



Trabajo Fin de Grado

Plan de mejora de asistencia sanitaria en UCI aplicando cuidados paliativos

Plan to improve healthcare in ICU, with palliative caring

Autora

Estefanía García Oroz

Director/es

Maria Luisa de la Rica Escuín

Facultad de Ciencias de la Salud. Zaragoza
2017

INDICE

1. RESUMEN Y ABSTRACT.....	2, 3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1 Definición del problema.....	4
2.2 Justificación.....	4
2.2.1 Cuidado integral del paciente. Instauración de cuidados paliativos en UCI.....	5
2.2.1. A Manejo de los síntomas.....	5
2.2.1. B Abordaje psicosocial y espiritual.....	6
2.2.1. C Autonomía/Autodeterminación/Privacidad del paciente enfermo y terminal.....	7
2.2.2 Personal de enfermería como principal eje de humanización de los cuidados.....	8
3. OBJETIVOS.....	9
4. METODOLOGÍA.....	9
4.1 Diagrama de Gantt.....	10
4.2 Búsqueda bibliográfica.....	10
4.3 Diseño del estudio.....	11
4.3.1 Ámbito.....	11
4.3.2 Sujetos del estudio.....	11
4.3.3 Materiales.....	11
5. DESARROLLO.....	12
5.1 Planificar.....	12
5.2 Hacer.....	14
5.3 Chequear.....	15
5.3.1 Indicadores de estructura.....	17
5.3.2 Indicadores de proceso.....	19
5.3.3 Indicadores de resultado.....	22
6. CONCLUSIONES.....	23
6.1 Otras propuestas de mejora.....	23
7. ANEXOS.....	24
8. BIBLIOGRAFÍA.....	27

1 RESUMEN

Introducción

Debido a sus características, las Unidades de Cuidados Intensivos, son servicios en los que inevitablemente fallecen pacientes que en un principio eran susceptibles de cura o mejoría de la situación de salud por la que ingresaron. La atención sanitaria engloba tanto las necesidades biológicas del mismo como las psicosociales y espirituales acentuadas en estas situaciones. Un abordaje holístico de estos enfermos, incluyendo su contexto y familia mediante la introducción de un modelo de cuidados paliativos es una medida imprescindible para la calidad de la asistencia sanitaria.

Metodología

Tras una revisión bibliográfica sobre las necesidades en la Unidad de Cuidados Intensivos, se ha elaborado una estrategia de mejora mediante diferentes propuestas para la humanización de los cuidados con los cuidados paliativos como modelo, siguiendo el Ciclo de Deming.

Conclusiones

El plan de mejora aporta las medidas necesarias para la inclusión de un plan de cuidados paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos teniendo en cuenta los aspectos éticos, psicosociales y espirituales del paciente que favorecerán la muerte digna del mismo.

Palabras clave

UCI, paciente crítico, humanización, cuidados paliativos, enfermería, familia.

1 ABSTRACT

Introduction

Due to patients' characteristics, Intensive Care Units are units where patients who were initially susceptible to cure inevitably die. Health care includes biological needs which are as important as psychosocial and spiritual ones, which are increased in these situations. A holistic approach for patients, including context and family by the introduction of a palliative care model creates an essential resource to health care quality.

Methodology

After a literature review about Intensive Care Unit needs, it has been developed a strategic improvement plan using different proposals to humanize UTI care based on a palliative model, which results are going to be carried out and checked by Deming Cycle.

Conclusions

The improvement plan provides necessary measures to include a palliative care method in an Intensive Care Unit considering the ethical, psychosocial and spiritual patients aspects, which are going to help them to die with dignity.

Keywords

ICU, critical patient, humanization, palliative care, nursing, family

2 INTRODUCCIÓN

2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un servicio de hospitalización que necesita de personal altamente cualificado para el manejo eficiente de la monitorización y otros recursos especializados, necesarios por el estado crítico del paciente. Se define paciente crítico en este caso, como aquel cuya condición de gravedad amenaza su vida y tiene posibilidad de recuperación, necesitando para ello un monitoreo estricto y/o invasivo y la necesidad de un tratamiento especial (Anexo 1).¹

En la UCI, ingresan pacientes con probabilidad de resolución del cuadro por el que ingresan. Sin embargo y en ocasiones, de forma imprevista esta situación se revierte, dando lugar a una situación irreversible. Aunque la situación no sea reversible, el paciente requiere monitorización continua y por ello no es posible un traslado a la unidad de cuidados paliativos. Por tanto será necesario llevar los cuidados paliativos a la UCI.

