



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado.**

### **Título:**

**CuidARTE en pandemia**

**Un protocolo de revisión sistemática sobre los cuidados  
humanizados en pandemia en las unidades de cuidados  
intensivos**

**Alumno:** Elena Ferrera Paredes.

**Director:** Jesús Muñoz Muñoz.

**Madrid, mayo de 2023.**



# Índice

Índice de tablas.....	5
Índice de figuras.....	5
Glosario de abreviaturas.....	7
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Presentación.....	11
Agradecimientos.....	12
1. Estado de la cuestión.....	13
1.1 Introducción.....	13
1.2 Coronavirus.....	13
Definición.....	13
Transmisión.....	13
Síntomas.....	14
Detección de antígenos/anticuerpos.....	15
Tratamientos.....	15
Olas desde 2020 hasta ahora.....	16
Secuelas.....	21
Prevención.....	22
1.3 Humanización.....	22
Concepto.....	22
Jose Carlos Bermejo Higuera.....	23
Cómo medir la atención humanizada.....	23
Elementos humanizables.....	24
1.4 Unidad de cuidados intensivos.....	25
Descripción de la planta.....	25
¿Cómo es el trabajo en la UCI?.....	26
Muertes en la UCI.....	26
1.5 Aspectos éticos.....	28
Principios de bioética de Beauchamp y Childress.....	28
Adela Cortina, ética mínima.....	29

Aspectos éticos en situaciones de pandemia.....	29
2. Justificación .....	31
3. Metodología .....	33
3.1 Objetivos e hipótesis .....	33
Objetivo general.....	33
Objetivos específicos.....	33
3.2 Pregunta de revisión .....	33
3.3 Criterios metodológicos.....	34
Criterios de inclusión .....	34
Criterios de exclusión .....	34
3.4. Metodología.....	34
Estrategia de búsqueda.....	34
Selección de estudios.....	36
Evaluación crítica.....	37
Extracción de datos .....	38
Síntesis de resultados .....	39
3.5. Limitaciones del estudio .....	43
3.6. Cronogramas.....	44
Cronograma total.....	44
Cronograma de la metodología .....	45
3.7 Protocolo de actuación en UCI en tiempos de pandemia .....	46
4. Bibliografía .....	49
Anexos .....	53
Anexo I. Ítems escala HUMAS .....	54
Anexo II. Diagrama de flujo de la selección de los artículos.....	55
Anexo III. Infografía protocolo CuidARTE en pandemia .....	56

## Índice de tablas

Tabla 1. Palabras clave.....	13
Tabla 2. Síntomas por infección COVID-19.....	14
Tabla 3. Síntomas más graves de la COVID-19.....	14
Tabla 4. Olas de la pandemia producida por COVID-19.....	16
Tabla 5. Secuelas producidas por la COVID-19.....	21
Tabla 6. Ítems escala HUMAS.....	55
Tabla 7. Morbilidad y mortalidad en UCI por edad y sexo.....	27
Tabla 8. Comorbilidades en la UCI.....	27
Tabla 9. Resultados de búsqueda en las bases de datos.....	35
Tabla 10. Análisis de resultados de búsqueda en EBSCO.....	36
Tabla 11. Análisis de resultados de búsqueda en PubMed.....	36
Tabla 12. Análisis de resultados de búsqueda en Dialnet.....	36
Tabla 13. Análisis de resultados de búsqueda en SciELO.....	36
Tabla 14 Síntesis de resultados.....	39-40

## Índice de figuras

Figura 1. Supervivencia ante contagios vs Muertes en la primera ola.....	17
Figura 2. Supervivencia ante contagios vs Muertes en la segunda ola.....	17
Figura 3. Supervivencia ante contagios vs Muertes en la tercera ola.....	18
Figura 4. Supervivencia ante el contagio vs Muertes en la cuarta ola.....	18
Figura 5. Supervivencia ante el contagio vs Muertes en la quinta ola.....	19
Figura 6. Supervivencia ante el contagio vs Muertes en la sexta ola.....	19
Figura 7. Evolución de la pandemia desde marzo de 2020 hasta la actualidad.....	20
Figura 8. Actividades del protocolo “CuidARTE en pandemia”.....	33
Figura 9. Proceso de selección de artículos para revisión sistemática.....	55
Figura 10. Infografía protocolo.....	56



## Glosario de abreviaturas

Significado	Siglas
Accidente Cerebrovascular	ACV
Centro de Atención Primaria	CAP
Difusión Pulmonar del Monóxido de Carbono	DLCO
Diabetes Mellitus	DM
Estados Unidos	EEUU
Enfermedad de Kawasaki	EK
Equipo de Protección Individual	EPI
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	EPOC
Hipertensión Arterial	HTA
Healthcare Professional Humanization Scale	HUMAS
Inmunoglobulina G	IgG
Inmunoglobulina M	IgM
Organización Mundial de la Salud	OMS
Reacción en Cadena de la Polimerasa	PCR
Púrpura Trombocitopénica Inmune	PTI
Tromboembolismo Venoso	TEV
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI



## Resumen

**Introducción:** el coronavirus es una enfermedad respiratoria la cual, en marzo de 2020 dio lugar a una pandemia mundial. Durante los tres años vividos de pandemia se han producido miles de muertes y muchos más contagios. Las restricciones de la UCI llevaron consigo a una deshumanización de los cuidados que se ofrecen a los pacientes ingresados en estas unidades. Gracias a este proyecto se podrá ver como ante situaciones desafortunadas podemos ser creativos humanizando lo deshumanizado.

**Objetivo:** el objetivo general de esta revisión sistemática es la realización de un protocolo de actuación hacia una nueva posible pandemia, en el cual se desarrollan cuidados humanizados y el uso de nuevas técnicas. Con este protocolo lo que se intenta es ayudar a los equipos sanitarios para que puedan desempeñar un cuidado mucho más humanizado que en la pandemia vivida en 2020.

**Metodología:** se realiza una revisión sistemática de los artículos encontrados con una ecuación de búsqueda, acorde con las nuevas técnicas humanizadas que se han dado a pacientes de la UCI en pandemia, en las bases de datos de PubMed, Dialnet, SciELO y EBSCO.

**Implicaciones para la enfermería:** a la hora de realizar esta revisión sistemática lo que se intenta es hacer hincapié en lo necesario que es el trato humanizado al paciente cuando la situación es desfavorable y desconocida. Además, se intenta inculcar al personal sanitario para desarrollar nuevos métodos de cuidado donde el paciente sea importante.

**Palabras clave:** COVID-19, SARS-CoV, UCI, humanización de la asistencia, ética en enfermería.

## Abstract

**Introduction:** The coronavirus is a respiratory disease that in 2020 March gave rise a mundial pandemic. During these three years of pandemic there have been many dies and more contagious. The restrictions in the ICU made a dehumanization of the cares given to the inpatients on this units. With this project it will be possible to see how to be creative, humanizing the dehumanized in unfortunate situations.

**Objective:** The aim of this project is to make an actuation protocolo in a new possible pandemic which have the use of new technics and humanized cares. With this protocolo I try to help the healthcare equips for can demonstrate a more humanized care than we live at the 2020s pandemic.

**Methodology:** It's made a systematic revision of all the funded articles with the search equation, in relation with the new humanized technics that ICU patients have received in pandemic. For that it has been use some different data bases like PubMed, Dialnet, SciELO and EBSCO

**Implications for nursing practice:** At the time to do this systematic revision the intention is to make emphasis in how the humanized treatment to the patient when we have an abnormal situation is necessary. Also, trying to inculcate to the healthcare staff to do some new methods in which the patients are important.

**Key words:** COVID-19, SARS-CoV, ICU, humanization of assistance, and ethics in nursing.

## Presentación

La razón de la elección de este tema para mi trabajo de fin de grado tiene dos variantes.

La primera es que durante las prácticas que realicé en segundo de carrera en la planta de traumatología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, se había convertido en una planta de preventiva de COVID-19. Allí pude observar todas las secuelas que estaban dejando el coronavirus en nuestra profesión, se podría decir que salías casi huyendo del peligro de la infección de los pacientes. Primaba más la rapidez que el trabajo/cuidado bien hecho.

La segunda y más importante, es por toda esa gente que murió sola durante los primeros meses de pandemia. Creo que si en un momento nos hubiésemos parado a pensar en que éramos las últimas personas que iban a ver, aunque solo fuesen unos ojos a través de una mampara no se hubieran sentido tan solos. Tenemos que recordar que la enfermería cuida y acompaña.

Durante la pandemia se olvidó el acompañamiento, esa humanización que tanto caracteriza este trabajo de la enfermería. Por ello creo que es necesario echar la vista atrás y observar todo lo que se pudo mejorar y actuar ante ello.

Lo que me llevó a la idea de este tema fue el pensar que a mí no me hubiera gustado estar sola en una cama a la que se le están acercando sanitarios los cuales puedes diferenciar por toda la protección que deben de llevar. Y, además, la preocupación que debería de haber en mi entorno familiar por mi salud y la angustia que tendría por saber cómo esas personas están llevando mi ingreso. Creo que hay muchas maneras, las cuales ya se han visto de acercar la familia a un paciente aislado para decirle lo mucho que le aprecia y sobre todo y lo más triste para dedicar un último adiós.

Yo me siento afortunada por haber vivido una situación así, pero me paro a pensar en que ha habido padres, madres, hijos y amigos que no han podido dar un último adiós. Se me parte el alma, y que la primera llamada que tengan es que ese paciente no ha podido superar la enfermedad tiene que ser devastador.

Con este trabajo intento que si en un futuro lejano vuelva a haber una pandemia a escala mundial se piense en todas esas personas que estaban solas y en lo que no se pudo hacer, para darnos cuenta de que con poco podemos hacer mucho para el paciente, la familia y para nosotros mismos como personal sanitario.

## **Agradecimientos**

Agradecer a mis padres que, además de darme su cariño y comprensión me han inculcado la educación y los valores humanos que tengo, haciendo hincapié en que con perseverancia, constancia y trabajo se obtiene lo que uno busca y en lo que uno cree. Sin esfuerzo no hay recompensa.

A mi hermana y a mi cuñado, quienes son ejemplo para mí de la lucha, el tesón y la constancia en el trabajo.

Por supuesto, a mi tutor Don Jesús Muñoz Muñoz, por guíame y ayudarme a ordenar mi mente llena de ideas para que este proyecto fuera tomando la forma deseada. Y por su confianza al darme la seguridad necesaria para confiar en mí misma para sacar este proyecto adelante.

## 1. Estado de la cuestión

### 1.1 Introducción

Para la realización del estado de la cuestión basado en tres términos he utilizado bases de datos como SciELO, PubMed, Dialnet y EBSCO, al igual que bases institucionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Sanidad.

A la hora de la búsqueda en bases de datos los términos utilizados son los siguientes:

<b>Términos naturales Palabras clave</b>	<b>Términos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)</b>	<b>Términos Descriptores en Medical Subject Headings (MeSH)</b>
Coronavirus	Coronavirus	Coronavirus Infections
UCI	UCI	Intensive Care Units
Humanización	Humanización de la Atención	Humanization of Assistance
Ética enfermera	Ética en enfermería	Ethics, Nursing

Tabla 1. Palabras clave. Elaboración propia.

