



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**MODELO DE PUERTAS ABIERTAS COMO ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN
EN CUIDADOS INTENSIVOS: SCOPING REVIEW**

OPEN DOOR MODEL AS A HUMANIZATION STRATEGY IN INTENSIVE 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 integral, determinación social y desarrollo humano.

Autoría:

JESÚS FRANCISCO RODRÍGUEZ LOOR
LUCILA PIERINA ZAMBRANO VERA

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

**MODELO DE PUERTAS ABIERTAS COMO ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN EN
CUIDADOS INTENSIVOS: SCOPING REVIEW**

**OPEN DOOR MODEL AS A HUMANIZATION STRATEGY IN INTENSIVE CARE:
SCOPING REVIEW**

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autoría:

**JESÚS FRANCISCO RODRÍGUEZ LOOR
LUCILA PIERINA ZAMBRANO VERA**

Jeisson Andrés Hincapié Carvajal, Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Jorge Leodan Cabrera Olvera, Mg.

CALIFICADOR

Luis Alejandro Proaño Anchatipan, Mg.

CALIFICADOR

Yullio Cano de la Cruz, PhD.

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, JESUS FRANCISCO RODRIGUEZ LOOR portador de la cédula de ciudadanía No. 1310797186, 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 declaramos 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.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, LUCILA PIERINA ZAMBRANO VERA con cédula de ciudadanía No. 1350785315, 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 declaramos 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.

Lucila Pierina Zambrano Vera
CI. 1350785315

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/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de Elija un elemento., titulado MODELO DE PUERTAS ABIERTAS COMO ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS: SCOPING REVIEW realizado por el/la maestrante: JESUS FRANCISCO RODRIGUEZ LOOR con cédula: No. 1310797186 y LUCILA PIERINA ZAMBRANO VERA con cédula: No. 1350785315, 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, 17 de octubre del 2024

Atentamente,



Mg. JEISSON ANDRÉS HINCAPIÉ CARVAJAL

Profesor Titular AUXILIAR 1

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, nos gustaría expresar nuestro más sincero agradecimiento a nuestro asesor, el Magíster JEISSON ANDRÉS HINCAPIÉ CARVAJAL, por su invaluable guía y apoyo durante todo el proceso de elaboración de este artículo. Sus conocimientos expertos, valiosas sugerencias y dedicación fueron fundamentales para la culminación exitosa de este trabajo. Agradecemos profundamente su compromiso y disposición para acompañarnos en esta etapa tan importante de nuestro proceso académico.

Asimismo, queremos agradecer profundamente a nuestros padres por todo su apoyo, comprensión y motivación a lo largo de esta etapa. Ellos han sido un pilar fundamental en nuestro trayecto, brindándonos el aliento y los recursos necesarios para investigar. Nuestro agradecimiento a la madre de Lucila Pierina Zambrano Vera, que ya no está con nosotros, pero cuyo recuerdo y legado nos inspiran a seguir adelante con perseverancia y dedicación. Por último, extendemos nuestra gratitud a la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO por brindarnos la oportunidad de realizar esta maestría y desarrollar esta investigación. Agradecemos a las autoridades y al cuerpo docente por su compromiso con la formación de profesionales de excelencia, lo cual ha sido esencial para nuestro crecimiento académico y personal. Esperamos que este trabajo pueda ser un aporte valioso a la academia y la comunidad.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con profundo cariño a quienes han sido nuestro sostén y motivación a lo largo de esta etapa.

A nuestros padres, pilares inquebrantables de nuestras vidas, quienes con su amor, sabiduría y apoyo incondicional nos han impulsado a perseguir nuestros sueños académicos. Ustedes han sido nuestra fuente de fortaleza en los momentos más desafiantes, brindándonos los recursos y el aliento necesarios para culminar con éxito esta investigación.

A la amada madre de Lucila Pierina Zambrano Vera, cuya luz y recuerdo permanecen vivos en nuestros corazones. Aunque ya no estás físicamente con nosotros, tu espíritu y tus enseñanzas de perseverancia, bondad y amor materno serán siempre una guía y una inspiración que nos acompañe en nuestro camino.

A todos ustedes, nuestra más sincera gratitud. Este trabajo es un reflejo de nuestro esfuerzo y un humilde homenaje a su apoyo invaluable, que ha sido fundamental en nuestro crecimiento personal y académico.

RESUMEN

El modelo de UCI de puertas abiertas promueve la humanización del cuidado, pero enfrenta barreras organizacionales y requiere políticas flexibles para su implementación. Por lo cual, el siguiente estudio tuvo como objetivo explorar la evidencia existente sobre el modelo de puertas abiertas como una estrategia para humanizar los cuidados en las unidades de cuidados intensivos. Para llevar a cabo este proceso, se utilizó una revisión sistemática de tipo scoping. Se implementó búsqueda sistemática de literatura en las bases de datos electrónicas: Scopus, Medline (a través de PubMed) y BvS (Lilacs). Se incluyeron artículos resultado de investigación primaria, revisiones sistemáticas y revisiones de literatura, publicados en los últimos cinco años en idioma inglés, portugués y español. Los datos relevantes para la revisión fueron extraídos de forma manual y sometidos a análisis temático. Fueron incluidos 30 artículos; se obtuvieron 3 temas: 1) Barreras en la implementación del modelo de UCI de puertas abiertas; 2) Factores facilitadores para la implementación del modelo de UCI de puertas abiertas y 3) Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas. Una barrera clave para implementar el modelo de UCI de puertas abiertas es la organización interna y operativa. La inclusión de familiares en UCI mejora el bienestar emocional, facilita decisiones clínicas, pero enfrenta barreras organizacionales y logísticas, e implementar el modelo de UCI de puertas abiertas, humanizando el cuidado y fortaleciendo la capacitación.

Palabras clave: Paciente; familia; humanización de la atención; unidad de cuidados intensivos; puertas abiertas.

ABSTRACT

The open-door ICU model promotes the humanization of care, but faces organizational barriers and requires flexible policies for its implementation. Therefore, the following study aimed to explore the existing evidence on the open-door model as a strategy to humanize care in intensive care units. To carry out this process, a systematic scoping review was used. A systematic literature search was carried out in the following electronic databases: Scopus, Medline (through PubMed) and BvS (Lilacs). Articles resulting from primary research, systematic reviews and literature reviews, published in the last five years in English, Portuguese and Spanish, were included. Relevant data for the review were extracted manually and subjected to thematic analysis. Thirty articles were included; 3 themes were obtained: 1) Barriers in the implementation of the open-door ICU model; 2) Facilitating factors for the implementation of the open-door ICU model; and 3) Impact on patient and family well-being in the open-door ICU. A key barrier to implementing the open-door ICU model is internal and operational organization. The inclusion of family members in the ICU improves emotional well-being, facilitates clinical decisions, but faces organizational and logistical barriers, and implementing the open-door ICU model humanizes care and strengthens training.

Keywords: patient; family; humanization of care; intensive care unit; open doors.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
2.	Revisión de la literatura.....	4
3.	Materiales y métodos	11
4.	Resultados	13
5.	Discusión	24
6.	Conclusiones	27
7.	Recomendaciones	29
8.	Referencias bibliográficas	30
9.	Anexos	39

No se encontraron entradas de tabla de contenido.

1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la enfermería, la humanización de los cuidados es un principio fundamental que aboga por una atención integral, respetuosa de la dignidad y la individualidad de cada paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermería se define como la profesión que proporciona cuidados a personas de todas las edades, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la atención a los enfermos. La atención holística, que incorpora tanto los aspectos emocionales como los espirituales, es esencial para garantizar un cuidado de calidad, especialmente en entornos como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde la tecnificación y los protocolos clínicos pueden llevar a una despersonalización del cuidado (Balón et al., 2015).

La humanización del cuidado en las UCI es un tema ampliamente debatido en la literatura. Autores como Calderone et al., (2022) subrayan la importancia de crear un entorno que no solo garantice la seguridad del paciente, sino que también sea un espacio de empatía, donde los pacientes se sientan comprendidos y respetados en su vulnerabilidad. Este enfoque es crucial en el bienestar integral de los pacientes, ya que promueve no solo la recuperación física, sino también la emocional, siendo la humanización y la seguridad del paciente pilares fundamentales del bienestar en cuidados intensivos.

Una de las estrategias que ha ganado relevancia en la búsqueda de la humanización en las UCI es el modelo de "puertas abiertas". Este enfoque promueve la participación de los familiares en el cuidado de los pacientes críticamente enfermos, mejorando la comunicación y el apoyo emocional. Pese a los beneficios potenciales, como la reducción de la ansiedad y el estrés en los pacientes y sus familias, su implementación efectiva enfrenta barreras, como la privacidad y la seguridad del paciente y del personal de salud (Rojas, 2019).

El modelo de UCI de puertas abiertas ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la calidad de la atención al fomentar una mayor comunicación y participación familiar. En

entornos hospitalarios, la humanización se ha visto comprometida por la tecnificación de los cuidados y las restricciones impuestas en las visitas familiares. La pandemia de COVID-19 exacerbó este problema, pues las limitaciones en el acceso familiar impactaron negativamente en el bienestar emocional de los pacientes, alejando los principios de humanización que se pretendían implementar en las UCI (Ceballos, 2022).

El Proyecto de Investigación Internacional “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HUCI) ha sido pionero en destacar la importancia de un modelo de UCI de puertas abiertas, promoviendo la integración de la familia en el proceso de atención y priorizando tanto la salud física como el bienestar emocional del paciente. A pesar de los avances en este campo, muchas UCI siguen manteniendo políticas restrictivas en cuanto a las visitas, lo que refleja la necesidad de un cambio en la cultura organizacional que facilite la adopción de este modelo humanizador (Ceballos, 2022).