2.2 JUSTIFICACIÓN

Según estudios realizados en Australia, se estima que el 37,5% de los pacientes que requieren cuidados paliativos sufren situaciones intermedias o complejas susceptibles de ser tratadas en una UCI.²

Otros estudios (Wennberg y Cooper, SUPPORT y Dereck Angus)² revelan, que el 25% de las muertes ocurridas en los Estados Unidos de América requieren al menos de un ingreso en UCI en sus seis últimos meses de vida. Y en pacientes con ventilación mecánica la mortalidad es del 50% al 60%. Uno de cada cinco americanos muere dentro de una UCI.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, en el año 2016, fallecieron 12 989 personas. El 50-60% de las personas que fallecen anualmente lo hacen tras atravesar una etapa avanzada o terminal de su enfermedad, (7 144 personas en Aragón anualmente).

Por otra parte, el 25% de los ingresos hospitalarios corresponde a enfermos en su último año de vida.

Todo ello transforma a la UCI en un centro con necesidad de implantación de un modelo de asistencia basado en los cuidados paliativos. La frontera entre cuidados paliativos y curativos en estas áreas especializadas es muy estrecha y se entrelaza.³

Existen situaciones en las que la enfermedad es irreversible de forma previsible, son pacientes con necesidad de atención paliativa y son atendidos en unidades de cuidados paliativos, tanto hospitalaria, como los ESAD (Equipos de Salud de Atención Domiciliaria).^{2, 3}

La UCI es una unidad en la que los fallecimientos son frecuentes debido a la gravedad de los pacientes que ingresan y por ello la convierte en un área de

atención de cuidados paliativos y de toma de decisiones al final de la vida. (Anexo 2)

La medicina actual está muy focalizada en el ámbito biológico, centrado en la curación de la enfermedad. Por otro lado, muchos profesionales, carecen de los conocimientos necesarios en cuidados paliativos. Este hecho afecta al paciente y su entorno, que en muchas ocasiones no recibe los cuidados y atención sanitaria adecuada a sus necesidades y expectativas.

Es frecuente asociar los cuidados paliativos con pacientes oncológicos terminales, olvidando otras situaciones o procesos en las que este tipo de cuidados son necesarios, no solo mueren pacientes oncológicos, los fallecimientos se dan en muchos servicios asistenciales, aunque en la UCI sea más frecuente por la gravedad de los mismos, y en estos casos son necesarios los cuidados paliativos, con el objetivo de resolver y cerrar el proceso e historia de vida con la mayor dignidad posible. ²

Por otro lado, debido al avance continuo en medicina y tecnología, y al aumento de la esperanza de vida estos últimos años, se estima que el número de pacientes necesitados de cuidados paliativos aumentará en los próximos años. ⁴

2.2.1 CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE. INSTAURACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UCI

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los cuidados paliativos como "El cuidado integral de los pacientes cuya enfermedad no es susceptible de tratamiento curativo" ² y "un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con una enfermedad que amenaza la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y de la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales". ⁵

La principal finalidad de los cuidados paliativos es, promover la máxima calidad de vida y autonomía y mantener la dignidad del paciente ante el proceso de la muerte controlando el dolor y otros síntomas, abordando los aspectos psicosociales y espirituales, así como familiares que procuren el bienestar del paciente y su entorno, y favoreciendo su relación con el equipo asistencial. ^{2,3}

2.2.1a Manejo de los síntomas

En la UCI, en aquellos casos irreversibles y con necesidad de atención paliativa, el paciente suele presentar una serie de síntomas que requieren ser controlados: ²

Tabla 1. Sintomatología común de un paciente de UCI

Dolor y ansiedad: (Anexo 3) será necesario proporcionar al paciente sedación y analgesia para favorecer el bienestar del mismo, la paliación de estos síntomas es cuestión prioritaria y ética. Será necesario evaluar la respuesta terapéutica para optimizar el tratamiento.
Delirium: manifestado por una alteración cognitiva aguda y fluctuante, secundario al estado patológico grave y frecuentemente asociado a una mala estrategia de sedación. Afecta al 80% de los pacientes internados en la UCI. Su aparición se relaciona frecuentemente con la aparición de conflictos familiares, que desconocen la causa de aparición de este síntoma.
Disnea: sensación de falta de aire no necesariamente relacionada al aspecto físico, su manejo tiene como objetivo principal el confort del paciente. Presente del 30% al 90% de los pacientes
Secreciones: hasta el 25% de los pacientes terminales no intubados no son capaces de toser o deglutir por la debilidad progresiva conforme la muerte se aproxima.
Tos: situación desgastante y dolorosa acompañada comúnmente de disnea, náuseas y vómitos que causan dolores musculoesqueléticos o incluso fracturas costales.
Astenia: Con una prevalencia del 60% al 90% evaluable mediante las escalas de Edmonton o Karnofsky.
Desnutrición, anorexia y sed: los principios de los cuidados paliativos defienden que la nutrición e hidratación forzada no solo no prolongan la vida, sino que alargan el proceso de muerte. Comúnmente proporcionar alimento e hidratación al paciente enfermo, es considerada una forma de demostrar humanidad. Pero en estas situaciones, habrá que valorar si se trata de un tratamiento útil, o de un cuidado. ²

Elaboración propia

2.2.1b Abordaje psico-social y espiritual.