### 1.2 Coronavirus

#### Definición

En marzo de 2020 la OMS reconoció la llegada de una enfermedad respiratoria infecciosa llamada COVID-19, esta enfermedad es causada por el virus del SARS-CoV-2 y ha sido la causa de una pandemia produciendo un incremento en el número de hospitalizaciones y muertes a nivel mundial. <sup>1</sup>

#### Transmisión

La transmisión de esta infección sería por propagación directa, la cual es principalmente por gotitas respiratorias expulsadas a través de un contacto directo entre las personas al estar cara a cara, al hablar, toser o estornudar; además de estar expuesto a menos de metro y medio durante 15 minutos a una persona contagiada. Esta transmisión puede ser a través de personas portadoras que son asintomáticas, es decir, que no muestran síntomas; presintomáticas, es decir, infectadas, pero no muestran síntomas en ese momento, o sintomáticas, las cuales muestran síntomas. <sup>2</sup>

Además, se tiene en cuenta la transmisión por aerosoles, como las gotitas anteriores, pero más pequeñas y, además, estas quedan suspendidas en el aire. Por otra parte, encontramos la propagación indirecta que hace referencia a la infección por contacto de superficies que

contengan el virus. En el caso de que las mujeres embarazadas estuviesen contagiadas, la enfermedad no se transmitiría de manera vertical como podría ocurrir con otras infecciones.<sup>2</sup>

### Síntomas

Síntomas ante la infección del coronavirus cuando no aparece de manera asintomática.<sup>1,2</sup>

En la siguiente tabla se muestran los síntomas de la afección producida por el SARS-CoV-2 mostrando los síntomas más comunes y los menos comunes.

Prevalencia	Síntomas
Más comunes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiebre (70-90%)</li> <li>▪ Tos seca (60-89%)</li> <li>▪ Cansancio, debilidad (25%)</li> <li>▪ Anosmia y/o ageusia (3%)</li> <li>▪ Dificultad para respirar o falta de aire (53-80%)</li> </ul>
Menos comunes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor de garganta</li> <li>▪ Dolor de cabeza</li> <li>▪ Dolores y molestias musculares (15-44%)</li> <li>▪ Diarrea y náuseas/vómitos (15-39%)</li> <li>▪ Erupción cutánea o decoloración de los dedos/manos</li> <li>▪ Ojos rojos o irritados</li> <li>▪ Rinorrea (7%)</li> </ul>

Tabla 2. Síntomas por infección COVID-19. Elaboración propia a partir de Carson EG, 2020.

Como muestra la anterior tabla se puede observar que la fiebre es el síntoma con mayor prevalencia frente a la pérdida del olfato o gusto dentro del grupo de síntomas más comunes. Mientras que en los menos comunes encontramos que el de menos prevalencia es la rinorrea.

En la siguiente tabla se pueden observar los síntomas más graves que esta enfermedad ha producido en los pacientes infectados.<sup>1</sup>

Gravedad	Síntomas
Graves	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificultad para respirar o falta de aire</li> <li>▪ Pérdida de habla o la movilidad, o confusión</li> <li>▪ Dolor en pecho</li> </ul>

Tabla 3. Síntomas más graves de la COVID-19. Elaboración propia a partir de Carson EG, 2020.

Con respecto a la tabla anterior se puede comentar que dentro de los síntomas que padecen los infectados, los que refieren mayor gravedad son la dificultad para respirar o sensación de falta de aire, la pérdida de habla y el dolor en el pecho.

## **Detección de antígenos/anticuerpos**

- Detección del material genético del virus mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Estas son pruebas muy sensibles y específicas que detectan el virus mediante la PCR con la transcriptasa inversa en tiempo real. Se recoge un exudado faríngeo y nasofaríngeo ambos es el mismo tubo para que así aumentara la carga viral, en el caso de que la hubiera.<sup>3</sup>
- Detección de antígenos virales. Vulgarmente los conocemos como los test rápidos. Son pruebas cualitativas y rápidas capaces de emitir un resultado en menos de 30 minutos. No son muy recomendados en un diagnóstico clínico por ser fácilmente afectable por otros factores externos.<sup>3</sup>
- Pruebas de anticuerpos contra SARS-CoV-2. Este tipo de pruebas evalúan la respuesta humoral de los pacientes para así poder saber el proceso y evolución de la infección. Estas detectan los anticuerpos creados en sangre, mediante la detección de Inmunoglobulina G (IgG) e Inmunoglobulina M (IgM) contra el SARS-CoV-2.<sup>3</sup>

Las pruebas de detección de antígenos se realizarían en los siguientes casos.<sup>4</sup>

- Personas con sintomatología.
- Personas que no muestran síntomas pero que refieren un contacto estrecho con un positivo.
- Personas las cuales no muestran síntomas, de las cuales no se sospecha exposición.
- Pruebas para comprobar la persistencia de la infección. Estas se realizan como método de precaución en el caso de volver al trabajo e interrupción del aislamiento.
- Vigilancia para la salud pública sobre el SARS-CoV-2.

## **Tratamientos**

- Tratamiento respiratorio. Encontramos la oxigenoterapia, que es uno de los tratamientos más requeridos, en torno al 75% de pacientes hospitalizados. En el caso de no responder a la oxigenoterapia se les administra oxígeno de alto flujo por cánula nasal.<sup>2</sup>

Algunos de los pacientes requieren ventilación mecánica invasiva a base de ventilación de protección pulmonar, además se demostró que la posición en pronación beneficiaba la respiración del paciente debido a que los órganos descansan sobre el esternón y no sobre los pulmones favoreciendo así la expansión pulmonar.<sup>5</sup>

La intubación causa controversia, ya que realizarla como medida preventiva es un proceso mucho más controlado, pero podría exponer a complicaciones posteriores.

- Tratamiento vírico: el uso de antivíricos, agentes antiinflamatorios, anticuerpos, inmunomoduladores, antifibróticos y anticoagulantes. En referencia a este tratamiento

puede ser diferente ya que la enfermedad puede encontrarse en diferentes etapas, por lo que habrá diferentes síntomas y signos. <sup>2</sup>

### Olas desde 2020 hasta ahora

Es normal que los virus con el paso del tiempo y con los diferentes cambios tiendan a cambiar y el SARS-COV-2 no es menos. A lo largo de los tres años que llevamos con la pandemia producida por la COVID-19 se han producido un total de seis olas hasta la actualidad producidas por diversas variantes del virus principal SARS-CoV-2. <sup>6</sup>

Olas	Duración
Primera	31 enero – 21 junio 2020
Segunda	22 junio – 6 diciembre 2020
Tercera	7 diciembre 2020 – 14 marzo 2021
Cuarta	15 marzo – 19 junio 2021
Quinta	20 junio – 30 septiembre 2021
Sexta	14 de octubre – actualidad

Tabla 4. Olas de la pandemia producida por COVID-19. Elaboración propia a partir del Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, 2021 y Elaboración propia a partir de Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, 2022.

La primera ola golpeó fuertemente en España llevándose consigo la vida de 28.323 personas consigo desde enero hasta junio del mismo año con un total de 246.272 de personas infectadas. Aunque la OMS identificó el 11 de marzo la pandemia, los muertos/infectados se enumeran desde enero. Gracias al aislamiento de la población española se pudo disminuir la incidencia de infectados por coronavirus. <sup>7,8</sup>

Como se observa en el siguiente diagrama si contamos con los porcentajes del 100% de personas contagiadas, el 12% murieron por la infección, mientras que un 88% (217.949 personas sobrevivieron al contagio).



Figura 1: Supervivencia ante contagios vs Muertes en la primera ola. Elaboración propia a partir de Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, 2022.

La segunda ola se remonta al 22 de junio de 2020 y termina el 6 diciembre del mismo año. Esta ola deja consigo 10 mil muertes menos que la primera, con un total de 18.322 muertes, pero subiendo la incidencia de infectados con un total de 1.456.116 contagios.<sup>7,8</sup>

Tal y como se ve en el gráfico las muertes disminuyeron, aunque los contagios aumentaron.



Figura 2: Supervivencia ante contagios vs Muertes en la segunda ola. Elaboración propia a partir de Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, 2022.

El 7 de diciembre comenzó la tercera ola hasta el 14 de marzo de 2021. Comienzan las primeras vacunaciones frente COVID-19 en España con la fórmula Pfizer-BioNTech, pero los contagios han seguido subiendo al igual que las muertes, aunque en la anterior ola hubiesen disminuido nos volvemos a encontrar con 25.778 muertes, 1.492.734 contagios y con un total de 1.243.783 inmunizadas.<sup>7,8</sup>

En el siguiente gráfico se aprecia la subida de porcentaje de muertes en comparación al gráfico de la segunda ola, situándose al doble.



Figura 3: Supervivencia ante contagios vs Muertes en la tercera ola. Elaboración propia a partir de Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, 2022.

Después de la duplicación de las muertes de la tercera ola, en la cuarta ola que duró desde el 15 de marzo hasta el 19 de junio de 2021. Esta ola acaba con la vida de 8.265 personas de las 569.000 contagiadas. <sup>7,8</sup>

Como se puede ver en la gráfica hay un descenso de las muertes y los contagios también han disminuido frente a la anterior ola.



Figura 4: Supervivencia ante el contagio vs Muertes en la cuarta ola. Elaboración propia a partir de Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, 2022.

Empieza el verano y con él un aumento en el número de casos con un total de 1.219.735 contagios, ya que las mascarillas se retiran en exteriores. Mientras que las muertes han disminuido notablemente a 6.288 desde el 20 de junio hasta el 30 de septiembre de 2021. <sup>7,8</sup>

El gráfico a continuación muestra que las personas que se contagian y que sobreviven a la infección son mucho mayores a las muertes que hay en esos 4 meses.



Figura 5: Supervivencia ante el contagio vs Muertes en la quinta ola. Elaboración propia a partir de Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, 2022.

Por último, aparece la sexta ola desde el 14 de octubre de 2021 hasta la actualidad donde se han contabilizado un total de 6 millones de contagios y 13.500 muertes. Es el máximo número de contagios que se han contabilizado desde el comienzo de la pandemia en febrero de 2020.  
7,8

En el gráfico se ve notablemente que el número de muertes frente al número de supervivencia es ínfimo.



Figura 6: Supervivencia ante el contagio vs Muertes en la sexta ola. Elaboración propia a partir de Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, 2022.

En la siguiente gráfica se observa el desarrollo de la pandemia desde la primera ola en enero de 2020 hasta la sexta ola en la actualidad en 2022.