Además, la literatura ha identificado diversas barreras a la implementación de este modelo, tales como el temor a la interrupción del trabajo del personal médico, el impacto emocional en los profesionales de la salud, y las preocupaciones por la confidencialidad del paciente (Milner et al., 2021). Estos resultados destacan la necesidad de una adecuada adaptación estructural y organizacional para que el modelo sea implementado eficazmente.

A pesar de la evidencia sobre los beneficios de la UCI de puertas abiertas, la adopción de este modelo sigue siendo limitada en muchos entornos hospitalarios. El problema que persiste es cómo superar las barreras organizacionales, culturales y emocionales que impiden su implementación efectiva.

La investigación se realizó para abordar la creciente necesidad de humanizar los cuidados intensivos, en un contexto en el que la tecnificación y los protocolos clínicos han despersonalizado la atención al paciente. A pesar de los avances científicos y tecnológicos,

muchos pacientes en la UCI experimentan una falta de conexión emocional y apoyo durante su estancia hospitalaria, lo que afecta su bienestar general (Kvande et al., 2021). El modelo de UCI de puertas abiertas se presenta como una solución viable para cerrar esta brecha, al permitir la participación de los familiares en el proceso de atención, promoviendo un enfoque más centrado en el paciente y la familia.

Las investigaciones previas han demostrado que las UCI de puertas abiertas no solo mejoran la satisfacción del paciente y su familia, sino que también pueden reducir complicaciones como el delirium y la duración de la ventilación mecánica (Pabón et al., 2021). Sin embargo, a pesar de los beneficios, muchas UCI aún mantienen políticas restrictivas sobre las visitas, lo que subraya la importancia de investigar más a fondo las barreras que dificultan su adopción y las estrategias necesarias para superar estos obstáculos (Chávez et al., 2021).

La implementación de un enfoque de puertas abiertas es coherente con los principios de la atención centrada en el paciente, que busca optimizar no solo los resultados clínicos, sino también la experiencia del paciente y su familia. Estudios como el de Calderone et al. (2022) han demostrado que la presencia continua de familiares en la UCI contribuye a una mejor comprensión del estado del paciente y reduce la ansiedad familiar. Además, se ha observado que esta participación puede facilitar una mejor relación entre el equipo médico y los familiares, lo que mejora la satisfacción general con la atención.

El propósito de esta investigación fue caracterizar el impacto del modelo de UCI de puertas abiertas como estrategia de humanización en los cuidados intensivos. A través de una revisión exhaustiva de la literatura y el análisis de estudios científicos, se buscará identificar las principales barreras y facilitadores en la implementación de este modelo, así como su efecto en la calidad de vida del paciente, la satisfacción familiar y el desempeño del personal de salud. La implementación del modelo de UCI de puertas abiertas mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes, reduce la ansiedad familiar y optimiza la comunicación entre el equipo

médico y los familiares, sin comprometer la seguridad ni la confidencialidad del paciente.

En otras palabras, la investigación sobre el modelo de UCI de puertas abiertas es fundamental para promover una atención más humana y centrada en el paciente en un entorno tan crítico como el de cuidados intensivos. Este estudio busca no solo identificar las barreras que limitan su adopción, sino también proponer estrategias viables para su implementación efectiva, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de los pacientes, la satisfacción familiar y el desempeño del personal de salud.

Atendiendo a lo ya expuesto, mediante la síntesis de literatura, el presente artículo científico responderá a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la evidencia disponible acerca del modelo de puertas abiertas como estrategia de humanización en unidades de cuidados intensivos? La misma que estuvo integrada por las siguientes preguntas específicas:

- ¿Cuáles son las principales barreras que dificultan la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas?
- ¿Cuáles son los factores facilitadores para la implementación del modelo de puertas abiertas en hospitales?
- ¿Cómo impacta el Modelo de UCI de puertas abiertas en el bienestar del paciente y su familia?

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Para la revisión del presente apartado, se consultaron diversas bases de datos y revistas de alto impacto con el fin de obtener literatura científica relevante sobre el fenómeno de estudio. Entre las bases de datos revisadas se incluyeron PUBMED, SCOPUS, EMBASE y búsquedas manuales en revistas especializadas. Estas fuentes proporcionaron una base sólida para orientar el estudio y profundizar en los factores que influyen en la implementación de las UCI de puertas abiertas y cómo esta estrategia impacta en la humanización del cuidado, la experiencia del

paciente y de sus familiares, así como en la dinámica del equipo de salud.

La atención en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha evolucionado con el tiempo, enfocándose no solo en la tecnificación de los cuidados sino en la necesidad de humanización. El concepto de UCI de puertas abiertas, que permite la presencia de los familiares durante la hospitalización del paciente crítico, ha cobrado relevancia en la atención moderna al buscar un equilibrio entre el manejo técnico y el apoyo emocional, tanto para los pacientes como para sus familiares.

2.1 Diseño y confort en las UCI

Uno de los principales beneficios de una UCI de puertas abiertas es la creación de un ambiente que favorezca el confort y la privacidad del paciente. Schwartz et al. (2022) destacan que el diseño y la organización de las UCI son fundamentales para ofrecer una atmósfera acogedora. Un espacio saturado de equipos y con sonidos constantes puede generar ansiedad y miedo en los pacientes y sus familiares, lo que afecta su experiencia y recuperación. Por esta razón, la disposición de los espacios, la iluminación y la reducción de estímulos sensoriales excesivos deben ser consideradas al implementar un modelo de UCI de puertas abiertas. Se ha demostrado que los pacientes que tienen acceso constante a sus familiares experimentan menos ansiedad, lo que puede mejorar la estabilidad de sus signos vitales y contribuir a una recuperación más rápida (Calderone et al., 2022; Schwartz et al., 2022).

Además, el confort no solo se refiere al aspecto físico de las instalaciones, sino también al apoyo emocional proporcionado por la presencia de los seres queridos. Este factor es importante en pacientes que requieren largos periodos de hospitalización, ya que la separación prolongada de la familia puede aumentar el estrés y complicar el manejo de los síntomas críticos (Asadi y Salmani, 2024). La capacidad de los familiares para estar presentes y participar en el cuidado diario, en coordinación con el equipo de salud, proporciona al paciente una sensación de seguridad y respaldo emocional, elementos cruciales en su proceso de

recuperación (Davidson et al., 2020).

2.2 Comunicación efectiva entre el personal de salud y la familia

Otro aspecto central en la implementación de UCI de puertas abiertas es la comunicación clara y efectiva entre el personal de salud y los familiares del paciente. Yoo et al., (2020) subrayan que el uso de un lenguaje técnico incomprensible para los familiares genera confusión, miedo y ansiedad, incrementando la percepción de vulnerabilidad. Por lo tanto, es vital que los profesionales de la salud empleen un lenguaje sencillo y claro, evitando términos médicos complejos que puedan dificultar la comprensión del estado del paciente. La inclusión de los familiares en las discusiones clínicas, cuando es apropiado, no solo mejora su comprensión de la situación, sino que también facilita una toma de decisiones más informada y participativa (Happ, 2021).

La literatura también enfatiza que el establecimiento de una comunicación bidireccional, en la que tanto los médicos como los familiares pueden expresar preocupaciones y preguntas, mejora la confianza en el equipo de salud y reduce la carga emocional de los familiares. El acceso a información clara y precisa les permite comprender mejor las intervenciones realizadas, lo que a su vez disminuye los niveles de estrés y favorece un ambiente de colaboración (Yoo et al., 2020).

2.3 Impacto de la presencia familiar en la recuperación del paciente

Los estudios revisados por Davidson et al. (2020) demuestran que la presencia del cuidador o familiar cercano tiene un efecto positivo directo en la recuperación del paciente. La cercanía emocional y física de los familiares no solo proporciona consuelo, sino que también facilita la reintegración del paciente a su vida cotidiana. Esto es particularmente relevante en pacientes críticos que, tras la salida de la UCI, deben enfrentarse a una rehabilitación prolongada y a la adaptación a nuevas condiciones de vida.

Varios estudios coinciden en que el acompañamiento de los familiares mejora el bienestar

del paciente y reduce la incidencia de complicaciones psicológicas post-UCI, como el síndrome postraumático o el delirium, que son comunes en pacientes críticos (Davidson et al., 2020; Asadi y Salmani, 2024).

2.4 Barreras en la implementación de UCI de puertas abiertas

A pesar de los beneficios evidentes del modelo de UCI de puertas abiertas, su implementación enfrenta múltiples barreras. Una de las más citadas es la falta de recursos y la capacitación inadecuada del personal. Milner et al., (2020) mencionan que la escasez de personal especializado, combinada con la acuidad de los pacientes y las restricciones económicas, limita la capacidad de las UCI para adoptar este modelo de manera efectiva. La gestión del flujo de familiares dentro de la UCI requiere un aumento en el personal y la capacitación del equipo de salud para manejar las complejidades adicionales que esto conlleva, como la educación continua de los familiares y la prevención de infecciones cruzadas (Milner et al., 2020).

La literatura también identifica que la infraestructura de muchas UCI no está diseñada para permitir la entrada continua de familiares. Las instalaciones, en muchos casos, no cuentan con espacios privados para conversaciones familiares ni con suficientes áreas de descanso, lo que dificulta la implementación de un enfoque humanizado (Calderone et al., 2022). Estas limitaciones estructurales requieren una inversión significativa para adecuar las instalaciones y garantizar que se cumplan los estándares de seguridad y confort para los pacientes y sus familiares.

2.5 Privacidad y seguridad en las UCI de puertas abiertas

El equilibrio entre la privacidad del paciente y la accesibilidad de los familiares es otro desafío importante en la implementación de UCI de puertas abiertas. Kvande et al. (2021) resaltan que, aunque la humanización de los cuidados es fundamental, las UCI deben asegurar la protección de la información personal del paciente y el mantenimiento de su dignidad. Los

protocolos de seguridad deben ser rigurosos para garantizar que los familiares no interfieran en el proceso médico ni en la privacidad de otros pacientes presentes en la unidad.