La enfermedad es una situación objetiva de salud, sin embargo la persona que la padece es un ser biopsicosocial. A menudo con ánimo de solucionar el cuadro de ingreso, la atención al paciente se torna deshumanizada. Como Begoña Román define "Ni la máquina ni la técnica pueden suplir a la persona interlocutora". ⁶

El modelo ideal de cuidado del paciente de UCI es la mezcla entre cuidados curativos y paliativos, en los que la atención debe individualizarse, teniendo en cuenta que cada persona tiene una forma diferente de enfrentarse a la enfermedad y las necesidades emocionales son tan importantes como las

fisiológicas.⁴ Las vivencias subjetivas del paciente, pueden poner en peligro, retrasar o favorecer el proceso vital.⁵

La humanización de la asistencia sanitaria, corre a cargo de los cuidados paliativos. Estos sitúan al paciente en el centro de la asistencia sanitaria, priorizando su autonomía y sus dimensiones (modelo bio-psico-social y espiritual) y atendiendo a la persona y no a la enfermedad.

Los cuidados paliativos incluyen el entorno del paciente y su complejidad; debemos ser conscientes del desequilibrio y cambio de rol que el ingreso del paciente provoca en la familia, y debemos tenerlo en cuenta en la elaboración del plan de cuidados. La base de la relación equipo multidisciplinar-familiar es el diálogo y la autenticidad de las relaciones.

Los cuidados paliativos atienden necesidades que surgen del cuadro clínico al que el paciente se enfrenta, y resuelven las necesidades sobre el tema de la muerte. Siendo esta todavía hoy un tema tabú en la sociedad occidental. Lo deseado es que el paciente muera bien. El fracaso no es que el paciente muera, sino que muera sin dignidad ni serenidad. El objetivo final, es que la persona fallezca aceptando su condición.^{5,6}

Todo ello supone un reto constante para el profesional, lo que requiere del mismo una asistencia vocacional, sensibilidad y una formación continua y experta sobre los cuidados prestados, y no solo al final de la vida. Los profesionales tienen que ser capaces de demostrar calidad y calidez en todas las etapas del proceso asistencial. Pero de una forma más intensa en el final de la vida.⁷⁻⁶

2.2.1c AUTONOMIA/AUTODETERMINACIÓN/PRIVACIDAD DEL PACIENTE enfermo y terminal

En Europa, hay tendencia a actuar sin consultar a la familia. En la UCI, con frecuencia se dan situaciones de actuación urgente y otras que debido al estado del paciente, no permiten la manifestación de las voluntades o deseos de éste. La falta de planificación anticipada de voluntades de los pacientes, provoca intervenciones y sufrimientos no deseados.^{7, 5}

Por ello, cabe recordar que el paciente es una persona autónoma. Tiene derecho a ser informada acerca de todos los procesos e intervenciones que se le van a realizar y tomar críticamente las decisiones que considere más beneficiosas acerca de su propio tratamiento. En los casos, en los que el paciente es incapaz de tomar una determinación, serán los representantes del paciente quienes decidan las actuaciones referidas a: retirada del soporte vital (destete terminal, no equiparable al suicidio asistido ni homicidio), negación del tratamiento, no reanimación etc. Debe existir diálogo y comunicación efectiva con el equipo asistencial, manteniendo siempre un control sintomático del paciente, y evitar así el encarnizamiento terapéutico.^{1,5}

En el Simposio de la Sociedad De Medicina de Cuidados Críticos celebrado en enero 2002,⁷ se planteó la opción del personal enfermero cualificado como representante de pacientes y familiares para favorecer la comunicación en estos casos, apoyando siempre a la retirada de aquellos recursos que no contribuyan al confort del paciente.

Según Lourdes Rexach, directora del grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología "se trata de una filosofía donde lo básico no es la curación sino el alivio sintomático y la prevención de posibles complicaciones de la enfermedad, el mantenimiento del confort y la atención de la familia en el proceso final del duelo".

Se debe valorar el esfuerzo terapéutico, lo principal es la calidad de vida humana, y consensuar hasta qué punto una situación prolonga la vida o la agonía y evitar el encarnizamiento terapéutico con una actitud ética médica.⁷

El proyecto dirigido por Gabriel Heras Lacalle: HUCI "UCI se escribe con H de humano". Propone reencaminar el soporte psicológico y social de los enfermos en UCI, contando con el apoyo principal de pacientes y familias, así como el apoyo asistencial de los profesionales de la salud. ⁸

2.2.2 PERSONAL DE ENFERMERÍA COMO PRINCIPAL EJE DE HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS

El trabajo en equipo y una buena relación interdisciplinar en un entorno cooperativo, es el elemento clave para una buena calidad asistencial. El personal de enfermería, debe aplicar su paradigma humanizado en combinación con el biomédico propio del facultativo, es decir, dedicar más tiempo a estar con el paciente de UCI, y promover el cambio a la situación actualmente deshumanizada.