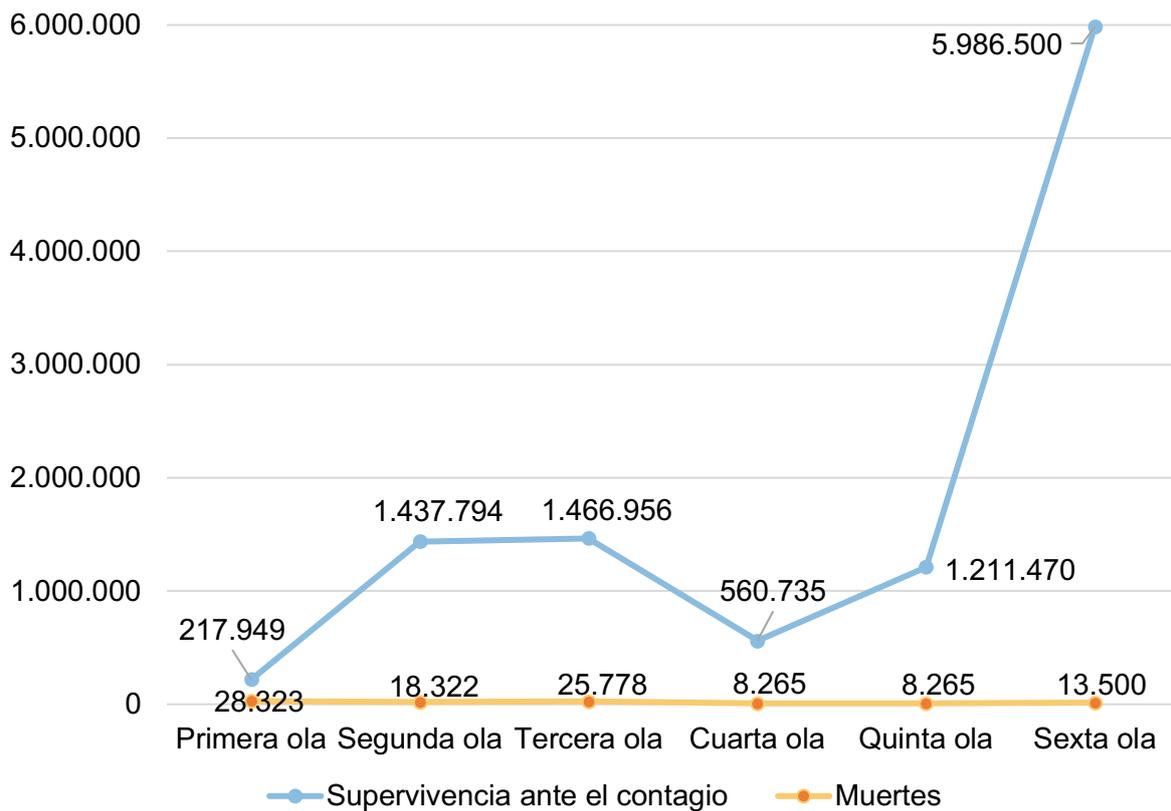


Figura 7: Evolución de la pandemia desde marzo de 2020 hasta la actualidad. Elaboración propia a partir de Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, 2022.

Esta gráfica muestra cómo se ha desarrollado la pandemia desde sus inicios en marzo de 2020 hasta la actualidad. Podemos ver que la mayoría de las muertes se produjeron en la primera ola mientras que la gran cantidad de supervivientes ante el contagio anotados han sido en la última y sexta ola, la que vivimos actualmente.

**Secuelas**

<b>Secuelas</b>	<b>Descripción/Síntomas</b>
Astenia	Es de las más notables entre los pacientes que han padecido esta infección. En el caso de que dure entre 6 meses o más y no tenga una justificación, se denomina fatiga crónica. Es una secuela que se presenta diferente entre los pacientes, ya que es algo que sienten. Las mujeres y las personas con depresión/ansiedad son más probables a padecerla. <sup>9</sup>
Secuelas respiratorias	Tras las pruebas de espirometría se ven anomalías en la difusión pulmonar del monóxido de carbono (DLCO). La capacidad pulmonar de las personas infectadas ha disminuido notablemente; sobre todo en aquellas personas con una infección más grave. <sup>9</sup>
Secuelas cardíacas	Dependen de la edad del paciente que haya sufrido la infección. Entre las secuelas cardíacas diagnosticadas encontramos miocarditis, realce pericárdico, edema pericárdico aislado. <sup>9</sup>
Secuelas neurológicas	Los síntomas son jaqueca, síncope, pérdida de olfato y gusto. En otros casos también se halla el accidente cerebrovascular (ACV), deterioro de la conciencia, espasmos y encefalopatías. <sup>9</sup>
Secuelas psiquiátricas	El mayor precursor de esta secuela es el estrés psicológico, el miedo a la infección, a fallecer, a la inquietud. Ante esto se ha incrementado el consumo de sustancias, así como el aumento del insomnio en las personas que padecieron dicha infección por coronavirus. <sup>9</sup>
Secuelas trombóticas	Los pacientes en la fase aguda de la enfermedad tienen gran riesgo de enfermedades trombóticas como ACV, tromboembolismo venoso (TEV) pudiendo llegar al ámbito ambulatorio incluso tras el alta. <sup>9</sup>
Autoinmunidad	Ha habido una importante acentuación en la enfermedad de Kawasaki (EK), púrpura trombocitopénica inmune (PTI) con una asociación a la infección por coronavirus. <sup>9</sup>

Tabla 5. Secuelas producidas por la COVID-19. Elaboración propia a partir de Peramo-Álvarez FP, López-Zúñiga MÁ, López-Ruz MÁ, 2021.

## Prevención

Pasos a seguir como medida preventiva hacia el coronavirus. <sup>1</sup>

- Vacunación temprana.
- Distanciamiento de seguridad de metro y medio entre personas.
- Hacer un buen uso de una mascarilla cuando no se pueda asegurar la distancia de seguridad.
- Preferir zonas al aire libre que sitios cerrados.
- Buena higiene de manos con agua y jabón o con solución hidroalcohólica.
- Si estornuda o tose tápese dirigiendo la cara hacia hombro.
- En el caso de encontrarse mal o mostrar algún síntoma no salga de casa hasta que los síntomas desaparezcan.

Prevención dentro de una estructura sanitaria hacia el coronavirus. <sup>10</sup>

- Disminución de consultas presenciales con el aumento de las consultas telefónicas, así como el incremento de tiempo de la interconsulta para disminuir las aglomeraciones de pacientes en las salas de espera.
- Uso obligatorio de mascarillas, el centro de atención primaria (CAP) las ofrecerá en el caso de que el paciente no la traiga.
- Adecuar las salas de espera del CAP para que los pacientes mantengan la distancia de seguridad entre pacientes.
- Si se notifica un positivo se evaluará de forma telemática la gravedad del paciente, así como sus síntomas para proceder a realizar la PCR según el protocolo adecuado.  
Si la situación del paciente fuese urgente se deriva al CAP informando del caso para que se pueda disponer de equipos de protección individual (EPI) a la hora de ir de a valorar al paciente de manera presencial.

## 1.3 Humanización

### Concepto

El concepto de humanización según la Real Academia de la lengua Española hace referencia al trato humano, familiar y afable que se le da a alguien o a algo. <sup>11</sup>

La humanización del cuidado es mucho más que la relación de cuidado entre personas (pacientes, familia y personal). Es verdad que en cierta parte sí es así, ya que sin esta relación que se establece sería imposible generar la humanización. Por lo que la humanización del cuidado envuelve al personal sanitario y a sus recursos emocionales, los cuales hacen que el paciente esté integrado en el proceso de recuperación, forjando una relación de respeto y sensibilidad, mientras se les proporciona ayuda para mejorar su situación de una manera

holística. La acción humanizadora del cuidado consiste en llevar a cabo la promoción de la dignidad intrínseca de la persona, siendo esta dignidad el sustento y base de toda acción. <sup>12,16</sup>

### **Jose Carlos Bermejo Higuera**

Este autor nació en 1963 en un pueblo de Valladolid, Tordesillas. Es religioso camilo y dirige el Centro San Camilo, un centro asistencial y de humanización de la salud. Jose Carlos Bermejo es un experto de la humanización en el ámbito de la salud. <sup>13</sup>

En su texto humanización y relación hace referencia a la equivocación que existe por parte de todos al no saber distinguir entre la humanización y el trato acogedor. Explica lo fácil que es llegar a deshumanizar el cuidado de la salud por culpa del desarrollo tecnológico y la despersonalización, pero aún con nuestros avances tecnológicos nuestra sociedad es mucho más humana que las anteriores, aunque sigue siendo un desafío ético. Define humanización como el acto de hacer algo más digno, más humano, acorde con unos valores humanos que permite ser plenamente una verdadera persona. <sup>14</sup>

Dentro del ámbito sanitario la humanización es un tema más complicado ya que va mucho más allá de la relación que compete al sanitario con el enfermo y familia. Pero lo que se tiene claro es que lo primero que se debe de realizar para poder humanizar los aspectos sanitarios es el uso del término único, cada paciente es único y es el protagonista activo al que hay que darle una asistencia digna ante todo junto con el respeto de los derechos del paciente, los cuales nunca se deben de olvidar. <sup>14</sup>

### **Cómo medir la atención humanizada**

Los factores que definen la humanización son 5 y están presentes en la medición de la atención humanizada con la Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) y son los siguientes. <sup>15</sup>

- Disposición al optimismo; se miden en los ítems 1, 2 y 3.
- Sociabilidad; medidos en 4, 5 y 6.
- Comprensión emocional; aparecen en los ítems 7, 8 y 9.
- Autoeficacia; medidos a partir del 10, 11, 12, 13 y 14.
- Afección; se miden por el 15, 16, 17, 18 y 19.

Una vez que se realiza se mide el valor numérico que ha salido en cada uno de los factores con los resultados que daría cierto número: <sup>15</sup>

- En el factor disposición al optimismo, un valor alto sería obtener en total 15 puntos, media entre 12 y 14 y baja sería una puntuación comprendida entre 0 y 11.
- Dentro de sociabilidad encontramos como valor alto el 15, media 14 y bajo, valores entre 0 y 13.

- En comprensión emocional vemos que tener un valor entre 12 y 15 es alto, un valor de 11 sería media y valores de 0 a 10 bajo.
- En el siguiente ítem que corresponde a la autoeficacia vemos que los valores altos se comprenden entre 22 y 25, una puntuación de 20 y 21 se situaría como media y baja dentro de 0 y 19.
- Por último, encontramos el factor de la afectación, en el cual se cambia el valor de los números como he explicado anteriormente, encontrando los valores altos entre 0 y 15, los valores medios entre 16 y 20, y por último el bajo de refiere a los valores entre 21 y 25.

La escala HUMAS, es una escala de humanización en el profesional sanitario, la cual se basa en 19 baremos evaluados del 1 al 5, siendo 1 nunca y 5 siempre, a excepción de los ítems que van desde el 15 al 19 ya que en esos el 1 significa siempre y el 5 nunca.<sup>15, 16</sup>

Esta escala podemos encontrarla en el Anexo I. Ítems de la escala HUMAS.

### **Elementos humanizables**

#### 1. ¿Cómo humanizarnos?

Hay que tener en cuenta que a la hora de ignorar o negar la propia debilidad se es menos humano, lo que da lugar a una insuficiencia. Para ser un profesional de lo humano se debe de reconocer la propia humanidad/vulnerabilidad, ya que es uno de los recursos necesarios para humanizar y así acabar aceptando tanto los momentos felices y divertidos como los momentos más difíciles o tristes.<sup>12</sup>

Una persona humanizada es aquella que no esconde nada, y que reconoce su lado más frágil, en definitiva, se dignifica aumentando la dignidad que tiene.<sup>12</sup>

Si los profesionales no esconden nada y se muestran tal y como son, el paciente y la familia sentirán comodidad a la hora de tratar con ellos, porque se presentan como son, personas humanizadas. No tratan de humanizar a los demás sino de vivir de manera humana para poder transmitir humanidad.<sup>12</sup>

#### 2. ¿Cómo humanizar los espacios y los procesos?

Hospitales humanos es un proyecto creado por Roche para la inmersión en una revolución llamada humanización. Podemos encontrar dentro de este proyecto los siguientes hospitales.