La implementación de políticas adecuadas y sistemas de control de acceso es crucial para lograr este equilibrio. Happ (2021) sugiere que la inversión en infraestructura tecnológica, como sistemas de monitoreo y control de acceso, puede facilitar el manejo de las visitas familiares, permitiendo un entorno seguro y controlado sin comprometer la atención centrada en el paciente.

2.6 Formación y adaptación del personal sanitario

La formación del personal de salud es fundamental para el éxito del modelo de UCI de puertas abiertas. Sasidharan y Dhillon (2021) señalan que el cambio hacia un enfoque de puertas abiertas requiere una adaptación cultural dentro de las UCI, lo que implica una modificación en la dinámica de trabajo y la formación del equipo sanitario. Los profesionales deben desarrollar competencias tanto técnicas como no técnicas para manejar la interacción constante con los familiares, quienes muchas veces pueden estar emocionalmente vulnerables y requerir apoyo adicional.

Además, los programas de capacitación deben incluir estrategias para mejorar la gestión de las emociones del personal de salud, ya que la presencia constante de familiares puede incrementar el estrés laboral, especialmente en entornos donde la carga de trabajo ya es alta.

2.7 Consideraciones económicas y logísticas

La implementación de un modelo de UCI de puertas abiertas no solo implica un cambio en la cultura del cuidado, sino también importantes consideraciones económicas. Kean y Milner (2020) señalan que la adecuación de las infraestructuras hospitalarias, la reconfiguración de espacios y la inversión en tecnología para gestionar el acceso de los familiares son componentes esenciales para garantizar la sostenibilidad del modelo a largo plazo. Estos costos, aunque significativos, se justifican por los beneficios en términos de mejora en la satisfacción

de los pacientes y sus familias, así como en la optimización de los recursos humanos.

A largo plazo, la integración de los familiares en el cuidado del paciente puede reducir la carga asistencial del personal de salud, al involucrar a los familiares en tareas básicas de cuidado, lo que permite una redistribución más eficiente del tiempo y los recursos del equipo de salud (Davidson et al., 2020). Sin embargo, es esencial que las políticas de visitas sean claras y que el personal de salud reciba la formación adecuada para gestionar estas interacciones sin comprometer la calidad del cuidado.

2.8 Certificación y estándares de humanización en las UCI

Kvande et al. (2021) proponen que la certificación de las UCI en base a estándares de humanización es un paso crucial para institucionalizar el enfoque de puertas abiertas. El proyecto H-UCI plantea un marco de referencia para evaluar y certificar a las unidades que implementan políticas orientadas a mejorar la calidad de atención y el bienestar emocional de los pacientes y sus familias. Esta certificación no solo promovería la adopción de prácticas más humanizadas, sino que también proporcionaría una guía clara para que los hospitales adapten sus políticas y estructuras a los principios de la atención centrada en el paciente (Kvande et al., 2021).

La revisión de la literatura demuestra que la implementación de UCI de puertas abiertas tiene un impacto positivo tanto en los pacientes como en sus familiares, mejorando los resultados clínicos y la experiencia hospitalaria en general. Sin embargo, su adopción requiere enfrentar barreras estructurales, económicas y culturales. La capacitación del personal, la reconfiguración de las infraestructuras hospitalarias, y la adopción de protocolos claros para el manejo de visitas familiares son fundamentales para garantizar el éxito del modelo de UCI de puertas abiertas. Además, se requiere una inversión en formación continua del personal de salud, no solo en competencias técnicas, sino también en habilidades de comunicación y manejo emocional para asegurar una atención humanizada y efectiva.

El enfoque de UCI de puertas abiertas promueve la humanización del cuidado, reduciendo el estrés y la ansiedad de los pacientes y sus familiares, lo que se traduce en mejores desenlaces clínicos y una mayor satisfacción con la atención recibida. Sin embargo, su implementación no es una tarea sencilla, ya que conlleva consideraciones complejas relacionadas con la seguridad, la privacidad, y la gestión del personal de salud.

Las iniciativas como el proyecto H-UCI Kvande et al., (2021) destacan la importancia de establecer estándares claros y un marco de certificación para las UCI que busquen implementar este modelo. Estas certificaciones no solo mejoran la calidad de la atención, sino que también aseguran que se mantenga un enfoque centrado en el paciente y su familia, promoviendo la dignidad, el confort y la participación en el proceso de cuidado.

Adoptar un modelo de UCI de puertas abiertas supone un cambio hacia una atención más humanizada, pero requiere de una planificación estratégica con infraestructura adecuada, capacitación del personal y políticas que favorezcan la participación familiar sin comprometer la seguridad del paciente. La transformación hacia este enfoque beneficiará tanto a los pacientes como al equipo de salud, mejorando no solo los resultados clínicos, sino también la experiencia emocional y psicológica de todos los involucrados.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Enfoque de investigación

El enfoque de este estudio es cualitativo y descriptivo, ya que las revisiones sistemáticas recopilan y analizan de forma profunda la evidencia existente sin modificar variables. El enfoque cualitativo permite comprender experiencias y perspectivas, mientras que el descriptivo organiza los hallazgos para ofrecer una visión clara y útil del tema investigado (Masot et al., 2020).

3.2 Diseño del estudio

El planteamiento de esta revisión de tipo scoping 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).

3.3 Recolección y análisis de datos

La pregunta de revisión fue diseñada siguiendo la estructura PCC de la metodología JBI (Aromataris et al., 2024): Población de interés (Paciente; Familia), Concepto (Humanización de la atención) y Contexto (Entornos de atención en unidades de cuidados intensivos). La identificación de los estudios relevantes se llevó a cabo a través de las bases de datos electrónicas Scopus, Medline (a través de PubMed) y BvS (Lilacs). La búsqueda se limitó a artículos disponibles en inglés, español y portugués, publicados en los últimos 5 años (2019-2024), resultantes de investigación primaria (cualitativos, cuantitativos y mixtos), revisiones sistemáticas y revisiones de literatura. Los términos empleados en la búsqueda (MeSH y DeCS) fueron identificados en los tres idiomas y definidos de acuerdo con cada parte de la pregunta

PCC: P (Patient; Family), C (Humanization of Assistance) y C (Intensive Care Units) (Anexo 1).

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión para la selección de los artículos:

1. El estudio abarcó específicamente el modelo de puertas abiertas como estrategia de humanización en las unidades de cuidados intensivos; 2. El estudio abordó fenómenos relacionados con la implementación del modelo de puertas abiertas en las (UCI), considerando factores como la resistencia del personal de salud, la sobrecarga laboral, la falta de capacitación específica para manejar la presencia constante de familiares, las preocupaciones sobre la privacidad y seguridad de los pacientes, y las deficiencias en la comunicación entre el equipo de salud y las familia; entendiendo la humanización de la atención como “la práctica de brindar cuidados que respeten la dignidad, valores y necesidades emocionales del paciente y su familia, creando un entorno en el que los pacientes se sientan valorados y comprendidos” (Vaeza et al., 2020); y 3. La prestación de la atención se brindó en el contexto de los servicios de las unidades de cuidados intensivos.

Todos los artículos resultantes de la búsqueda fueron cargados a la plataforma en línea Rayyan Systems, Inc. (Peters et al., 2021), donde se inspeccionaron y eliminaron duplicados y, posteriormente, se sometieron a 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 y O'Malley, 2005).

Para la extracción y síntesis de los datos, se diseñó un formulario en Excel, que incluía los siguientes campos: autor(es), año de publicación, país del estudio, diseño, ámbito, tipo de

pacientes y característica de modelo de puertas abiertas. Adicionalmente, en otro formulario, se extrapolaron 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, a través de la identificación y clasificación de los datos relevantes identificados en los textos, los cuales fueron posteriormente organizados en temas (Levac et al., 2014).

4. RESULTADOS

Se incluyeron 30 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, de un total de 818 registros encontrados en las fuentes seleccionadas, incluyendo también la identificación de nuevos estudios a través de otras fuentes adicionales. El número de fuentes de evidencia examinadas para determinar su elegibilidad e inclusión en la revisión se presenta en el diagrama flujo PRISMA (Anexo 2).

Características de los estudios incluidos

Resultado de la caracterización se determinó que la fecha de publicación de los estudios incluidos varia en el rango de los últimos diez años, con predominio de publicaciones entre 2019-2024 (n=30), en idioma inglés (n=23) en idioma español (n=3) en idioma portugués (n=4).

En relación con la distribución geográfica, se evidencia que la mayoría de los estudios fueron realizados en América (n=19), seguidos por Europa (n=11).

Desde el punto de vista del diseño metodológico, predominan los estudios cuantitativos (n=2), seguidos por las revisiones sistemáticas (n=2), estudios cualitativos (n=14) y otros (n=12). Se proporcionan detalles adicionales de los artículos incluidos en el Anexo 3.

Hallazgos Temáticos

En el proceso de síntesis de los artículos de esta revisión se obtuvieron 3 temas: 1) Barreras en la implementación del modelo de UCI de puertas abiertas; 2) Factores facilitadores para la implementación del modelo de UCI de puertas abiertas y 3) Impacto en el bienestar del

paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas.

Tema 1: Barreras en la implementación del modelo de UCI de puertas abiertas

La síntesis de literatura permite subrayar la importancia de la atención humanizada en las Unidades de Cuidados Intensivos, destacando cómo las percepciones del personal de enfermería y los desafíos presentados durante la pandemia de COVID-19 han afectado la implementación de modelos como el de puertas abiertas. El análisis se centró en identificar las barreras y facilitadores para implementar estrategias que permitan la participación de los familiares en el cuidado de los pacientes críticamente enfermos, así como en comprender el impacto de estas prácticas en el bienestar de pacientes, familiares y profesionales de la salud.