Es el trato humano lo que hace que la profesión no pueda ser sustituida por las máquinas. Tratar con un paciente ha de ser un acto individualizado; se necesita de un ser humano que conforte y cuide. El enfermero ha de brindar un cuidado humanizado, pero, a su vez, debe conocer estrategias de afrontamiento y autocuidado. ^{8, 10,11}

Establecer una relación significativa con el paciente mediante el "tacto terapéutico", forma parte de las competencias enfermeras. Desarrollar el cuidado, favoreciendo de esta forma sensaciones de seguridad en los pacientes y relaciones de confianza con los profesionales

Estudios describen como necesaria, una formación especializada y mayor profundización en los aspectos éticos de la práctica asistencial. Ponen de manifiesto que la profesión se enfrenta sin preparación adecuada a estas situaciones, que requieren un fuerte compromiso moral, personal y profesional. Esta formación a su vez beneficiaría al profesional, mejorando

la seguridad del mismo al estar preparado para tratar con un paciente en todas las etapas de su estancia en el hospital, sean reversibles o no. ^{11,12}

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un plan de mejora basado en la inclusión de atención paliativa en el servicio de UCI.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar una revisión de la literatura, para actualizar los conocimientos sobre el tema.

Identificar y abordar los problemas socio-familiares del paciente ingresado

Elaborar de forma conjunta con todo el equipo interdisciplinar y el paciente-familia el régimen terapéutico, plan de cuidados paliativos en UCI y toma de decisiones

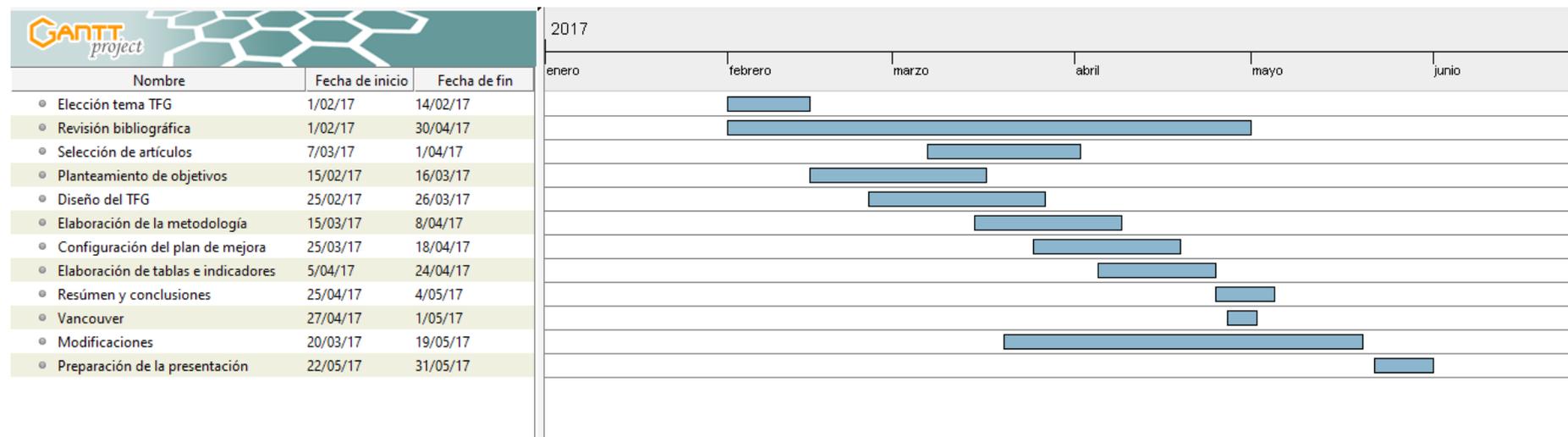
Incorporación de métodos alternativos, comprobados científicamente que mejoren el estado del paciente paliativo ingresado en UCI.

4 METODOLOGIA

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistematizada con palabras clave, sobre la actual práctica asistencial sanitaria en UCI y las posibilidades y recursos de mejora en la atención de los pacientes. Los idiomas aceptados han sido castellano e inglés.

Los criterios de elección han sido principalmente, que fueran artículos de revistas científicas, escritos por personal sanitario; siendo la mayoría de autoría enfermera. Se tuvo en cuenta el periodo de publicación; la mayor parte de los últimos 5 años. Por la relevancia en el contenido, han sido seleccionados artículos desde 2001.