<sup>17</sup>

- Hospital Clínico San Carlos (Madrid); cuenta con los siguientes proyectos.<sup>17</sup>

## CuidARTE en pandemia

- La experiencia de un paciente donde se colocaron una serie de pizarras que contenían una foto e información de cada profesional que le atendía, junto con los horarios de sus pruebas y el objetivo de las actividades que realizadas.
- Acompañamiento de terraza en Unidad de Cuidados (UCI). En esta dinámica se trasladaba a los pacientes de larga duración junto con sus familiares a los balcones para que pudiesen ver el paisaje y así cambiaban de aires.
- Los cuidados al final de la vida en los que el acto humano es más importante, y donde se tienen en cuenta las demandas de los pacientes y las familias para que pasen el final de la vida de la mejor manera posible.

### 1.4 Unidad de cuidados intensivos

#### Descripción de la planta

La planta de la UCI está formada por unos espacios, boxes, para los pacientes los cuales deben de promover la privacidad de estos, así como facilitar el continuo control por parte del profesional. Cuando un paciente está ingresado en esta planta significa que su vida pasa por un momento crítico y puede llevar consigo riesgo vital o por otro lado un paciente con una patología irreversible.<sup>18</sup>

El horario de visitas en la planta de la UCI debe de ser definido; en algunas es necesario el uso de materiales adecuados antes de entrar como calzas, gorros, mascarilla... establecidos por la propia unidad. Aunque en otras no es necesario, salvo en algún tipo específico de aislamiento. Estas visitas se podrían hacer tanto por la mañana como por la noche teniendo un espacio acondicionado para los familiares/acompañantes.<sup>18</sup>

Durante los años de pandemia de coronavirus, estas medidas cambiaron en los hospitales y en muchas de estas unidades no se permitían las visitas. En algunas se permitían un par de horas al día, pero limitando a un solo familiar por paciente, pero sin permitir la entrada de personas con PCR positiva para dicho virus. En las situaciones que se vivían al final de la vida de algunos pacientes lo que se permitía era la entrada de un familiar con un EPI a modo de despedida. Tras estudios se ha visto que en los meses de pandemia el hecho de que un familiar estuviese visitando al paciente mejoraba el pronóstico al reducir el *dellirium* que presentaban pacientes supervivientes y enfermedades como ansiedad o depresión entre los familiares de ingresados; a parte que la presencia del familiar facilita la comunicación entre la persona ingresada, que suele estar sedada, y todo el personal sanitario.<sup>19</sup>

## ¿Cómo es el trabajo en la UCI?

Es todo un desafío el acompañamiento de los pacientes que van a fallecer en estas plantas, ya que en muchas ocasiones lo que se está haciendo es prolongar una agonía que podría no darse. Esta implica un gran coste a nivel emocional de familiares, equipo y del propio paciente.

20, 21

La UCI es una de las plantas de vital importancia, ya que en esta ingresan los pacientes que tienen un mayor riesgo vital. Por lo que, los profesionales sanitarios que trabajan en esta facilitan unos cuidados individualizados y especializados para atender enfermedades que requieran de una actuación precoz. Las enfermeras cuentan con una serie de conocimientos que se basan en su código deontológico y en un marco legal que respalda sus actos, además, en la planta de UCI las enfermeras tienen el beneficio de establecer una relación mucho más cercana y de confianza con los pacientes y familias, lo cual puede ayudar a la toma de decisiones al final de la vida. <sup>20, 21</sup>

## Muertes en la UCI

Los pacientes que ingresan en estas plantas de cuidados críticos y viven allí sus últimos días, tienen una estancia relativamente corta, de entre uno a tres días. Esto es debido a que no se sabe con certeza la gravedad del paciente que ha ingresado, a las enfermedades del propio paciente que incentivan su nivel de gravedad (diabetes, insuficiencias cardíacas, cáncer...). Por lo que la supervivencia de los pacientes depende de la gravedad del estado del paciente, la eficacia del tratamiento y de las patologías previas/crónicas del propio paciente. <sup>22</sup>

Las primeras causas de muerte en la UCI se relacionan con procesos infecciosos como es el diagnóstico de la neumonía. Los pacientes que fallecen por esta enfermedad son en la mayoría de los casos, personas con más de 70 años y con patologías previas (diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cirrosis e insuficiencia hepática, hipertensión arterial (HTA)) las cuales aumentaban el riesgo de muerte. <sup>22,23</sup>

En las tablas que aparecen a continuación se muestra la mortalidad y la morbilidad de los pacientes en la UCI diferenciando en sexo y edad. En la segunda se hace más hincapié en las diferentes enfermedades más prevalentes entre los pacientes ingresados, a parte de la enfermedad que causa el ingreso, sin diferenciar el género.

Morbilidad y mortalidad de los pacientes en la UCI según el sexo y la edad del ingresado. <sup>23</sup>

Grupo de edades	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
15 – 25 años	13	5,1	5	2,6	18	4
26 – 35 años	37	14,5	23	12,2	60	13,6
36 – 45 años	68	26,7	46	24,5	114	25,8
46 – 55 años	71	27,9	53	28,3	124	28,1
56 – 65 años	47	18,5	31	16,5	78	17,6
66 y más	18	7,0	29	15,5	47	10,6
Total	254	57,6	187	42,4	441	100

Tabla 7. Morbilidad y mortalidad en UCI por edad y sexo. Elaboración propia a partir de la revista médica Multimed, 2017.

Las comorbilidades presentes en los pacientes ingresados en la UCI. <sup>23</sup>

Comorbilidades	No	%
HTA	143	32,4
DM	87	19,7
EPOC	32	7,2
Cirrosis hepática	4	0,9

Tabla 8. Comorbilidades en la UCI. Elaboración propia a partir de la revista médica Multimed, 2017.

La mayoría de las personas que ingresan en la UCI en hombres y en mujeres tienen entre 46-55 años, mientras que en ambos sexos los que menos ingresos requieren son los pacientes de entre 15-25 años.

De la segunda tabla se puede decir que la enfermedad más común entre los pacientes ingresados en la UCI sería la HTA mientras que la que menos prevalencia tiene entre ellos sería la cirrosis hepática.

## 1.5 Aspectos éticos

### Principios de bioética de Beauchamp y Childress

Los principios de estos autores son los siguientes cuatro.<sup>24, 25</sup>

- Respeto de la autonomía. Se basa en el paciente que es auto determinante y libre a decidir cómo quiere actuar, de acuerdo con la libertad entendida como una manera de actuar sin coacciones hacia la libertad y de acuerdo además a la capacidad de tomar decisiones. Según estos autores hay manera de tratar con los pacientes de manera autónoma, que son:
  - Sinceridad.
  - Respeto a la privacidad.
  - Protección de confidencialidad.
  - Ofrecer el consentimiento informado.
  - Prestar servicios cuando los necesiten, base para la nueva relación paciente-profesional.
- Principio de no maleficencia. El cual trata sobre el deber que tiene el personal sanitario a la hora de no llevar a cabo actividades que lleven consigo causar daño de manera intencionada al paciente. Como en el anterior principio, estos autores muestran las maneras de tratar con los pacientes de acuerdo a este principio:
  - No matar.
  - No realizar actividades dolorosas.
  - No herir con la palabra.
  - No eliminar las cosas de las que disfrutan los demás.
- Principio de beneficencia. El fin de este principio consiste en hacer el bien a los demás o intentar eliminar el acto dañoso. Hace referencia a los actos que requieren bondad, pero de manera exigente a la ética en el mundo sanitario. Las reglas para llevar a cabo este principio serían las siguientes.
  - Proteger y excusar los derechos de los demás.
  - Evitar daños.
  - Asistir a quienes no se valen de sí mismos.
  - Salvar del peligro.
- Principio de justicia y equidad. Por último, este principio se desarrolla como el acceso a la salud de manera igual y con la norma moral. En este principio encontramos al autor Norman Daniels quien entiende que la sociedad tiene la obligación de realizar este principio para así proteger la igualdad de oportunidades para todas las personas.

### **Adela Cortina, ética mínima**

Esta autora cuenta en la ética mínima que las acciones éticas se basan en dos pilares que son el interés moral y la fe en la misión de la filosofía. <sup>26</sup>

La persona que se preocupa realmente por el bien de los demás y cree en la reflexión filosófica es capaz de llevar a cabo dicha misión, mientras que si no hay interés ni fe no hay una vocación, y se abandonaría la misión encomendada a la ética. <sup>26</sup>

De acuerdo con Kant cada ejercicio es movido por un interés que sin él no realizaría. El interés por el bien de los hombres es el motor objetivo de la ética. <sup>26</sup>

### **Aspectos éticos en situaciones de pandemia**

La pandemia causada por el COVID-19 ha producido una crisis sanitaria que requiere una serie de medidas proyectadas a toda la población, pero de manera más incidente en aquellas personas afectadas (pacientes/familias), entre las que encontramos. <sup>27</sup>

- No excluir a los pacientes por la situación clínica que estén viviendo.
- Hacer más hincapié a los derechos generales que a los personales, pero dentro de esto no se deben olvidar los derechos principales de equidad, solidaridad...
- Asegurar el derecho a la protección de la salud tal y como se dice en el Artículo 43 de la Constitución Española.
- Saber cómo responder a perspectivas generales y minuciosas presentes en cada ingresado, ya que cada persona vive situaciones diversas.
- No hay que olvidar a los pacientes que padecen una enfermedad diferente a la producida por la pandemia, ya que el objetivo sanitario es la salud de la población.
- Muchos profesionales sanitarios durante y tras la pandemia han sufrido el síndrome del *burn out* debido a la gran carga de trabajo y por ello se les debe de garantizar un adecuado apoyo psicológico.



## 2. Justificación

A lo largo de la creación de la primera parte se ha visto que hay muy poca literatura que aporte todas esas maneras de mejorar la asistencia de los pacientes infectados por coronavirus durante su estancia en la UCI a lo largo de la pandemia empezada en 2020. Por ello es la creación de este estudio, un protocolo de revisión sistemática que aporte todos esos cuidados humanizados que se pueden hacer desde un primer momento para mejorar la estancia del paciente dentro de la gravedad de la situación.

La creación de “CuidARTE en pandemia” es una idea para futuras pandemias tras lo que se ha podido aprender de la pandemia vivida durante estos últimos 3 años producida por el SARS-CoV-2 acerca de cómo primar al paciente para que se sienta importante. Con esta idea el cuidado humanizado y centrado en la individualización del paciente primará desde el primer momento, para conseguir que el propio paciente se sienta seguro e importante.

La revisión sistemática se va a centrar en recoger todas las técnicas innovadoras que se han ido desarrollando a lo largo de la pandemia por parte del personal sanitario para que las personas ingresadas no se sientan tan aisladas, y recogerlas todas en un protocolo de actuación hacia una nueva y posible pandemia.

A parte de ayudar al enfermo con este proceso de humanizar más y centrar más el cuidado en él, ayuda a la familia a estar con él sin tener por que estar presente. Ya que en estas ocasiones la familia es otra de las grandes afectadas por la obligada separación que tienen que hacer en el ámbito hospitalario. De esta manera las familias y personas allegadas podrán estar con ellos de una manera más diferente que estar 24 horas en el mismo box y además sabrán las condiciones en las que está siendo tratado el paciente.