En primer lugar, los enfermeros que participaron en el estudio, llevado a cabo en un hospital de Imperatriz, Maranhão, manifestaron que, a pesar de las políticas vigentes, como la Política Nacional de Humanización en Brasil, enfrentaban dificultades para proporcionar una atención verdaderamente centrada en el paciente. Los profesionales indicaron que las barreras organizacionales y las limitaciones del entorno de la UCI, como la sobrecarga de trabajo y las restricciones en las visitas familiares, dificultaban la creación de un entorno de atención humanizado. Aunque se reconoció la importancia de la atención empática y personalizada, las enfermeras señalaron que las condiciones operativas y la falta de recursos frecuentemente obstaculizaban sus esfuerzos por brindar un cuidado integral que incluyera el apoyo emocional tanto para los pacientes como para sus familias (Aldeana et al., 2020).

La pandemia de COVID-19 exacerbó estos desafíos al restringir severamente las visitas familiares, lo que aumentó el estrés emocional y la sensación de culpa entre los familiares de los pacientes hospitalizados en las UCI. Según el estudio de Azoulay et al. (2021), la imposición de estas restricciones generó un incremento en los niveles de ansiedad y angustia entre los familiares, muchos de los cuales experimentaron una sensación de impotencia por no poder estar presentes con sus seres queridos en momentos críticos. Además, el uso obligatorio

de equipos de protección personal (EPP) también afectó la interacción entre el personal de salud y los pacientes, dificultando la expresión de empatía y la comunicación no verbal, lo que resultó en una percepción más fría y distante de la atención. Esta barrera física, si bien necesaria para la protección, destacó la importancia de buscar un equilibrio entre la seguridad y la humanización del cuidado.

De manera similar, Kentish et al. (2021) exploraron cómo la restricción de visitas familiares durante la pandemia afectó tanto a los pacientes como a sus seres queridos. El estudio reveló que la falta de contacto físico y emocional con los familiares contribuyó a un aumento significativo del estrés psicológico en los pacientes internados en las UCI. La presencia de familiares en situaciones normales puede ofrecer un apoyo emocional crucial, pero la pandemia forzó una separación que no solo afectó negativamente a los pacientes, sino que también incrementó los niveles de angustia y ansiedad en sus familiares. Este hallazgo destacó la necesidad de reevaluar las políticas de visitas en situaciones críticas, sugiriendo que la implementación de medidas como el modelo de puertas abiertas podría mitigar estos efectos negativos y mejorar el bienestar de ambas partes.

El impacto de la pandemia no solo fue evidente durante la hospitalización, sino también en el proceso de recuperación post-UCI. El estudio de Scheunemann et al. (2020) identificó que la transición de los pacientes desde la UCI a otros entornos de atención o a su hogar a menudo no abordaba adecuadamente sus necesidades físicas y emocionales. A pesar de los esfuerzos por implementar políticas de puertas abiertas durante la estancia en la UCI, los pacientes enfrentaban barreras significativas en el seguimiento adecuado tras el alta. Estas barreras incluyeron una falta de continuidad en el apoyo emocional y en la atención personalizada, lo que limitaba el éxito de las políticas de humanización en el largo plazo. Este hallazgo subrayó la importancia de adoptar un enfoque integral que abarque no solo el tiempo en la UCI, sino también el proceso de recuperación posterior.

Por otro lado, la implementación de herramientas diseñadas para mejorar la comunicación y la humanización del cuidado también presentó desafíos. Gajic y Anderson (2019) analizaron el uso de la herramienta "Get to Know Me" Board en las UCI, la cual buscaba facilitar una atención más personalizada al permitir que los pacientes compartieran información personal con el personal médico. Aunque esta herramienta tenía como objetivo fortalecer la conexión entre el equipo de salud y los pacientes, los autores señalaron que su implementación fue limitada debido a la falta de familiaridad del personal con la herramienta y las dificultades para integrarla en el flujo de trabajo cotidiano. Estas barreras demostraron que, si bien existen iniciativas orientadas a mejorar la atención humanizada, su éxito depende de la capacitación adecuada y de la disposición del personal para adoptar nuevas prácticas.

En cuanto al personal de enfermería, uno de los factores más críticos que afectaron la capacidad para implementar un modelo de UCI de puertas abiertas fue el agotamiento laboral o burnout. El estudio de Ramírez et al. (2021) identificaron altos niveles de agotamiento entre las enfermeras de UCI, los cuales se atribuían a factores como la sobrecarga de trabajo, el estrés emocional y la falta de apoyo organizacional. El agotamiento no solo afectaba la salud mental y física de los profesionales, sino que también limitaba su capacidad para ofrecer una atención de calidad centrada en el paciente. La carga adicional de trabajo que implica la implementación de un entorno de puertas abiertas, como la necesidad de mantener una comunicación constante y gestionar las demandas emocionales de los familiares, podría agravar aún más el agotamiento si no se implementan programas de apoyo y estrategias para reducir el estrés en el personal.

Finalmente, Carnevale (2020) argumentó que la humanización en las UCI, aunque esencial, requiere un replanteamiento de las políticas de atención, especialmente en tiempos de crisis como la pandemia de COVID-19. La implementación de políticas restrictivas y el uso de EPP complicaron la creación de un ambiente cálido y empático en las UCI, lo que afectó tanto a los pacientes como a los familiares. El autor subrayó la necesidad de adoptar un enfoque

equilibrado que permita garantizar la seguridad de los pacientes y el personal sin sacrificar la empatía y la conexión emocional que son cruciales para el bienestar de los pacientes.

Los resultados revelaron que, aunque el modelo de UCI de puertas abiertas presenta beneficios significativos para la humanización de la atención, existen múltiples barreras que impiden su implementación efectiva. La pandemia de COVID-19 amplificó muchas de estas barreras, desde las restricciones en las visitas familiares hasta el agotamiento del personal de salud. Sin embargo, los hallazgos también sugieren que con el apoyo adecuado, tanto organizacional como emocional, es posible superar estas barreras y avanzar hacia una atención más empática y personalizada en las UCI. Los estudios revisados sugieren que, aunque los desafíos son significativos, las políticas de puertas abiertas tienen el potencial de mejorar el bienestar de los pacientes y sus familias, siempre que se implementen en un entorno de apoyo y con un enfoque en la capacitación continua del personal.

Tema 2: Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas

Los resultados obtenidos a partir de los estudios revisados proporcionaron una visión amplia y detallada sobre el impacto del régimen de visitas y la atención humanizada en las UCI. A lo largo de las investigaciones, se observaron diversas percepciones de pacientes, familiares y personal de salud en cuanto a la implementación de modelos como el de puertas abiertas, y cómo estos enfoques influyen en la calidad de la atención, el bienestar emocional y la experiencia general en la UCI.

En primer lugar, el estudio de Arnaiz et al., (2020) revelaron que, aunque muchos familiares de pacientes en la UCI del hospital de Galdakao-Usánsolo se mostraron satisfechos con el régimen de visitas, esta satisfacción era, en gran parte, atribuible a expectativas previamente bajas. Esto destacó una desconexión entre las expectativas de los familiares y la realidad de la atención, donde muchos profesionales de la salud y pacientes manifestaron

insatisfacción con el sistema actual. La investigación también mostró un mayor apoyo hacia la ampliación de los horarios de visitas, especialmente entre los menores de 50 años, aunque persistían desacuerdos en cuanto a la implementación de un horario completamente abierto. Estos resultados reflejaron la necesidad de adaptar el régimen de visitas a las expectativas de los diferentes grupos implicados, sin comprometer la calidad y seguridad de la atención.

Otro estudio de Azoulay et al. (2024) abordó la importancia de la atención centrada en la familia en las UCI. Los resultados sugirieron que, aunque la participación familiar puede mejorar la experiencia de los pacientes, el bienestar del personal de salud también es crucial para la efectividad de esta práctica. El estudio destacó que los profesionales de la salud experimentan un alto nivel de estrés, lo que puede comprometer su capacidad para proporcionar una atención de calidad a las familias. Así, se identificó la necesidad de implementar políticas que prioricen la salud mental y el bienestar del personal, con el objetivo de crear un entorno más ético y positivo que facilite la humanización del cuidado y la inclusión de las familias.

El estudio de Ahmad et al., (2023) también exploraron la importancia de adoptar un enfoque centrado en las personas en las UCI. Este análisis subrayó la relevancia de humanizar un entorno que a menudo es percibido como técnico y despersonalizado. Se sugirió que estrategias como la implementación de prácticas de puertas abiertas pueden ayudar a satisfacer tanto las necesidades físicas como emocionales de los pacientes y sus familias. Los resultados de este estudio respaldaron la idea de que una mayor personalización en la atención puede crear un ambiente más compasivo y acogedor, lo que mejoraría la experiencia de todos los involucrados.

De manera similar, Jades et al. (2023) identificaron varios factores que influyen en la implementación de la atención humanizada en las UCI. Entre ellos, se destacaron las características del entorno físico, la relación entre el personal de salud y los pacientes, y la estructura organizativa de las unidades. Los resultados revelaron que, aunque existe un

consenso general sobre la importancia de la humanización del cuidado, aún persisten barreras significativas para su aplicación efectiva. El estudio concluyó que la implementación de prácticas como la de puertas abiertas podría contribuir a un entorno más inclusivo y empático, mejorando tanto la experiencia de los pacientes como la de sus familias.

El estudio de Blanco (2019) propuso un protocolo de ingreso centrado en la comunicación abierta y la integración de las familias en el cuidado de los pacientes críticos. Los resultados indicaron que este tipo de enfoque podría tener un impacto positivo significativo en la experiencia tanto de los pacientes como de sus familiares. La implementación de este protocolo facilitó un entorno más colaborativo, en el que las familias pudieron participar activamente en el proceso de cuidado. Este hallazgo respalda la idea de que la inclusión de los familiares en las UCI, mediante políticas de puertas abiertas, no solo mejora el bienestar emocional de los pacientes, sino que también contribuye a una mejor colaboración entre el personal de salud y los familiares.