4.1 DIAGRAMA DE GANTT. *Tabla 2. Diagrama de Gantt. Elaboración propia*



4.2 BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA. *Tabla 3. Revisión bibliográfica. Elaboración propia*

FUENTES		ARTÍCULOS PUBLICACIONES	SELECCIONADOS	REFERENCIADOS
LIBROS		1	1	1
BASES DE DATOS	Science-Direct	33	4	11, 12, 14, 20
	Scielo	42	3	4, 17, 23
	Pubmed	25	2	16, 24
	ELSEVIER	27	2	6, 8
REPOSITORIOS UNIVERSIDADES (TFG)	Universidad de Zaragoza	8	1	21
	Universidad de Alicante	1	1	15
METABUSCADOR	Google Scholar	25	9	2, 3, 5, 7, 10, 13, 18, 19, 22
PÁGINAS WEB	Proyecto HUCI	2	1	9
TOTAL		166	24	

4.3 DISEÑO DEL ESTUDIO

El proyecto de mejora, está basado en el Ciclo Plan, Do, Check, Act (PDCA), que permite un mejoramiento continuo de calidad mediante cuatro fases: planificación, ejecución, evaluación del plan susceptible de mejoría mediante la utilización de indicadores y actuación (modificación del plan anterior) con el fin de lograr los objetivos del plan de mejora.

4.3.1 AMBITO

El plan de mejora, siendo necesario en todos los servicios especiales, así como en otras unidades asistenciales, se quiere implantar en la UCI de traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet. Se selecciona este por su gran nivel de especialización, así como la cobertura a gran volumen de población de Zaragoza (sector 2, 21 zonas de salud entre Aragón, la Rioja y Soria).

En cuanto a la elección del servicio, se ha considerado la UCI por los siguientes motivos: gravedad de los pacientes, inestabilidad familiar creada por la nueva situación a la que se ven sometidos y la delicadeza y sensibilidad especial que han de tener los profesionales para trabajar en tal servicio.

4.3.2 SUJETOS DEL ESTUDIO

Equipo sanitario multidisciplinar, de la UCI de traumatología de Hospital Universitario Miguel Servet implicados en la mejora de la atención al paciente, basada en la modificación de la calidad asistencial, mirando al paciente desde una perspectiva holística.

4.3.3 MATERIALES

Para llevar a cabo el plan de mejora, se habilitará una consulta interdisciplinar, con la figura principal de una enfermera. Mediante cita previa, se mantendrán reuniones que permitan solventar dudas y situaciones conflictivas que surjan de la nueva situación de salud, con los familiares y allegados más próximos de los pacientes.

En la misma consulta, se realizarán reuniones con todo el equipo sanitario de la UCI, para actualizar la situación de salud y requerimientos biopsicosociales del paciente.

Finalmente, se instaurará la musicoterapia en la UCI y se modificará el horario de visitas, rediseñando la práctica asistencial en esta unidad.

Materiales: Consulta intrahospitalaria con ordenador y conexión a internet, equipo de música interconectado con todas las habitaciones del servicio

5. DESARROLLO

5.1 PLANIFICAR

- Problema

Ausencia de cuidados paliativos necesarios en el servicio de UCI

La necesidad de cuidados paliativos es una necesidad detectada tanto por el paciente y su familia, como para los profesionales y estudiantes en formación. ¹²⁻¹³

La percepción real del cuidado recibido y por tanto de la calidad asistencial, la tiene en primer lugar el paciente, como receptor directo de los cuidados en UCI. El grado de satisfacción del mismo, constituye el indicador fundamental de la calidad del servicio. Los pacientes consideran la visión holística de la persona, la profesionalidad y los cuidados continuos, como elementos clave de una asistencia completa. Para ellos, esta forma de dar respuesta no solo a las necesidades físicas, sino a las psicológicas y espirituales, es la clave de la satisfacción de la asistencia percibida y está relacionada directamente con la atención enfermera. ¹⁴

El paciente, es una pieza de la unidad familiar. Su ingreso en UCI, produce un cambio repentino de roles familiares y puede llevar a conflictos y una difícil adaptación familiar. Es necesario reconocer a la familia, como eje central beneficiaria de las actividades asistenciales. En este proceso, se atenderá a una familia en un estado de crisis y estrés, que requiere de cuidados, atención e información, teniendo en cuenta que la unidad familiar es el principal cuidador de la persona hospitalizada y observa continuamente las actividades del equipo multidisciplinar. ¹³

No suele existir un lugar especial para el proceso de comunicación familia-equipo multidisciplinar. Hay que tener en cuenta que una vez solucionado el cuadro de ingreso, serán ellos los que continúen los cuidados en el domicilio. Es necesario sensibilizar y orientar la labor de enfermería hacia la relación, apoyo y educación de los familiares y orientarles en los cuidados al paciente. ¹⁵⁻¹⁶

Estudios demuestran, que todavía existe insatisfacción familiar acerca de la empatía, comunicación e información por parte de los profesionales y la necesidad de un apoyo tanto emocional, como conceptual, que les permita afrontar esta nueva situación inesperada, que a menudo desestabiliza la unidad familiar. ¹³

