y calidad en la atención

Elaborado por autores