Otros beneficiarios ante este protocolo es el propio personal sanitario, ya que estos van a poder aprender maneras de manejar una situación tan caótica y abrumante para el paciente. Además, disminuiría la inquietud del personal sanitario a la hora de saber que esas personas ingresadas no van a estar solas durante su ingreso y que sus parientes podrán saber la evolución del paciente y su pronóstico día tras día, para no tener que recibir una fastidiosa llamada tras días y días en espera de un poco de luz.



### **3. Metodología**

#### **3.1 Objetivos e hipótesis**

##### **Objetivo general**

El objetivo general de la realización de esta revisión sistemática es la realización de un protocolo de actuación en una pandemia donde no se dejen de lado los cuidados humanizados; ya que el paciente es una parte muy importante a la hora de realizar el cuidado y deberíamos de verlos como personas humanas y no como números diagnosticados a los que salvar de una enfermedad.

##### **Objetivos específicos**

Dentro de este apartado del protocolo se encuentran los siguientes objetivos específicos de la realización de este estudio:

- Describir los cuidados humanizables en pandemia.
- Explicar cómo humanizar el cuidado intrahospitalario en una pandemia.
- Analizar cómo el personal sanitario puede mejorar la asistencia sanitaria ante una pandemia.
- Ayudar al personal sanitario a mejorar la humanización cuando la situación no está de su lado.

#### **3.2 Pregunta de revisión**

A continuación, se ve reflejado en este apartado la exposición de la pregunta PICOT en relación con la elaboración de esta revisión sistemática.

- Paciente/Población/Problema de salud (P): deshumanización de los cuidados a los enfermos de coronavirus en UCI
- Intervención, terapia, plan profiláctico, exposición a un fármaco o acción terapéutica, test diagnóstico, factores pronósticos, política sanitaria (I): realizar de un protocolo de actuación ante una nueva pandemia donde los cuidados humanizados sean importantes y donde el paciente sea primordial.
- Comparador (C): se realiza este estudio en comparación con los cuidados que se han ofrecido a lo largo de la reciente pandemia por coronavirus.
- Outcomes/resultados (O): el resultado que se quiere obtener es una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria en las UCIs y una favorable situación de los ingresados en esta área.

- Timing (T): el intervalo de tiempo de esta revisión sistemática se acota desde 2020, momento en que empezó la pandemia producida por la COVID-19, hasta 2022 donde se solventó el estado de alarma, es decir, un total de 3 años.

Por lo que la pregunta PICOT englobaría a la realización de un protocolo de actuación a una nueva posible pandemia para el personal sanitario, donde se tengan en cuenta los cuidados humanizados en todo tipo de paciente ingresado en las UCIs para así compararlo con los cuidados que se realizaban durante la anterior pandemia desde el 2020 hasta el 2022 que es cuando terminó el problema de salud.

### **3.3 Criterios metodológicos**

#### **Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión que hacen elegir los artículos utilizados en la siguiente revisión sistemática son:

- Maneras de acercar un cuidado humanizado al paciente aislado.
- El entorno hospitalario que tenga que ver con la UCI.
- Artículos cuyo idioma es español o inglés.

#### **Criterios de exclusión**

En cambio, los criterios utilizados para no incluir ciertos artículos o los criterios de exclusión de este proyecto son:

- Literatura gris.
- Los cuidados que se den en otros entornos hospitalarios que no sean en UCI.
- Los cuidados que se ofrecen a una patología determinada durante la pandemia.
- Artículos cuyo idioma es diferente al español o al inglés.

### **3.4. Metodología**

#### **Estrategia de búsqueda**

A la hora de realizar la búsqueda de cómo humanizar los cuidados en pacientes ingresados por COVID-19 en las UCIs, las bases de datos utilizadas han sido EBSCO, PubMed, Dialnet y SciELO.

Para acotar la búsqueda se da uso a los operadores booleanos “AND” y “OR”, el primero “AND” ha sido el más utilizado y el más importante ya que se ha podido unificar la enfermedad junto con el cuidado humanizado en un área específica del hospital, mientras que el operador “OR” se ha usado para poder tener mayor número de artículos ya que se conoce la enfermedad de diferentes maneras y así no solo se abarcaba un término.

## CuidARTE en pandemia

Los términos utilizados en la ecuación de búsqueda se han sido mayormente términos descriptores como “SARS-CoV-2”, “Coronavirus” e “Intensive Care Units” y el término natural Humanization. En lo relativo al marco temporal, las búsquedas de artículos empezaron la tercera semana de enero de 2023 y terminaron en febrero del mismo año, tal y como se muestra en el cronograma específico de la metodología de este trabajo.

En la siguiente tabla se muestran las bases de datos utilizadas con las ecuaciones de búsqueda usada en cada una y el número de artículos encontrados.

<b>Resultados búsqueda</b>		
Base de datos	Ecuación de búsqueda	Artículos
EBSCO	(SARS-CoV-2 OR Coronavirus) AND Intensive Care Units AND Humanization	239
PubMed	(("SARS-CoV-2"[Mesh]) OR "Coronavirus"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh] AND Humanization	75
Dialnet	(SARS-CoV-2 o Coronavirus) y Unidad de Cuidados Intensivos y Humanización	1
SciELO	(SARS-CoV-2 OR Coronavirus) AND Intensive Care Units AND Humanization	1

Tabla 9. Ecuación de búsqueda y resultados. Elaboración propia.

Como se puede observar la mayor parte de los artículos encontrados han sido en la plataforma EBSCO con 213 artículos, mientras que las que menos artículos ofrecían fueron Dialnet junto con SciELO. En las siguientes cuatro tablas se muestra el análisis de los artículos encontrados en cada una de las búsquedas de las distintas bases de datos empleadas, especificando el número de artículos, diferentes idiomas de los resultados, y de los cuales han sido publicados en los últimos 5 años.

A continuación se muestra más detalladamente por tipo de plataforma el número de artículos, los idiomas de los artículos que nos proporciona la búsqueda y por último cuales son más recientes

<b>Resultados en EBSCO</b>		
Artículos	Idiomas: Español/Inglés/Portugués/Alemán	Publicados en los últimos 5 años
239	4 / 225 / 9 / 1	230

Tabla 10. Análisis de resultados de búsqueda en EBSCO. Elaboración propia.

Resultados en PubMed		
Artículos	Idiomas: Español/Inglés/Alemán	Publicados en los últimos 5 años
75	2 / 72 / 1	75

Tabla 11. Análisis de resultados de búsqueda en PubMed. Elaboración propia.

Resultados en Dialnet		
Artículos	Idiomas: Español	Publicados en los últimos 5 años
1	1	1

Tabla 12. Análisis de resultados de búsqueda en Dialnet. Elaboración propia.

Resultados en SciELO		
Artículos	Idiomas: Portugués	Publicados en los últimos 5 años
1	1	1

Tabla 13. Análisis de resultados de búsqueda en SciELO. Elaboración propia.

Se observa que la mayor parte de los artículos han sido publicados recientemente y con mayor tendencia al idioma inglés frente al español, portugués o alemán.

### Selección de estudios

Lo primero de todo es introducir la ecuación correspondiente a la base de datos que se está utilizando, después de todas las publicaciones que aparecen en la búsqueda se realizan 4 cribas:

- La primera tiene que ver con el título del artículo. Aquí, se centra la búsqueda en leer el título y ver que este tenga relación con el tema, es decir, que al leerlo sugiera relación con los cuidados humanizados; así como nuevos métodos para llevar a cabo en la UCI durante el coronavirus.
- En segundo lugar, la criba tiene que ver con la lectura del *abstract* o resumen en su defecto. En este segundo paso al leer se sabe si el artículo va a tener alguna relación acerca de los cuidados humanizados o de cuidados desarrollados en pandemia a pacientes en UCI. Esta también ayuda a la hora de ver si hay publicaciones repetidas.
- Cuando solo nos quedan los artículos que se ve que van a aportar todo lo que queremos a la revisión sistemática, hay que ver que no haya artículos repetidos y

también hay que tener en cuenta que los artículos elegidos deben tener los criterios de inclusión que se quieren, en este caso, en relación al idioma.

- Por último, la cuarta criba es la lectura entera de esos artículos seleccionados al final del todo. Esta lectura va a dar fruto a los artículos que sí tienen lo que se busca en esta revisión sistemática, búsqueda de cuidados humanizados y de estrategias desarrolladas para que se lleven a cabo esta humanización en los pacientes ingresados por coronavirus en la UCI.

En el Anexo II. Diagrama de flujo de la selección de los artículos, se puede ver detalladamente como se ha ido desarrollando la selección de los artículos, pasando por las diferentes cribas explicadas antes. Observando desde los artículos que se parten con la ecuación de búsqueda en cada una de las bases de datos, hasta los artículos finales con los que se desarrolla la síntesis de resultados y con ello el protocolo.

### **Evaluación crítica**

Los artículos seleccionados han sido incluidos por diferentes motivos:

- En primer lugar, todos los artículos utilizados en la síntesis de resultados están en el idioma inglés o español.
- Los artículos hablan de los cuidados de los pacientes ingresados por coronavirus en la UCI
- Todos los artículos aportan maneras de mejorar la asistencia sanitaria en la UCI en la pandemia de 2020.
- Los artículos muestran los beneficios de las técnicas utilizadas para la humanización de la asistencia en pandemia.

Por lo que los 10 artículos que quedaban una vez que se aplicaron los filtros pasados en la selección de estudio pasaron la criba de la evaluación crítica como explico en el último punto de la selección de estudios. Los artículos se leen y de esos 10, 8 son los artículos que cumplen con los criterios de inclusión explicados anteriormente y con los objetivos propuestos en la revisión sistemática.

Con los 8 artículos definitivos se va a poder crear un protocolo con diferentes técnicas que ayuden al personal sanitario en una futura y posible pandemia. Esto será útil a la hora de poder centrarnos en el paciente que muestra la enfermedad y, sobre todo, se podrá comparar con las actuaciones que se realizaron en plena pandemia antes de pensar en actividades más humanizables.

## Extracción de datos

La extracción de datos que se muestran en la síntesis de resultados es la respuesta a la lectura de los artículos elegidos para la revisión sistemática.

Los artículos utilizados en la síntesis de resultados que se encuentran a continuación muestran diferentes e iguales maneras de desarrollo de técnicas donde se humaniza el cuidado en las unidades intensivas a pacientes con infección por coronavirus. El porqué del uso de esos artículos se muestra en la siguiente *cheklist*:

- Asistencia sanitaria en UCI a pacientes ingresados por coronavirus.
- Cuidados que disminuyan/mitiguen la soledad en pacientes.
- Maneras de minimizar la ansiedad/*delirium* de los pacientes.
- Nuevas técnicas que mejoren la calidad del cuidado en el paciente.
- Técnicas de acercamiento de las familias a las unidades restringidas/aisladas.

La extracción de datos se realiza leyendo los 8 artículos finales con los que se decide realizar la revisión sistemática. En ellos poco a poco se han ido encontrando todos esos ítems que conforman la *cheklist* anterior. Una vez encontrado este tipo de cuidado/técnica humanizada en cada uno de los artículos, podemos ver como es el desarrollo de estos de cara a la mejoría del paciente ingresado contagiado por coronavirus.