El estudio de Law et al., (2019) destacaron las deficiencias en la atención respetuosa hacia pacientes en estado crítico, centrándose en la falta de comunicación entre el personal médico y los pacientes, y la limitada participación de los familiares en las decisiones de cuidado. Estas deficiencias afectaron negativamente el bienestar de los pacientes, lo que subrayó la necesidad de adoptar prácticas más humanizadas y centradas en el paciente. El estudio sugirió que la implementación de políticas como las visitas abiertas podría mejorar la comunicación y la participación familiar, lo que, a su vez, contribuiría a una atención de mayor calidad y a una experiencia más satisfactoria en la UCI.

Velasco y Heras (2020) realizaron un análisis exhaustivo sobre la transición de los conceptos teóricos sobre la humanización de cuidados intensivos a su aplicación práctica. Los autores propusieron varias estrategias para promover una atención más centrada en el paciente y en la familia, incluyendo la comunicación efectiva y la consideración de las necesidades

emocionales de los pacientes. Además, el estudio abogó por un enfoque flexible y adaptativo en la implementación de políticas de visitas abiertas, lo que facilitaría su adopción y garantizaría que tanto los pacientes como sus familias reciban una atención más personalizada y empática.

El proyecto Footprints, evaluado por Hoad et al. (2020), fue otra iniciativa destacada que buscó fomentar la humanización en cuidados intensivos. Los resultados del estudio mostraron que esta iniciativa tuvo un impacto positivo en la experiencia de los pacientes y en la comunicación entre el personal médico y las familias. El proyecto promovió un enfoque más centrado en el paciente, facilitando la implementación de prácticas que apoyen el modelo de puertas abiertas en las UCI. Los hallazgos subrayaron que este tipo de iniciativas pueden mejorar no solo el bienestar emocional de los pacientes, sino también la relación entre los familiares y el personal de salud.

Los estudios como los de Secunda y Kruser (2022) y Kotfis et al. (2022) respaldaron la implementación de enfoques proactivos y centrados en el paciente en las UCI. Estos estudios resaltaron cómo la participación familiar en las decisiones de cuidado, junto con estrategias preventivas como el manejo temprano del delirium, puede mejorar significativamente los resultados clínicos y la experiencia general en la UCI. Además, el uso del Patient Dignity Inventory (PDI), según Mergler et al. (2022), demostró ser una herramienta eficaz para evaluar el malestar relacionado con la dignidad en pacientes críticos, lo que facilitó la implementación de intervenciones más personalizadas y respetuosas en las UCI.

En conjunto, los resultados de los estudios revisados señalaron que, si bien la implementación de políticas de puertas abiertas en las UCI presenta desafíos, también ofrece oportunidades significativas para mejorar la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes y sus familias. La clave para el éxito radica en una adecuada planificación, capacitación del personal y un enfoque flexible que tenga en cuenta las necesidades

emocionales, psicológicas y físicas de los pacientes.

Tema 3: Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas

Los resultados obtenidos en este estudio subrayan el impacto positivo que tiene la implementación de la UCI de puertas abiertas en el bienestar emocional y psicológico tanto de los pacientes como de sus familiares. Diversas investigaciones han demostrado que esta práctica, orientada a humanizar el entorno altamente técnico de las unidades de cuidados intensivos, contribuye significativamente a mejorar la experiencia general de atención, reduciendo la ansiedad y el estrés de todos los involucrados.

Uno de los estudios más relevantes fue el de Nascimento (2021), que destacó la importancia de integrar tecnologías blandas en el cuidado de enfermería dentro de las UCIs. Estas tecnologías, que incluyen la empatía, la comunicación y el respeto por la dignidad del paciente, facilitaron un enfoque más holístico, en el que tanto los pacientes como sus familiares se sintieron más valorados y comprendidos. La aplicación de estos enfoques generó una atención más personalizada, que no solo mejoró los resultados clínicos, sino que también proporcionó un apoyo emocional crucial para los familiares.

Asimismo, Basile et al. (2021) subrayaron cómo las interacciones entre pacientes, familiares y personal de la UCI fueron claves para humanizar la experiencia en el entorno crítico. El estudio demostró que comportamientos como la empatía y el respeto influyeron de manera directa en la percepción que los pacientes y sus familiares tenían sobre la atención recibida, lo que contribuyó a un entorno más humano y redujo la sensación de despersonalización que a menudo se experimenta en las UCIs.

El enfoque centrado en la familia también resultó ser un componente crucial en la mejora del bienestar emocional de los pacientes y sus familiares, como indicaron Secunda y Kruser (2022). Al incluir a las familias en el proceso de toma de decisiones y en la atención

directa, se logró un ambiente más personalizado que no solo beneficiaba a los pacientes, sino que también reducía el estrés y la ansiedad de los familiares. Este tipo de cuidado facilitó una experiencia menos traumática, ayudando a las familias a sentirse más incluidas y respetadas en el proceso de atención.

Gonçalves et al. (2024) analizaron la percepción de las madres sobre la política de puertas abiertas en la UCI neonatal. El acceso constante a sus bebés fue un factor determinante para reducir la ansiedad materna y fortalecer el vínculo entre madre e hijo. Si bien este enfoque presentó beneficios emocionales importantes, el estudio también destacó los desafíos logísticos y emocionales que acompañan la implementación de esta política, como la necesidad de equilibrar el bienestar emocional de los padres con las demandas del equipo de salud y la atención directa a los neonatos.

Por su parte, Sánchez et al. (2023) resaltaron la importancia de la humanización en la atención sanitaria. Al priorizar la dignidad y el contexto personal de los pacientes, se lograron beneficios tangibles en el bienestar emocional tanto de los pacientes como de sus familias. Este enfoque integral, centrado en la persona, promovió una experiencia más respetuosa y compasiva, lo que fue clave para reducir el impacto psicológico negativo asociado a la hospitalización en UCI.

Otro estudio destacado fue el de Dall'Oglio et al. (2022), que abordó el enfoque de atención centrada en la familia en las unidades de cuidados intensivos neonatales. La participación activa de los padres en el cuidado de los recién nacidos no solo mejoró la calidad de la atención, sino que también contribuyó a un entorno más solidario y comprensivo para las familias. Este enfoque integrador permitió que las familias sintieran un mayor control y apoyo durante la hospitalización de sus hijos, lo que benefició significativamente su bienestar emocional y psicológico.

Iglesias et al. (2022) analizaron el impacto psicológico de la experiencia en UCI tanto

para pacientes como para familiares, destacando las altas tasas de ansiedad y depresión entre los seres queridos de los pacientes. Este estudio identificó a los "familiares vulnerables" como aquellos que requerían intervenciones preventivas adicionales para mitigar el impacto emocional de la hospitalización en UCI. Al proporcionar un apoyo emocional más estructurado y personalizado, los hospitales podrían ofrecer una experiencia menos traumática para las familias, mejorando el bienestar general de todos los involucrados.

El estudio de Hume (2020) abordó las implicaciones emocionales del delirium en los pacientes y sus familias. Este trastorno puede llevar a experiencias de violencia y pérdida emocional, lo que subraya la necesidad de un enfoque más compasivo y centrado en el paciente. Los resultados indicaron que la falta de empatía y atención adecuada agravaba la angustia tanto en pacientes como en familiares. Por lo tanto, se propusieron estrategias para mejorar la atención en estos casos, con el objetivo de proporcionar una experiencia más humanizada en el entorno crítico.

Anderson y Zar (2020) también examinaron cómo la pandemia de COVID-19 afectó las interacciones familiares en las UCIs, destacando el impacto del aislamiento en el bienestar emocional de los pacientes. La falta de contacto con familiares exacerbó el sufrimiento de los pacientes, lo que refuerza la importancia de desarrollar estrategias que permitan una atención más centrada en el paciente y que favorezca el bienestar de sus familias, incluso en tiempos de crisis.

Por último, Herridge y Azoulay (2023) abordaron las secuelas físicas, psicológicas y sociales de los pacientes tras su estancia en la UCI. Los resultados subrayaron la importancia de un seguimiento continuo y un apoyo a largo plazo para los pacientes y sus familias. Se identificaron desafíos significativos en la recuperación física y emocional, lo que destacó la necesidad de mejorar las estrategias de atención post-UCI para proporcionar beneficios duraderos en el bienestar de los pacientes y sus seres queridos.

En conclusión, los resultados de estos estudios señalaron que la implementación de una UCI de puertas abiertas tiene un impacto positivo y significativo en el bienestar emocional y psicológico de pacientes y familiares. Las políticas de puertas abiertas, junto con una atención más personalizada y centrada en la familia, facilitan un entorno más humanizado que no solo mejora los resultados clínicos, sino que también reduce la ansiedad y el estrés asociados con la hospitalización en entornos críticos.

5. DISCUSIÓN

La atención humanizada en las Unidades de Cuidados Intensivos es fundamental para ofrecer un entorno que no solo aborde las necesidades clínicas de los pacientes, sino también sus necesidades emocionales y las de sus seres queridos. A través del análisis de la literatura y de los resultados obtenidos, se identificaron varios aspectos clave que influyen en la adopción de este modelo, especialmente en tiempos de crisis como la pandemia de COVID-19, y se delinearon factores que facilitan o dificultan su implementación.

Una de las barreras más relevantes para la adopción de un modelo de UCI de puertas abiertas es la organización interna y las limitaciones operativas que enfrentan las unidades de cuidados intensivos. El entorno de la UCI está diseñado para priorizar la atención técnica y la seguridad del paciente, lo que a menudo crea un espacio altamente controlado y con acceso restringido. Estas características, si bien son fundamentales para garantizar la estabilidad de los pacientes críticos, dificultan la integración de los familiares en el proceso de atención, limitando el apoyo emocional que podrían proporcionar. La sobrecarga de trabajo del personal de enfermería, la falta de recursos y la presión para cumplir con protocolos estrictos son factores que continúan siendo una barrera significativa para humanizar la atención, a pesar del reconocimiento general de su importancia.