El enfermero, detecta falta de tiempo y recursos en estas unidades para la humanización de los cuidados intensivos. Estudios muestran el acuerdo de

todo el equipo multidisciplinar, con la mejora de los cuidados de los pacientes críticos, entendiéndose como tal la humanización de los mismos. Aunque para ello se requiera de tiempo, recursos y un compromiso explícito de la institución hospitalaria. No se encuentran valores divergentes en la definición de los pacientes-familiares y profesionales, acerca de una idealización de asistencia sanitaria de calidad. ^{11,13}

Estudiantes en periodo formativo de enfermería, siendo conscientes del objetivo principal de bienestar del paciente, revelan haber notado una crisis en humanización de valores, y haber detectado un déficit en la dimensión social del enfermo en profesionales de enfermería. A menudo, califican la asistencia como capitalismo sanitario, y defienden la asistencia individualizada, integral y centrada en la persona, que debería administrarse por un profesional vocacional. ¹⁷

Es necesaria una formación específica para el profesional, que le otorgue las herramientas conceptuales y éticas, para resolver las situaciones psicosociales, que formen parte de la atención individualizada para cada paciente¹⁵⁻¹⁶ mediante la identificación de estrategias de actuación que mejoren su calidad de vida.

-Beneficios esperados con el plan de mejora

<p><u>Para el paciente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor calidad asistencial en el proceso de enfermedad ▪ Mejor comunicación/ relación con el equipo asistencial ▪ Aumento de la autonomía en la toma de decisiones
<p><u>Para los familiares</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejor comunicación con el equipo asistencial ▪ Mayor adaptación rol familiar/laboral a la nueva situación ▪ Posibilidad de abordar y solucionar nuevos problemas y preocupaciones familiares y personales que puedan surgir.
<p><u>Para el equipo multidisciplinar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejor relación paciente-familia-equipo multidisciplinar ▪ Mayor comprensión del paciente crítico y mayor adecuación de las actuaciones ▪ Seguridad en situaciones delicadas, contando con el apoyo del equipo multidisciplinar y mayor nivel formativo.

-Actuaciones y justificación

El objetivo principal del trabajo es rediseñar la práctica clínica en la UCI, mediante la instauración de los cuidados paliativos como modelo asistencial, contribuyendo a una mejora en la calidad de los cuidados de los pacientes críticos, y una adecuación de los mismos al contexto individualizado de cada familia.

Todo ello se llevará a cabo mediante reuniones a demanda con la familia de los pacientes, y una posterior puesta en común de los requerimientos biopsicosociales individualizados, con todo el equipo asistencial.

Así mismo, se aplicarán terapias alternativas como la musicoterapia, reducción del ruido y manejo de la iluminación, con el fin de aportar el máximo bienestar al proceso de hospitalización del paciente crítico.

-Perspectivas y logros

Humanización de los cuidados intensivos, implantando el modelo paliativo en los mismos.

Remodelación de la práctica clínica, logrando una atención holística e integral del paciente hospitalizado, incluyendo a la familia como unidad y adecuando los cuidados a cada contexto.

5.2 HACER

Las sesiones con la familia se realizarán a demanda, con una enfermera con formación avanzada en cuidados paliativos. Con el objetivo de solventar los posibles problemas, que dificulten la atención sanitaria o produzcan inestabilidad familiar. Estas reuniones a demanda, permitirán una mayor adaptación de la persona que asiste a sus actividades y obligaciones diarias. Toda la información obtenida, será registrada en un dietario en el ordenador, así como la obtenida en el trato con el paciente, si el estado del paciente lo hiciera posible, acerca de sus preocupaciones y decisiones.

Esta enfermera será una enfermera capacitada que demuestre cualidades asistenciales; gestora de los recursos necesarios en el plan de mejora; docente con formación especializada en cuidados paliativos, con la función de impartir sesiones para formar a todo el equipo asistencial en estos cuidados y enseñar estrategias de afrontamiento; e investigadora encargada de poner en marcha y evaluar el plan de mejora.

Posteriormente, en las reuniones multidisciplinarias (semanales o en caso de necesidad) se tratará la evolución de paciente y la situación familiar, se decidirán los requerimientos asistenciales de cada paciente y se comentarán todos los aspectos a tener en cuenta en la atención individualizada de cada uno. Por ello, ¹⁵ será necesaria la presencia del facultativo, enfermeros a

cargo de los pacientes y técnicos en cuidados de enfermería, quienes tomarán conjuntamente las decisiones asistenciales y derivarán a los mismos a servicios especializados; psicología o terapia ocupacional si fuera necesario.

Se establecerá un régimen de puertas abiertas, regulado en el servicio con un máximo de 2 personas por box, que facilite a las familias y allegados una mayor organización, y no interrumpa los procesos asistenciales.