**Síntesis de resultados**

Título	Base de datos	Autor/es	Fecha	Tipo de publicación	País	Idioma	Cuidado/técnica humanizada
COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. <sup>28</sup>	Pubmed	Stefano Bambi, Pasquale Iozzo, Laura Rasero, Alberto Lucchini	Septiembre y Octubre 2020	Editorial y opinión	Italia	Inglés	Rotular nombre y profesión delante y detrás del EPI Tablets y móviles para que los pacientes mantengan el contacto con sus allegados Uso de la televisión y la radio para mitigar la soledad Sesiones de musicoterapia Soporte psicológico
Humanizing ICU Coronavirus Disease 2019 Care. <sup>29</sup>	Pubmed	Judith Marin-Corral, Àngela Garcia-Sanz, Joan Ramon Masclans	Febrero 2021	Diario académico	España (Barcelona)	Inglés	Videollamadas Visitas restringidas de familiares Paseos curativos frente al mar como método de evasión
Hearing Humanity Through the Noise of a Pandemic. <sup>30</sup>	Pubmed	Jennifer S Scherer	Septiembre 2020	Editorial y opinión	Estados Unidos (EEUU) (Nueva York)	Inglés	Videollamadas donde los pacientes aprecian los sonidos externos al hospital
Developing an Innovative System of Open and Flexible, Patient-Family-Centered, Virtual Visiting in ICU During the COVID-19 Pandemic: A Collaboration of Staff, Patients, Families, and Technology Companies. <sup>31</sup>	Pubmed	Kathleen A S Thomas, Bernadine F O'Brien, Agatha T Fryday, Ellen C Robinson, Marissa J L Hales, Sofia Karipidis, Aaron Chadwick, Kimberley J Fleming, Alan P Davey-Quinn	Octubre 2021	Diario académico	Australia	Inglés	Plataforma de visitas virtuales llamada HowRU, simuladoras de visitas de los familiares de los pacientes promoviendo la dignidad y la seguridad

Tabla 14. Síntesis de datos. Elaboración propia.

Título	Base de datos	Autor/es	Fecha	Tipo de publicación	País	Idioma	Cuidado/técnica humanizada
Video calls at end of life are feasible but not enough: A 1-year intensive care unit experience during the coronavirus disease-19 pandemic. <sup>32</sup>	EBSCO	Galazzi, Alessandro Binda, Filippo Gambazza, Simone Lusignani, Maura Grasselli, Giacomo Laquintana, Dario	Noviembre 2021	Diario académico	Italia (Milán)	Inglés	Videollamadas-EOL para familias de pacientes paliativos informados anteriormente
Humanizing intensive nursing care for people with COVID-19. <sup>33</sup>	EBSCO	Sergio Vital da Silva Junior Aline Gomes Machado Anny Michelle Rodrigues da Silva Alves Katia Jaqueline da Silva Cordeiro Maíra Bonfim Barbosa Gilberto Cost Teodozio Maria Eliane Moreira Freire	Marzo 2021	Diario académico	Brasil	Inglés	Musicoterapia para mejorar el cuidado integral a los ingresados como instrumento de espiritualidad para combatir la soledad
Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. <sup>34</sup>	EBSCO	Mistraletti, Giovanni Giannini, Alberto Gristina, Giuseppe Malacarne, Paolo Mazzon, Davide Cerutti, Elisabetta Galazzi, Alessandro Giubbilo, Ilaria Vergano, Marco Zagrebelsky, Vladimiro Riccioni, Luigi Grasselli, Giacomo Scelsi, Silvia Cecconi, Maurizio Petrini Flavia	Junio 2021	Diario académico	Italia (Milán)	Inglés	Consejos para llevar a cabo las UCI abiertas a familiares que ayudan al paciente, a la familia, al personal sanitario y a todo el entorno de la UCI
Stand by me 2.0. Visits by family members at Covid-19-time. <sup>35</sup>	EBSCO	Carlucci M, Carpagnano LF, Dalfino L, Grasso S, Migliore G	Mayo 2020	Diario académico	Italia	Inglés	Videollamadas en el proyecto "Conferencia familiar remota y visitas de pacientes en el hospital COVID"

Tabla 14. Síntesis de datos. Elaboración propia.

## CuidARTE en pandemia

Como se puede observar en la síntesis de los resultados obtenidos tras la lectura de los artículos, el cuidado humanizado que más se repite es el uso de tecnología móvil con el uso de videollamadas desde el hospital para que el paciente se pueda comunicar con sus familiares. Algunos de los artículos lo llevan más allá e intentan crear una plataforma de visitas virtuales con esto los pacientes mostrarían menos ansiedad.

Otro de los cuidados humanizados presente en la lectura es el uso de la musicoterapia, esta se usaba en las UCIs antes de la pandemia, pero cuando esta debutó se dejaron de realizar este tipo de sesiones hasta que se vio que aportaba beneficios al paciente a la hora de aislarle de la realidad que estaban viviendo, así como el uso de la televisión para mitigar la soledad de los ingresados.

El cuidado que solo aparece una vez es el planteamiento de las unidades abiertas, para que los pacientes puedan estar con las familias tal y como era la dinámica en estas unidades antes de la pandemia. Otra de las ideas que solo aparece en el primer artículo es el poner nombre y la profesión en el EPI de los profesionales para que los pacientes se sientan menos desorientados a la hora de encontrarse profesionales los cuales casi ni se ven.

Todas las medidas desarrolladas en los artículos tienen la misma finalidad; disminución de la ansiedad de los pacientes que provoca la desorientación al no saber nada acerca de la situación. Con ayuda de todas las medidas expuestas en los diferentes artículos los pacientes podrán sentirse más ubicados en tiempo y espacio a lo largo de su ingreso, aparte de realizar técnicas que les ayuden a minimizar signos de ansiedad o soledad que puedan desarrollar durante su estancia.

Como conclusión hacia una futura pandemia y como objetivo de crear un protocolo con esta revisión sistemática se deberían tener en cuenta las siguientes acciones de cuidados humanizados:

- Uso de terapias como la musicoterapia o la terapia psicológica, ya que tal y como se muestran en los artículos ayudan a que el paciente mitigue la soledad y el *dellirium*. Estas terapias mostraban buenos resultados con los pacientes antes de la pandemia, por lo que deberían de tenerse en cuenta. Así como el ruido de las televisiones y de la radio como método de musicoterapia.
- Uso de *tablets* y dispositivos móviles con la finalidad de que el paciente no se sienta solo y aislado, ya que con estos dispositivos podría estar en contacto con los familiares y allegados, el uso de esto no solo aporta beneficios al paciente, la familia también se verá integrada e informada por la evolución. Hay dos artículos en concreto que muestran maneras de ofrecer este contacto tecnológico con los pacientes usando

plataformas del propio hospital para así poder seguir manteniendo la privacidad del paciente.

- Abrir la UCI a los familiares o restringir las visitas, pero no cerrarlas del todo, así se conseguiría que la familia estuviese colaborando con los cuidados del propio paciente además de no sentir de repente un despego total de la persona de la noche a la mañana, ya que eso a la larga podrá llevar al paciente y a la familia a sentir soledad, angustia y desubicación. El que la UCI este abierta para los familiares muestra una serie de beneficios.
  - Personal sanitario. Mejor toma de datos personales ayuda en toma de decisiones, reduce el estrés moral y previene el apego excesivo.
  - Paciente ingresado. Reduce el estrés y soledad, aumenta la complicitad y confianza con el equipo, disminuye la sensación de abandono, aumenta la motivación del propio paciente.
  - Familia del ingresado. Aumenta el entendimiento de las terapias, previene el dar malas decisiones de manera más fría, menos ansiedad y depresión.
  - Comunidad UCI. Mejora la comunicación siendo más simple y efectiva, aumenta la satisfacción de paciente-familia, garantiza la transparencia en los cuidados.
- Rotular nombre y profesión en los trajes protectores de cada uno de los trabajadores ayudará al paciente y a los familiares a saber quién está dando cuidados o quien está detrás de ese enorme plástico, ya que siempre debemos explicar quiénes somos y ubicar al paciente en relación a nuestras actividades. Así se conseguiría mucha más confianza con el equipo.
- Los paseos curativos cuando el paciente ya está sano, para que, aunque siga dentro de la unidad hasta su recuperación no se pierda nada de lo que hay a su alrededor. Los pacientes podrán disfrutar de las pequeñas cosas que les rodean. En el punto de la humanización explicado anteriormente en el estado de la cuestión se hace referencia a este método a la hora de humanizar los espacios y los edificios, para que no estuviesen todo el rato encerrados en un box y se despejasen.

### 3.5. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que presenta el estudio de la revisión sistemática son:

- Existen pocos artículos de cuidados humanizados en pandemia desarrollados en España. Al añadir el término “*Spain*” a la ecuación de búsqueda, la cantidad de artículos encontrados era muy limitada, por lo que el estudio al final se ha llevado a cabo a nivel mundial.
- Otra de las limitaciones es el tiempo, ya que son 3 años los que han pasado desde la última pandemia producida por la COVID-19, lo que da una cantidad de artículos menores que si no hubiese sido un estudio de algo tan reciente. Por lo que la búsqueda empezaba ya siendo demasiado acotada.
- A la hora de recopilar todos los artículos que se querían usar tras la selección por título, dos de ellos fueron denegados, por lo que otro de los límites del estudio ha sido el acceso a los datos.
- La actuación en tiempos de pandemia fue muy rápida por lo que los cuidados humanizados eran muy limitados. Durante el estado de alarma se priorizó la rapidez de acción ya que era una situación ajena que desbordaba a todo personal.
- La humanización lleva cercanía, empatía, acompañamiento y eso durante la pandemia y algunos años después de ella sigue siendo muy limitada. De ahí que la búsqueda de artículos relacionados a una humanización en pandemia en el servicios de la UCI sean tan limitados.
- Al ser cuidados/técnicas que se realizaron ya al final de la situación de alarma en los hospitales en la pandemia, no se puede ver de manera completa cómo estos cuidados humanizados han afectado a los pacientes, familia, amigos y personal sanitario.

### 3.6. Cronogramas

#### Cronograma total

Meses Fases	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo																				
	Semanas																											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Fase 1</b> Búsqueda + Lectura	█				█																							
<b>Fase 2</b> Redacción del estado de la cuestión					█		█				█																	
<b>Fase 3</b> Ecuación + Lectura										█		█				█												
<b>Fase 4</b> Redacción de Metodología																									█			
<b>Fase 5</b> Entrega definitiva																										█		

**Cronograma de la metodología**

Meses  Fases	Enero				Febrero				Marzo				Abril			
	Semanas															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Fase 1</b> Ecuación de búsqueda																
<b>Fase 2</b> Primer filtrado: Títulos																
<b>Fase 3</b> Segundo filtrado: Abstract																
<b>Fase 4</b> Tercer filtrado: Lectura																
<b>Fase 5</b> Realización de tabla																

### **3.7 Protocolo de actuación en UCI en tiempos de pandemia**

Tras la gran suma de ingresos debido a los contagios producidos por el coronavirus, y las nuevas modalidades, mostrados en los puntos anteriores de la revisión sistemática, de los cuidados humanizados; lleva a pensar a la elaboración de un protocolo donde se muestre una actuación en pandemia donde no se dejen de lado los cuidados humanizados.

El objetivo del protocolo “CuidARTE en pandemia” es que gracias al uso de este protocolo el nivel de cortisol (estrés) disminuya en los pacientes. De manera que la estancia del paciente en la UCI sea lo más agradable posible para que ayude a una recuperación más temprana.