Otro obstáculo notable identificado es el agotamiento del personal de salud, que afecta directamente su capacidad para implementar estrategias humanizadas como el modelo de

puertas abiertas. La alta demanda de trabajo, sumada al estrés emocional inherente a la atención en UCI, crea un ambiente en el que los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, tienen dificultades para ofrecer un cuidado centrado en el paciente que incluya la participación de los familiares. Este agotamiento, exacerbado durante la pandemia de COVID-19, resalta la necesidad de implementar medidas de apoyo para el personal de salud que permitan aliviar su carga laboral y emocional. Programas que promuevan el bienestar de los profesionales pueden facilitar un entorno más propicio para la humanización del cuidado.

La pandemia, además, trajo consigo un contexto único que agudizó las barreras ya existentes. Las restricciones en las visitas familiares, impuestas para prevenir la propagación del virus, incrementaron el aislamiento de los pacientes y la angustia de sus seres queridos. Esta separación forzada demostró los efectos psicológicos negativos que puede tener la falta de contacto familiar en situaciones críticas. Tanto pacientes como familiares experimentaron altos niveles de ansiedad y estrés, lo que subraya la necesidad de reconsiderar el equilibrio entre la protección sanitaria y el bienestar emocional en tiempos de crisis. A pesar de la necesidad de mantener medidas de seguridad, es evidente que las políticas de puertas abiertas podrían mitigar parte de este sufrimiento si se implementan de manera segura y adecuada, incluso durante emergencias sanitarias.

Por otro lado, uno de los aspectos que facilita la adopción del modelo de UCI de puertas abiertas es el reconocimiento creciente de que la participación de los familiares en el proceso de atención tiene un impacto positivo tanto en la experiencia de los pacientes como en su bienestar emocional. Los estudios han mostrado que la presencia de familiares contribuye a una mayor percepción de seguridad y apoyo en los pacientes, lo que puede mejorar su estado emocional durante la estancia en la UCI. Asimismo, el acceso constante a sus seres queridos permite a las familias tener una mejor comprensión del estado clínico del paciente y de las decisiones médicas, lo que reduce su ansiedad y les otorga un mayor sentido de control en una

situación que suele generar impotencia.

Sin embargo, la implementación de un modelo de puertas abiertas no está exenta de desafíos logísticos. Es necesario garantizar que el acceso constante de los familiares no interfiera con los procedimientos médicos ni con la seguridad del paciente. Por ello, la formación y educación tanto del personal como de las familias son esenciales para que el proceso funcione de manera efectiva. Involucrar a los familiares en el cuidado del paciente puede requerir un cambio cultural en la forma en que los profesionales de la salud gestionan la UCI, además de un esfuerzo conjunto para coordinar y comunicar de manera eficaz las expectativas y límites de esta política.

Asimismo, la creación de un entorno físico adecuado también juega un papel importante. La infraestructura de la UCI debe adaptarse para ofrecer espacios que promuevan la intimidad y el confort, al mismo tiempo que mantengan la eficiencia operativa. La planificación de áreas donde los familiares puedan estar cerca de los pacientes sin interrumpir las actividades del personal es un factor clave para lograr un equilibrio entre la atención técnica y la humanización del entorno.

Otro aspecto relevante es el impacto que este modelo tiene en la recuperación y el bienestar a largo plazo de los pacientes. Se ha demostrado que los pacientes que reciben atención en un entorno más humanizado, con acceso regular a sus familiares, experimentan una menor incidencia de trastornos psicológicos, como el estrés postraumático, después de su alta. Esta evidencia sugiere que, al promover un ambiente más empático y colaborativo, no solo se mejora la experiencia del paciente durante su estancia en la UCI, sino que también se contribuye a una recuperación más integral y menos traumática.

En cuanto a las implicaciones para los familiares, el modelo de UCI de puertas abiertas también ha mostrado beneficios significativos en su bienestar emocional. La participación en el proceso de atención no solo les otorga una mayor sensación de control y participación en el

cuidado de su ser querido, sino que también les permite enfrentar de mejor manera la ansiedad y el estrés que suele acompañar a la hospitalización en cuidados intensivos. Al reducir la incertidumbre y mejorar la comunicación entre el equipo de salud y las familias, este modelo crea una experiencia menos traumática para todos los involucrados.

En conclusión, aunque la implementación del modelo de UCI de puertas abiertas presenta barreras importantes, como la sobrecarga de trabajo del personal, el agotamiento y las limitaciones organizacionales, los beneficios tanto para los pacientes como para sus familiares son innegables. Con una adecuada planificación, capacitación del personal y apoyo emocional a los profesionales de la salud, este modelo tiene el potencial de transformar la atención en UCI, promoviendo una mayor humanización del cuidado y mejorando significativamente el bienestar emocional y psicológico de todos los involucrados.

6. CONCLUSIONES

Uno de los hallazgos principales es que la inclusión de los familiares en el proceso de atención tiene un impacto significativo en el bienestar emocional tanto de los pacientes como de sus seres queridos. La presencia constante de la familia no solo proporciona apoyo emocional, sino que también promueve una mejor comprensión de las decisiones clínicas y un sentido de participación activa en el cuidado, lo que reduce el estrés y la ansiedad que comúnmente experimentan en estos contextos.

Sin embargo, la implementación de este modelo no está exenta de barreras. Entre los principales obstáculos se encuentran la sobrecarga laboral del personal de enfermería, el agotamiento profesional y las limitaciones organizacionales en las UCI. La pandemia de COVID-19 exacerbó estas dificultades, ya que las restricciones impuestas para prevenir la propagación del virus aislaron a los pacientes de sus familias, lo que resultó en un aumento del estrés emocional tanto para los pacientes como para sus familiares. Este escenario subraya la importancia de encontrar un equilibrio entre la protección sanitaria y la necesidad de apoyo

emocional, incluso en situaciones de crisis.

Otro factor clave identificado en el estudio es la necesidad de adaptar la infraestructura y las políticas de las UCI para facilitar la implementación de este modelo. La reconfiguración del espacio y el desarrollo de protocolos que regulen la participación de los familiares son esenciales para garantizar que su presencia no interfiera con los cuidados médicos ni con la seguridad del paciente. Además, es fundamental proporcionar formación tanto al personal de salud como a las familias para optimizar la colaboración y asegurar que todos comprendan sus roles y responsabilidades dentro de este nuevo enfoque de atención.

El modelo de UCI de puertas abiertas también ha mostrado beneficios a largo plazo. Los pacientes que reciben una atención más humanizada, con el apoyo de sus familiares, experimentan una menor incidencia de trastornos psicológicos, como el estrés postraumático, después de su alta. Esto sugiere que este enfoque no solo mejora la experiencia durante la estancia en la UCI, sino que también contribuye a una recuperación más integral y menos traumática.

El modelo de UCI de puertas abiertas es una estrategia eficaz para mejorar la humanización del cuidado en las unidades de cuidados intensivos. A pesar de los desafíos organizacionales y emocionales que presenta, los beneficios para el bienestar emocional y psicológico de los pacientes y sus familias son sustanciales. La clave para su éxito radica en la capacitación del personal, la adaptación de la infraestructura y el apoyo continuo tanto a los profesionales de salud como a las familias. Este enfoque transformador tiene el potencial de mejorar significativamente la calidad de la atención en UCI, promoviendo una mayor empatía, comunicación y colaboración en el cuidado de los pacientes críticamente enfermos.

7. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda adoptar un enfoque integral para implementar el modelo de UCI de puertas abiertas, promoviendo la humanización del

cuidado. En primer lugar, es esencial que las instituciones de salud desarrollen políticas claras y protocolos estandarizados que faciliten la participación de los familiares en el cuidado de los pacientes, respetando sus derechos y garantizando su bienestar emocional. Estas políticas deben ser flexibles y adaptarse a las características particulares de cada UCI.

Asimismo, es fundamental fortalecer la formación continua del personal de salud, especialmente de enfermería, en la gestión emocional y la comunicación efectiva con los pacientes y sus familias. La capacitación debe incluir habilidades en empatía, manejo del estrés y estrategias de cuidado humanizado, para mitigar el impacto emocional tanto en los pacientes como en los profesionales.

Además, se sugiere mejorar la infraestructura de las UCIs, creando entornos más acogedores que permitan una mayor interacción entre los pacientes y sus familiares sin comprometer la seguridad ni la calidad de la atención. Esto incluye la adaptación de los espacios físicos para facilitar el acceso controlado de los familiares.