Otra de las estrategias, para llevar a cabo el plan de mejora, y por tanto forma parte del buen resultado del mismo, es el uso de musicoterapia como terapia alternativa e innovadora complementaria a las terapias habituales en UCI, cuya eficacia en la mejora sintomatológica del paciente crítico está ya demostrada por estudios que lo avalan. ¹⁵

“La musicoterapia, es una terapia complementaria recomendada por la OMS, como una de las estrategias para alcanzar el objetivo de salud para todos en el año 2000”, “la American Music Therapy Association (AMTA 2003), define la musicoterapia como: La utilización de la música y todo tipo de experiencias musicales para restaurar, mantener y/o mejorar la salud física y psíquica de las personas.”¹⁸ Es la única terapia que carece de efectos secundarios (Anexo tabla musicoterapia efectos).¹⁹

Para completar el bienestar ambiental en UCI, existen, a parte de la musicoterapia, otras técnicas a menudo denominadas como cuidados invisibles, como la regulación de las luces o la limitación del ruido, que a menudo hace que estos pacientes mejoren su calidad del sueño y se eviten efectos no deseados como el delirio, ya que poseen falta de nociones temporales y una alteración del ritmo circadiano. Todo ello forma parte de la humanización de cuidados en UCI. ²⁰

5.3 CHEQUEAR

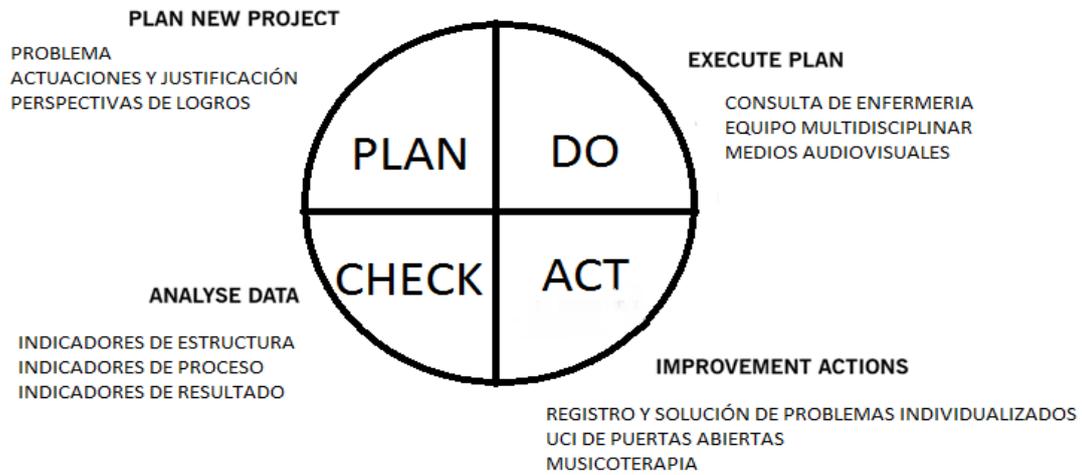
Una vez que se han puesto en marcha las actividades previstas en nuestro plan de mejora se establecerá, si las medidas propuestas son efectivas y si se han cumplido los objetivos planteados. También se evaluará si los resultados que hemos obtenido, cumplen las expectativas establecidas en los indicadores. Si los objetivos planteados no han cumplido el objetivo que se esperaba, se evaluará dónde se produjeron los fallos y se volverá a plantear el ciclo de Deming, así como los objetivos y las actividades.^{21,22}

Se comprobará el aumento de la calidad asistencial, con una valoración de la satisfacción de usuarios-familias-equipo asistencial con los servicios prestados y recibidos, mediante el análisis de una serie de indicadores que nos permitan identificar situaciones susceptibles de mejora. De este modo, reconducir la práctica asistencial hacia la consecución de los objetivos. Se realizará de esta manera, un control continuado de calidad. “El indicador

fundamental de la calidad asistencial, es el grado de satisfacción de los consumidores (pacientes)”¹²