Este un protocolo de ámbito específico para todos aquellos profesionales de la salud que trabajen en la UCI, ya que los cuidados que se van a desarrollar son en estas zonas del hospital.

Para poder llevar a cabo los objetivos de este protocolo se necesita un equipamiento que sería el siguiente.

- Proporcionar conexión al paciente para sus dispositivos móviles.
- Televisores/radios en las habitaciones.
- Pequeñas pizarras con rotuladores o horarios de papel.
- En el caso de que los pacientes no dispongan de dispositivos móviles el hospital podrá prestarles algún dispositivo.
- EPI para los familiares que vayan a visitar a los pacientes aislados.
- Rotuladores para marcar los EPI del personal con su nombre y la profesión que tienen.

Cuando se piensa en realizar este protocolo, lo primero de que se debe de hacer es informar al paciente y a la familia/allegados acerca de los servicios que se le pueden ofrecer realizando estas actividades. Una vez que se tiene el visto bueno por parte del paciente/familia o allegados hay que preparar el entorno y los materiales que se vayan a necesitar dependiendo también del tipo de paciente. A la hora de que se realicen cada una de las actividades propuestas en el protocolo se le debe informar al paciente de cada actividad, así como enseñarle en el caso de no conocer las tecnologías empleadas. Gracias a que los pacientes puedan escoger esta actuación en el protocolo el personal sanitario puede ver si se requieren mejoras en el cuidado/tratamiento, además con las sesiones de terapia incluidas en el protocolo se verá cómo afectan estos cuidados en la evolución del paciente y en el estado de la familia y personal.

En el siguiente cuadro se muestran las maneras de mejorar la estancia del paciente con ayuda de los cuidados humanizados y lo que conlleva el uso de esos cuidados hacia el paciente y sus allegados.

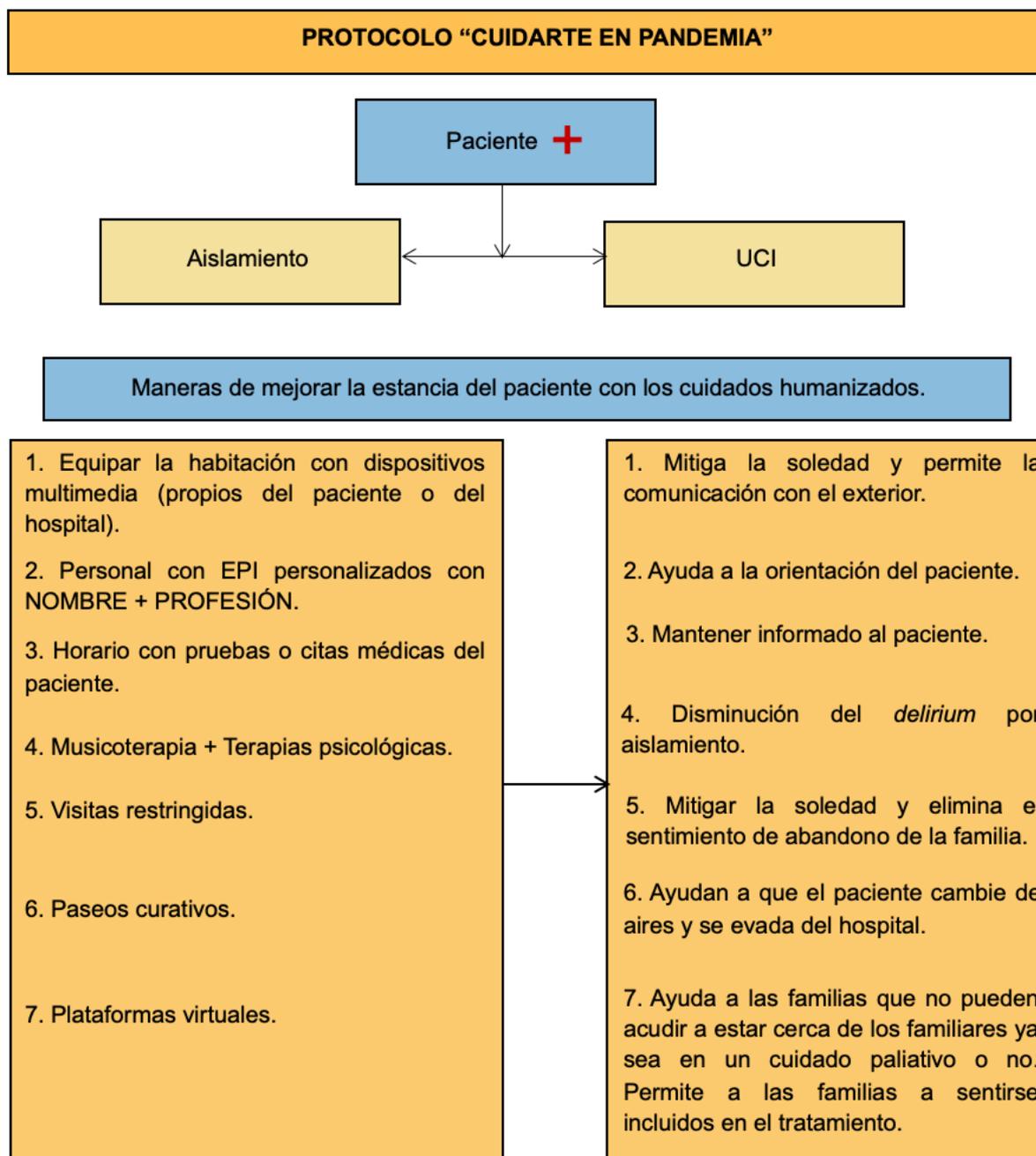


Figura 8. Actividades del protocolo "CuidARTE en pandemia". Elaboración propia.

En el Anexo III. Infografía protocolo CuidARTE en pandemia, se puede ver una infografía del protocolo.



## 4. Bibliografía

1. Carson EG. Coronavirus: Everything you need to know about the new Wuhan 2020 outbreak, pandemic spread and symptoms. Charlie Creative Lab; 2020.
2. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. 2020 Aug 25;324(8):782–93.
3. Ochoa-Díaz D, Mendoza-Olazarán S, Zarate X, Casillas-Vega N. [Meta-analysis of diagnostic tests for the detection of COVID-19]. 2021 Aug 13;59(3):182–8.
4. McFee DRB. COVID-19 Laboratory Testing/CDC Guidelines - ScienceDirect. [citado el 29 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011502920301292>
5. Bengoechea Ibarrodo MB. Posición de prono en el síndrome de distrés respiratorio en adultos: artículo de revisión. 2008 [citado el 3 de enero de 2023];19(2):86–96. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-posicion-prono-el-sindrome-distres-S1130239908727494>
6. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2 [Internet]. Quién.int. [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>
7. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021 [Internet]. Gob.es. [citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020\\_21/INFORME\\_ANUAL\\_2020\\_21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf)
8. Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). 2020 [citado el 5 de enero de 2023]; Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/spain>
9. Peramo-Álvarez FP, López-Zúñiga MÁ, López-Ruz MÁ. Secuelas médicas de la COVID-19. 2021 Oct 22 [citado el 28 de diciembre de 2022];157(8):388–94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8157124/>
10. Gob.es. [citado el 30 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo\\_primaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf)
11. Rae.es. [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/humanizar>

12. Bermejo JC, Villacieros Durban M. Humanización y acción. Rev iberoam bioét [Internet]. 2018;(8):01–16. Disponible en: [https://www.humanizar.es/fileadmin/dam\\_media/imagenes/presenciales/Humanizacion\\_y\\_accion\\_-\\_Revista\\_Iberoamericana\\_de\\_Bioetica.pdf](https://www.humanizar.es/fileadmin/dam_media/imagenes/presenciales/Humanizacion_y_accion_-_Revista_Iberoamericana_de_Bioetica.pdf)
13. José Carlos Bermejo Higuera [Internet]. Ppc-editorial.com. [citado el 14 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.ppc-editorial.com/autores/jose-carlos-bermejo-higuera>
14. Josecarlosbermejo.es. [citado el 14 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2018/04/humanizar\\_y\\_relacion.pdf](https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2018/04/humanizar_y_relacion.pdf)
15. 0 Soy capaz de diferenciar los cambios de humor de otros, y actuar en consecuencia [Internet]. Sej473.com. [citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: [http://www.sej473.com/files/HUMAS\\_escala\\_ES.pdf](http://www.sej473.com/files/HUMAS_escala_ES.pdf)
16. Pérez-Fuentes M del C, Herera-Peco I, Molero Jurado MDM, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ. The development and validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for nursing. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019;16(20):3999. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16203999>
17. Hospitales Humanos [Internet]. Roche España. [citado el 8 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.roche.es/es\\_es/hospitales-humanos.html](https://www.roche.es/es_es/hospitales-humanos.html)
18. Gob.es. [citado el 5 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
19. Casabella García CA, Pálizas F, Solano Rueda CA, Guantay ME, Garay CD. Cambios en las visitas a cuidados intensivos durante la pandemia COVID-19. Medicina (B Aires) [Internet]. 2020 [citado el 9 de enero de 2023]; 80:119–20. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802020001000119](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020001000119)
20. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. Enferm Intensiva (Engl) [Internet]. 2019 [citado el 6 de enero de 2023];30(2):78–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29903540/>
21. ¿Qué hace la Unidad de Cuidados Intensivos? [Internet]. Escuela Origen. Escuela Origen International Education; 2022 [citado el 9 de enero de 2023]. Disponible en: <https://escuelaorigen.com/unidad-cuidados-intensivos-funciones/>
22. Castro ALA, Pedroso RM. Mortalidad en unidad de cuidados intensivos en hospital provincial pinareño. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2019 [citado el 14 de enero de 2023];15(2):176–83. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/210/210821008/html/>

23. Morell SB, Areas KG, Garlobo GP, Aliaga AÁ. Morbilidad y mortalidad en la unidad de terapia intensiva. MULTIMED [Internet]. 2017 [citado el 14 de enero de 2023];21(4):396–413. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/555/913>
24. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural [Internet]. Pontificio Seminario Mayor San Rafael Valparaíso; 2010. p. 121–57. (Veritas). Disponible en: [https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od\\_\\_\\_\\_\\_3056::a6879056ad46f8b03de0d4baba18da36](https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____3056::a6879056ad46f8b03de0d4baba18da36)
25. Ferro M, Molina Rodríguez L, Rodríguez G WA. La bioética y sus principios. Acta Odontol Venez [Internet]. 2009 [citado el 15 de enero de 2023];47(2):481–7. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000200029](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029)
26. Aranguren PPJL. INTRODUCCIÓN A LA FILOSOFÍA PRÁCTICA [Internet]. Cloudfront.net. [citado el 9 de enero de 2023]. Disponible en: [https://tallersurzaragoza.files.wordpress.com/2012/11/cortina\\_adela-etica\\_minima.pdf](https://tallersurzaragoza.files.wordpress.com/2012/11/cortina_adela-etica_minima.pdf)
27. de Conclusiones Y Recomendaciones RE. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV- [Internet]. Gob.es. [citado el 14 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf)
28. Bambi S, Iozzo P, Rasero L, Lucchini A. COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. 2020 Sep;39(5):239–41.
29. Marin-Corral J, Garcia-Sanz À, Masclans JR. Humanizing ICU Coronavirus Disease 2019 Care. 2021 Feb 1;159(2):489–91.
30. Scherer JS. Hearing Humanity Through the Noise of a Pandemic. 2020 Sep 1;76(3): A15.
31. Thomas KAS, O'Brien BF, Fryday AT, Robinson EC, Hales MJL, Karipidis S, et al. Developing an Innovative System of Open and Flexible, Patient-Family-Centered, Virtual Visiting in ICU During the COVID-19 Pandemic: A Collaboration of Staff, Patients, Families, and Technology Companies. 2021 Oct 1;36(10):1130–40.
32. Galazzi A, Binda F, Gambazza S, Lusignani M, Grasselli G, Laquintana D. Video calls at end of life are feasible but not enough: A 1-year intensive care unit experience during the coronavirus disease-19 pandemic. Wiley; 2021. p. 531. (Nursing in Critical Care; vol. 26).