Finalmente, se recomienda implementar programas de apoyo psicológico para los familiares y el personal de salud, con el fin de reducir los niveles de ansiedad y burnout. Estos programas contribuirían a crear un entorno más equilibrado, mejorando la experiencia de los pacientes y sus familias, al tiempo que se promueve el bienestar del personal de salud involucrado en el proceso de atención crítica.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, J. B., & Puntillo, K. A. (2020). *Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Critical Care Medicine*, 48(1), 1-23. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Schwartz, A. C., Dunn, S. E., Simon, H. F. M., Velasquez, A., Garner, D., & Kaslow, N. J. (2022). Making family-centered care for adults in the ICU a reality. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 837708. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.837708>

- Happ, M. B. (2021). Giving voice: Nurse-patient communication in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 30(4), 256–265. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021666>
- Kean, L., & Milner, K. A. (2020). Implementation of open visitation in an adult intensive care unit: an evidence-based practice quality improvement project. *Critical Care Nurse*, 40(2), 76-79. <https://doi.org/10.4037/ccn2020661>
- Calderone, A., Debay, V., & Goldfarb, M. J. (2022). Family presence on rounds in adult critical care: A scoping review. *Critical Care Explorations*, 4(11), e0787. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000787>
- Milner, K. A., Marmo, S., & Goncalves, S. (2021). Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit: A multicentre qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102927. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102927>
- Asadi, N., & Salmani, F. (2024). The experiences of the families of patients admitted to the intensive care unit. *BMC Nursing*, 23, 430. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02103-8>
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (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>
- Sasidharan, S., & Dhillon, H. S. (2021). Intensive care unit stress and burnout among health-care workers: The wake-up call is blaring! *Indian Journal of Psychiatry*, 63(6), 606–609. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_464_21

- Kvande, M. E., Angel, S., & Nielsen, A. H. (2021). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Health: An Interdisciplinary Journal*, 29(2), 498–510. <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>
- Milner, K. A., Marmo, S., & Goncalves, S. (2020). Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit: A multicentre qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102927. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102927>
- Calderone, A., Debay, V., & Goldfarb, M. J. (2022). Presencia familiar en rondas de cuidados intensivos para adultos: una revisión exploratoria. *Critical Care Explorations*, 4(11), e0787. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000787>
- Ceballos Palomera, Y. (2022). Análisis de factores influyentes en el cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos durante la pandemia por COVID-19: Revisión sistemática (Tesis de máster). Universidad de Cantabria. https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25492/2022_CeballosY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista de Medicina Clínica*, 62, 219. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
- Balón Lázaro, F. de L., Pincay Pinargote, J. A., & Alarcón Dalgo, C. M. de L. A. (2015). Rol de la enfermera en cuidados intensivos desde un enfoque humanizado. *Revista de Investigación en Cuidados de Salud*, 3(6), 2015-2037. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)2015-2037](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)2015-2037)
- Pabón-Martínez, B. A., Rodríguez-Pulido, L. I., & Henao-Castaño, A. M. (2021). La familia en la prevención del delirium en la unidad de cuidados intensivos: Scoping review. *Enfermería Intensiva*, 32(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.01.003>

- Milner, K. A., Marmo, S., & Goncalves, S. (2021). Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit: A multicentre qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102927. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102927>
- Kvande, M. E., Angel, S., & Nielsen, A. H. (2021). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 498–510. <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Khalil, H., Peters, M., Godfrey, C., Mcinerney, P., Soares, C., & Parker, D. (2016). An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. *Worldviews on evidence-based nursing*, 13(2), 118–123. <https://doi.org/10.1111/WVN.12144>
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. (2014). Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(12), 1291-1294. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>

- Peters, M. D. J., Marnie, C., Colquhoun, H., Garritty, C. M., Hempel, S., Horsley, T., Langlois, E. V., Lillie, E., O'Brien, K. K., Tunçalp, Ö., Wilson, M. G., Zarin, W., & Tricco, A. C. (2021). Scoping reviews: Reinforcing and advancing the methodology and application. *Systematic Reviews*, 10(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01821-3>
- Vaeza, N., Delgado, M. C., & La Calle, G. H. (2020). Humanizing intensive care: Toward a human-centered care ICU model. *Critical Care Medicine*, 48(3), 385-390. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004191>
- Aldeana Muniz de Sousa, C., Maciel, S. M., Fernandes, O. da S., Siqueira, L. S., & Monari, F. F. (2020). Cuidado humanizado no contexto da unidade de terapia intensiva: compreensão da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 9, e10047. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1369696>
- Azoulay, É., Curtis, J. R., & Kentish-Barnes, N. (2021). Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. *Intensive Care Medicine*, 47(2), 230-233. doi: 10.1007/s00134-020-06319-5
- Kentish-Barnes, N., Degos, P., Viau, C., Pochard, F., & Azoulay, É. (2021). “It was a nightmare until I saw my wife”: the importance of family presence for patients with COVID-19 hospitalized in the ICU. *Intensive Care Medicine*, 47(7), 792–794. doi: 10.1007/s00134-021-06411-4
- Gajic, O., & Anderson, B. D. (2019). “Get to Know Me” Board. *Critical Care Explorations*, 1(8), e0030. doi: 10.1097/CCE.0000000000000030
- Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L. (2021). Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A

Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11432. doi: 10.3390/ijerph182111432

Carnevale, F. A. (2020). Moral distress in the ICU: it's time to do something about it! *Internal and Emergency Medicine*, 15(5), 789-797. doi: 10.23736/S0375-9393.19.14021-7

Arnaiz Arnaiza, V., Esteban Galbete, M. T., Olaechea Astigarraga, P. M., & Legarreta Olabarrieta, M. J. (2020). Escuchando a profesionales, pacientes y familiares: Estudio sobre el régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 44(4), 220-228. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.11.004>

Azoulay, É., Kentish-Barnes, N., Boulanger, C., Mistràletti, G., van Mol, M., Heras-La Calle, G., Estenssoro, E., Vernon van Heerden, P., Martin Delgado, M.-C., Perner, A., Arabi, Y. M., Myatra, S. N., Laake, J. H., De Waele, J. J., Darmon, M., & Cecconi, M. (2024). Family centeredness of care: a cross-sectional study in intensive care units part of the European society of intensive care medicine. *Annals of Intensive Care*. <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-024-01307-0>

Ahmad, S. R., Rhudy, L., Fogelson, L. A., LeMahieu, A. M., Barwise, A. K., Gajic, O., & Karnatovskaia, L. V. (2023). Humanizing the Intensive Care Unit: Perspectives of Patients and Families on the Get to Know Me Board. *Journal of Intensive Care Medicine*. doi: 10.1177/23743735231201228

Jardes, J. A. de, Campos, D. da S., Santos, M. F. dos, Fernandes, A. M. M., Fernandes, C. de M. M., Prado, K. da S. C., Ferreira, É. de P., & Moraes, M. N. de. (2023). Política nacional de humanização nas ações do acolhimento dos profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva / National humanization policy in welcoming healthcare

professionals in intensive care units. *Pesquisa Brasileira em Saúde*, 23(1), 45-59.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1525878>

Blanco Ávila, L. J. V. C. (2019). *Protocolo de ingreso del paciente y su familia a la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario Nacional*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76223/Trabajo%20Final%20Mayo%202019.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

Law, A. C., Roche, S., Reichheld, A., Folcarelli, P., Cocchi, M. N., Howell, M. D., Sands, K., & Stevens, J. P. (2019). Failures in the Respectful Care of Critically Ill Patients. *Journal of Clinical Quality and Patient Safety*, 45(6), 435-442. doi: 10.1016/j.jcjq.2018.05.008

Velasco Bueno, J. M., & Heras La Calle, G. (2020). Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 135-147. doi: 10.1016/j.cnc.2020.02.001

Hoad, N., Swinton, M., Takaoka, A., Tam, B., Shears, M., Waugh, L., Toledo, F., Clarke, F. J., Duan, E. H., Soth, M., & Cook, D. J. (2020). Fostering humanism: a mixed methods evaluation of the Footprints Project in critical care. *BMJ Open*. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029810

Secunda, K. E., & Kruser, J. M. (2022). Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 50(8), 1117-1124. doi: 10.1016/j.ccm.2022.05.008

Kotfis, K., van Diem-Zaal, I., Roberson, S. W., Sietnicki, M., van den Boogaard, M., Shehabi, Y., & Ely, E. W. (2022). The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Critical Care*, 26(1), 113. doi: 10.1186/s13054-022-04077-y

- Nascimento, F. J. do. (2021). Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1343508>
- Basile, M. J., Rubin, E., Wilson, M. E., Polo, J., Jacome, S. N., Brown, S. M., Heras La Calle, G., Montori, V. M., & Hajizadeh, N. (2021). Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. *Critical Care Explorations*, 3(4), e0463. doi: 10.1097/CCE.0000000000000463
- Kruser, J. M. (2022). Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. *Clinics in Chest Medicine*, 43(3), 539-550. doi: 10.1016/j.ccm.2022.05.008
- Gonçalves, G. H., Gazola, M., Batista, N. T., Farinha, F. T., Souza, J. A., Razera, A. P., Matiole, C. R., & Trettene, A. dos S. (2024). Percepção de mães sobre a visitação aberta na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1553851>
- Sánchez-Alfaro, L. A., Carmona-González, Y., Silva-Pinilla, Y. D., García-Revilla, J. M., González-Barrero, J. A., Hernández-López, E. M., Palacios-González, J. A., & Amaya, A. (2022). Effect of Open Visitation Policies on Patient and Family Satisfaction in Intensive Care Units: A Systematic Review. *Health Services Research & Managerial Epidemiology*, 9. doi: 10.1177/233333928221117530
- Dall'Oglio, I., Mascolo, R., Portanova, A., Ragni, A., Amadio, P., Fiori, M., Tofani, M., Gawronski, O., Piga, S., Rocco, G., Tiozzo, E., & Latour, J. M., On Behalf Of The Fcc Italian NICUs Study Group. (2022). Staff perceptions of family-centered care in Italian

neonatal intensive care units: A multicenter cross-sectional study. *Children*, 9(9), 1401.