33. Silva Junior SV da, Machado AG, Alves AMR da S, Cordeiro KJ da S, Barbosa MB, Teodozio GC, et al. Humanizing intensive nursing care for people with COVID-19. 2021 May 3;22: e62584.
34. Mistraletti G, Giannini A, Gristina G, Malacarne P, Mazzon D, Cerutti E, et al. Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. 2021 Jun 2;25(1):1–191.
35. Carlucci M, Carpagnano LF, Dalfino L, Grasso S, Migliore G. Stand by me 2.0. Visits by family members at Covid-19 time. 2020 May 11;91(2):71–4.

## **Anexos**

## Anexo I. Ítems escala HUMAS

Ítems escala HUMAS <sup>(15)</sup>
1. Espero el futuro con entusiasmo
2. En general, estoy satisfecho conmigo mismo
3. Ante las dificultades, confío en que al final todo saldrá bien
4. Cuando atiendo a mis pacientes, trato de ponerme en su lugar
5. Ofrezco un trato cercano al paciente o a sus familiares, si lo necesitan
6. Me preocupo por tranquilizar a pacientes y familiares, ya que considero que es una parte importante de mi labor de cuidado
7. Cuando me tratan mal, intento comprender los motivos y sigo tratando bien a esa persona
8. Cuando alguien me cae mal, me esfuerzo por comprenderle y darle una oportunidad para conocerlo
9. Cuando alguien actúa en mi contra, tiendo a analizar la situación para justificar de forma racional su conducta
10. Soy capaz de diferenciar los cambios de humor de otros, y actuar en consecuencia
11. Estoy satisfecho con lo que hago y como lo hago
12. Soy capaz de diferenciar mis propios estados de ánimo, y actuar en consecuencia
13. Creo que estoy preparado para afrontar con éxito cualquier situación en mi trabajo
14. Siento que tengo una gran capacidad para percibir cuando un paciente no está recibiendo una atención adecuada
15. Cuando desempeño mi labor profesional, suelen aparecer sentimientos de angustia
16. Me siento nervioso cuando atiendo a mis pacientes
17. En mi labor profesional, hay ocasiones en las que me siento asustado
18. Como profesional, hay situaciones en las que me siento culpable
19. Me siento afectado cuando estoy atendiendo a mis pacientes

Tabla 6. Ítems escala HUMAS. Elaboración propia a partir de Pérez-Fuentes, MC., Herrera-Peco, I., Molero, MM., Oropesa, NF., Ayuso-Murillo, D., Gázquez, JJ, 2019.

## Anexo II. Diagrama de flujo de la selección de los artículos

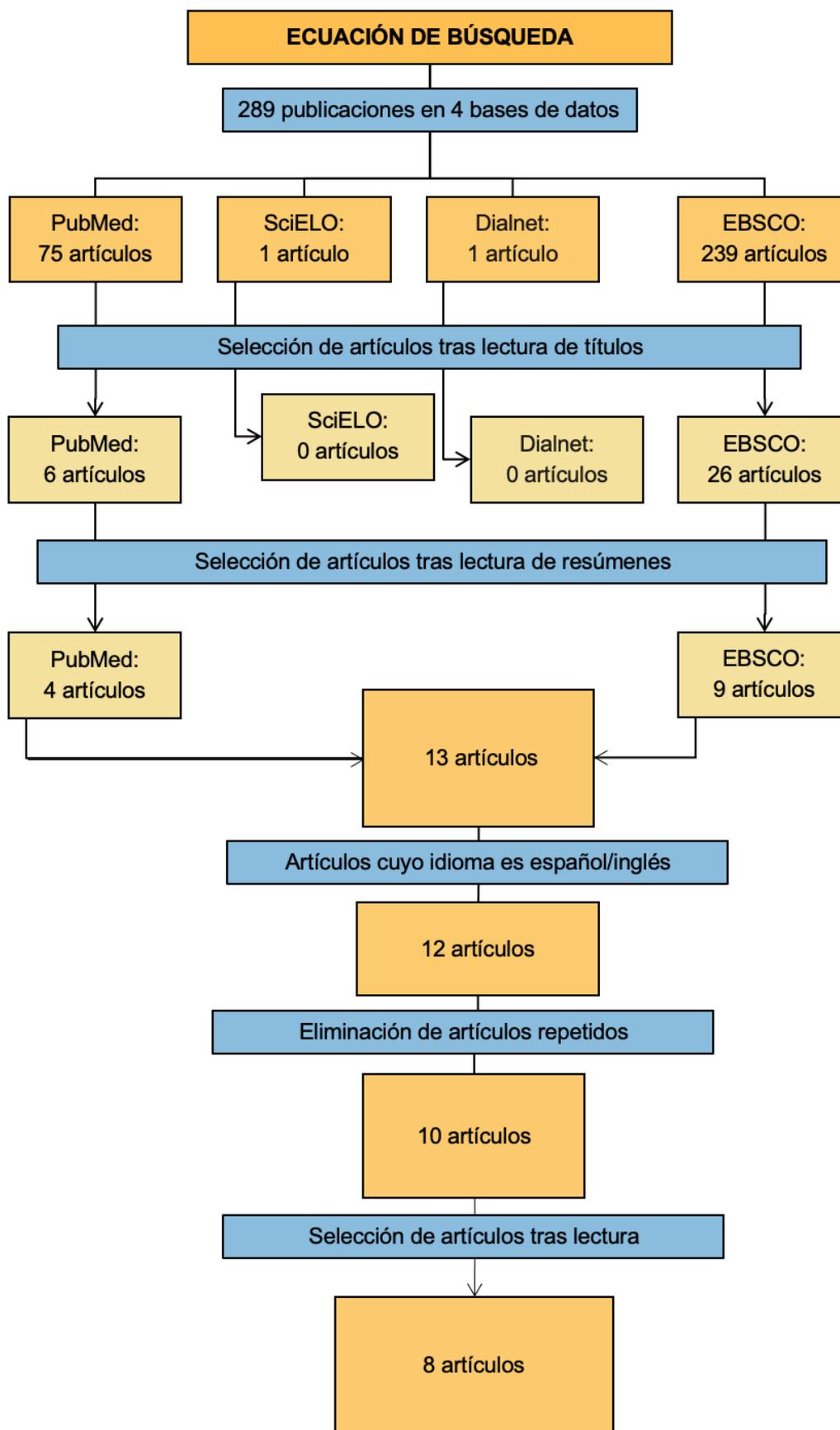


Figura 9. Proceso de selección de artículos para revisión sistemática. Elaboración propia.

## Anexo III. Infografía protocolo CuidARTE en pandemia

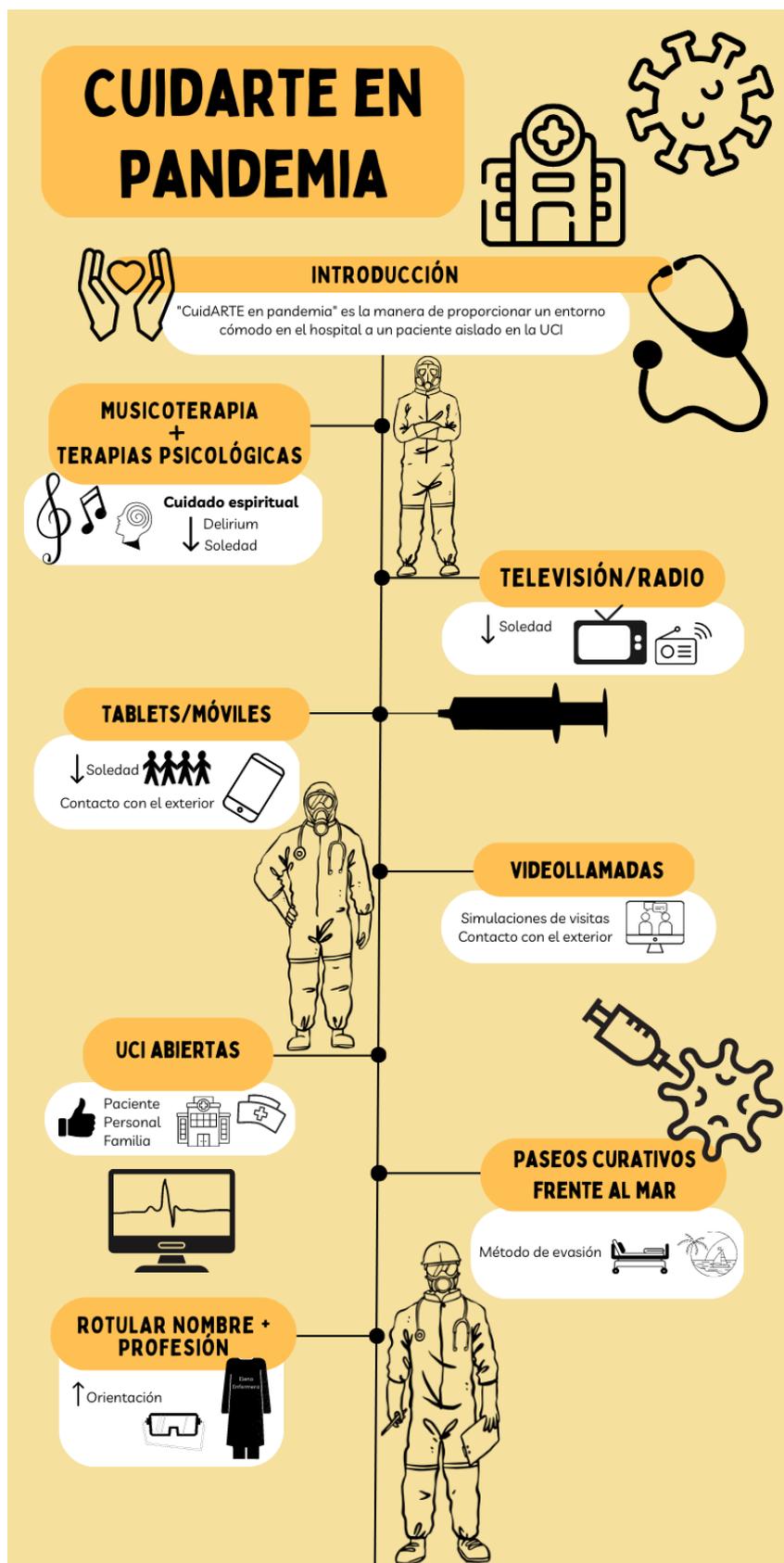


Figura 10. Infografía protocolo. Elaboración propia.