<https://doi.org/10.3390/children9091401>

Iglesias, J., Martín, J., Alcañiz, M., Ezquiaga, E., & Vega, G. (2022). The Psychological Impact on Relatives of Critically Ill Patients: The Influence of Visiting Hours. *Critical Care Explorations*, 4(3), e0625. doi: 10.1097/CCE.0000000000000625

Hume, V. J. (2020). Delirium in intensive care: violence, loss and humanity. *Medical Humanities*, 46(2), 155-161. doi: 10.1136/medhum-2020-011908

Anderson-Shaw, L. K., & Zar, F. A. (2020). COVID-19, Moral Conflict, Distress, and Dying Alone. *Journal of Bioethical Inquiry*, 17(4), 615-621. doi: 10.1007/s11673-020-10040-9

Herridge, M. S., & Azoulay, É. (2023). Outcomes after Critical Illness. *New England Journal of Medicine*, 389(2), 101-113. doi: 10.1056/NEJMr2104669

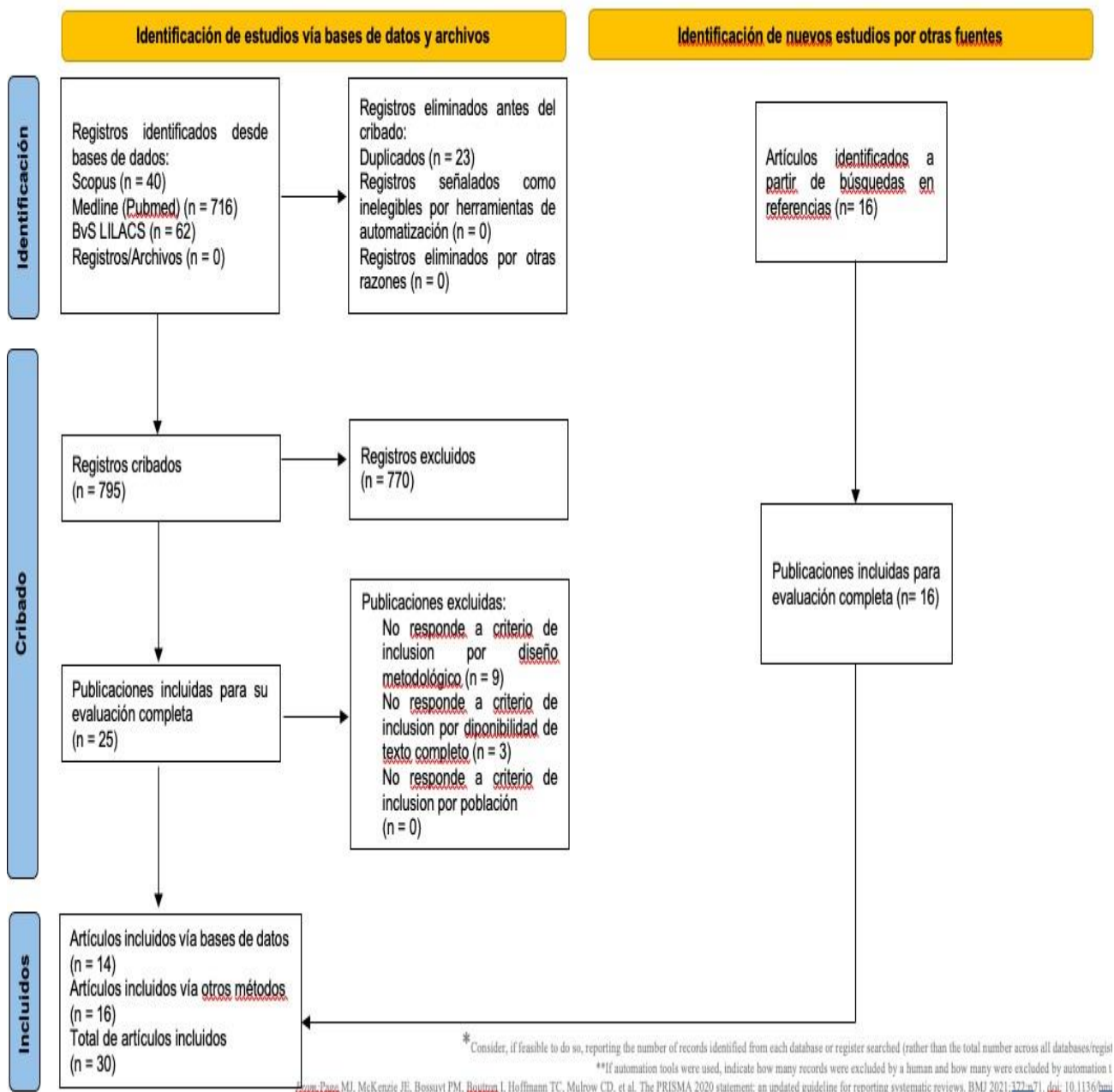
Masot, O., & Selva Pareja, L. (2020). *Guía para el desarrollo de una revisión sistematizada de la literatura: metodología paso a paso*. Universitat de Lleida. <http://hdl.handle.net/10459.1/83796>

ANEXOS

ANEXO 1. PALABRAS CLAVES Y ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Base de datos	Palabras claves utilizadas	Estrategias de búsqueda	Resultados
Pubmed	(Intensive Care Units) AND (Humanization)	((("intensive care units"[MeSH Terms] OR ("intensive"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "units"[All Fields]) OR "intensive care units"[All Fields]) AND ("humane"[All Fields] OR "humanely"[All Fields] OR "humaneness"[All Fields] OR "humanism"[MeSH Terms] OR "humanism"[All Fields] OR "humanities"[MeSH Terms] OR "humanities"[All Fields] OR "humanity"[All Fields] OR "humanity s"[All Fields] OR "humanization"[All Fields] OR "humanize"[All Fields] OR "humanizes"[All Fields] OR "humanizing"[All Fields] OR "humanness"[All Fields])) AND ((ffrft[Filter]) AND (2019:2024[pdat]))	716
Scopus	(Intensive Care Units) AND (Humanization)	(TITLE-ABS-KEY (humanization) AND TITLE-ABS-KEY (intensive AND care AND units)) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	40
BVS	(Humanización de la atención) AND (Unidades de cuidados intensivos)	(humanización de la atención) AND (unidades de cuidados intensivos) AND (fulltext:("1")) AND (year_cluster:[2019 TO 2024])	62
TOTAL			818

ANEXO 2. DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA



ANEXO 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS

Nº artículo	Autor(es), año de publicación	País	Tipo de estudio / diseño	Escenario de estudio	Tipo de pacientes	Característica
1	Aldeana Muniz de Sousa, C., et al. (2020)	Brasil	Descriptivo-exploratorio-cualitativo	UCI Hospital de Imperatriz	Adultos	Barreras en la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
2	Arnaiz et al., (2020)	España	Descriptivo	UCI Hospital de Galdakao-Usánsolo	Adultos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
3	Azoulay, É., et al. (2024)	España	Transversal	UCI Sociedad Europea de Medicina Intensiva	Adultos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
4	Nascimento, F. J. do. (2021)	Brasil	Revisión Sistemática	UCI y Tecnologías	Familia	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
5	Ahmad, S. R., et al. (2023)	Estados Unidos	Cualitativo-prospectivo	Congreso de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos	Adultos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
6	Basile, M. J., et al. (2021)	Brasil	Cualitativo	UCIA	Adultos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
7	Secunda, K. E., y Kruser, J. M. (2022)	Estados Unidos	Cualitativo	UCIA	Adultos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
8	Gonçalves, G. H., et al. (2024)	Brasil	Descriptivo-cualitativo	Hospital de Maternidad	Adultos - Neonatos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
9	Hirshberg, E. L., et al. (2020)	España	Cualitativo	UCIA	Adultos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
10	Jardes, A. F. Junior, et al. (2023)	Brasil	Revisión Sistemática	UCIA	Adultos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
11	Blanco Ávila, D. M. (2019)	Colombia	Cuantitativo	UCIA	Adultos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
12	Sánchez-Alfaro, L. A., et al. (2023)	Colombia	Cualitativo	UCIA en Bogotá y Cartagena	Adultos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
13	Dall'Oglio, I., et al. (2022)	Italia	Observación al-multicéntrico-transversal	UCIN	Neonatos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas

14	Iglesias, J., et al. (2022)	España	Cohorte	UCIA	Adultos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
15	Azoulay, É., et al. (2021)	Alemania	Estudio clínico controlado aleatorizado	UCIA	Adultos	Barreras en la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
16	Ley, A. C., et al. (2019)	Estados Unidos	Cualitativo	UCIA	Adultos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
17	Hume, V. J. (2020)	Reino Unido	Revisión de literatura	UCIA	Adultos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
18	Kentish-Barnes, N., et al. (2021)	Francia	Cualitativo	UCIN	Neonatos	Barreras en la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
19	Anderson-Shaw, L. K., y Zar, F. A. (2020)	Estados Unidos	Cualitativo	UCIA	Adultos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
20	Ely, E. W. (2021)	Estados Unidos	Cualitativo	UCIA	Adultos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
21	Velasco Bueno, J. M., y Heras La Calle, G. (2020)	España	Revisión de literatura	UCI	Adultos - neonatos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
22	Hoad, N., Swinton, M., et al. (2020)	Canadá	Mixto	UCI	Adultos - neonatos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
23	Herridge, M. S., y Azoulay, É. (2023)	Canadá y Francia	Revisión de literatura	UCIA	Adultos	Impacto en el bienestar del paciente y la familia en la UCI de puertas abiertas
24	Secunda, K. E., y Kruser, J. M. (2022)	Estados Unidos	Revisión literatura	UCI	Adultos - neonatos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
25	Scheuneman, L. P., et al. (2020)	Estados Unidos	Análisis cualitativo	UCIA	Adultos	Barreras en la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
26	Kotfis, K., et al. (2022)	Multicéntrico	Revisión de literatura	UCIA	Adultos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
27	Mergler, B. D., et al. (2022)	Estados Unidos	Mixto	UCIA	Adultos	Factores facilitadores para la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
28	Gajic, O., y Anderson, B. D. (2019)	Estados Unidos	Cuantitativo	UCIA	Adultos	Barreras en la implementación del

						Modelo de UCI de puertas abiertas
29	Ramírez-Elvira, S., et al. (2021)	España	Revisión sistemática y meta-análisis	UCIA	Adultos	Barreras en la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas
30	Carnevale, F. A. (2020)	Canadá	Cualitativo	UCIA	Adultos	Barreras en la implementación del Modelo de UCI de puertas abiertas