Utilizaremos: indicadores de estructura, proceso y resultado²¹⁻²²

Figura 1. Ciclo de Deming



Elaboración propia

5.3.1 INDICADORES DE ESTRUCTURA

PARAMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA I	INDICADOR DE ESTRUCTURA II
INDICADOR	Disponibilidad de zonas para creación de consulta	Disponibilidad de sillas proporcionadas por el hospital
DIMENSIÓN	Disponibilidad	Disponibilidad
DESCRIPCIÓN	Numerador: número de espacios libres con despacho y ordenador/ conexión a red Denominador: número de espacios disponibles utilizables como consulta enfermera Periodo de tiempo: Durante todo el plan de mejora	Numerador: Numero de sillas del servicio de UCI de Traumatología libres Denominador: Número de sillas totales en el servicio
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se preguntará al supervisor del servicio la existencia de espacios libres con despacho y ordenador/ conexión a red, necesarios para el plan de mejora	Se contabilizarán las sillas de la UCI de trauma y se preguntará al supervisor el número de sillas libres o con posibilidad de utilización para las sesiones/ terapias familiares
JUSTIFICACIÓN	Es necesaria la elección del lugar adecuado para poder seleccionar como consulta, el espacio con conexión a red más próximo a la UCI, así como aquel que reúna el espacio necesario para abarcar al equipo multidisciplinar en sus reuniones semanales.	Serán necesarias un número de sillas igual al número de los miembros del equipo multidisciplinar para poder llevar a cabo las sesiones. Y una silla permanente para las terapias familiares a demanda
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora	Enfermera responsable del plan de mejora
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio de la preparación del plan de mejora	Una silla permanente y el número igual al de profesionales para las sesiones semanales
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura	Indicador de estructura
FUENTE	La enfermera responsable del plan de mejora será quien, bajo su criterio, seleccione el espacio que considere idóneo para establecer la consulta.	La enfermera responsable del plan de mejora será quien asegure una silla permanente en la consulta enfermera y quien organice la recolecta de sillas para cada sesión multidisciplinar
ESTÁNDAR	Se necesitará un espacio para consulta con acceso a red/ ordenador	Se calcula 1 silla permanente y 3 mínimo para el equipo multidisciplinar (medico, enfermeras, auxiliar)

PARAMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA III	INDICADOR DE ESTRUCTURA IV
INDICADOR	Enfermeras que acceden a formar parte del plan de mejora al inicio del mismo	Pacientes con necesidad de cuidados paliativos en UCI
DIMENSIÓN	Disponibilidad	Disponibilidad
DESCRIPCIÓN	Numerador: Número de enfermeras que acceden a formar parte del plan de mejora Denominador: Número de enfermeras totales del equipo de UCI Periodo de tiempo: Durante todo el plan de mejora	Numerador: Número de pacientes de UCI que necesitan cuidados paliativos Denominador: Número de pacientes totales en UCI
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se ofrecerá a todas las enfermeras de UCI, la participación en el plan de mejora, tras haber sido informadas del mismo por la enfermera responsable del plan de mejora.	Se contabilizará el número de pacientes cuya situación se torna irreversible dentro de la UCI, y necesitan cuidados paliativos.
JUSTIFICACIÓN	Es necesaria la cuantificación del personal que está de acuerdo con la necesidad de cuidados paliativos en UCI, y está dispuesto voluntariamente a la participación en el plan de mejora	Con un solo paciente que cumpla estos criterios, es necesario otro tipo de asistencia que tenga los cuidados paliativos como modelo, diferente a la proporcionada al resto de pacientes de UCI.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora	Enfermera responsable del plan de mejora
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio de la preparación del plan de mejora, y cuando sea necesario por una renovación de plantilla durante el mismo.	Una vez por semana debido a la situación cambiante e imprevisible a la que se someten los pacientes en estas unidades especializadas
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura	Indicador de estructura
FUENTE	La enfermera responsable del plan de mejora será quien recoja la información, acerca del número de enfermeras dispuestas a participar y les proporcione la formación necesaria para llevar a cabo el plan.	La enfermera responsable del plan de mejora será quien en consenso con el resto del equipo asistencial, clasifique y cuantifique a los pacientes con necesidad de atención paliativa en la UCI
ESTÁNDAR	Se espera que al menos el 50% de la plantilla de personal enfermero vaya a participar en el plan.	Un paciente con estos requisitos es motivo para la aplicación del plan de mejora

5.3.2 INDICADORES DE PROCESO

PARÁMETROS	INDICADOR DE PROCESO I	INDICADOR DE PROCESO II
INDICADOR	Familiares que acuden por segunda vez a la consulta de enfermería	Equipo multidisciplinar de la UCI de traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet
DIMENSIÓN	Actividades	Actividades
DESCRIPCIÓN	Numerador: Nº de pacientes cuyos familiares repiten sesión Denominador: Nº de pacientes cuyos familiares acuden por primera vez a la consulta Periodo de tiempo: un mes	Numerador: Nº de profesionales que acceden a formar parte de las sesiones semanales Denominador: Nº de profesionales totales en el servicio Periodo de tiempo: Una vez implantado el plan de mejora.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se llevará un control de los familiares que asisten voluntariamente a una primera consulta, y se valorará el porcentaje que repite, valorando de esta manera la utilidad de la misma.	Se explicará a todo el equipo multidisciplinar el propósito del plan de mejora y las herramientas para llevarlo a cabo Es necesario que al menos, un profesional de cada grado, acceda a participar en las sesiones
JUSTIFICACIÓN	Este indicador nos proporcionará información acerca de la utilidad y calidad de la sesión. Supondrá una herramienta de mejora del plan, si este perdura, y se podría comparar con el año siguiente	Una alta implicación por parte del equipo multidisciplinar, mejora la calidad asistencial al paciente, y a la familia como unidad. A mayor implicación del equipo asistencial, mayor posibilidad de participación de los familiares.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera de la consulta	Enfermera de la consulta
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Una vez al mes	Una vez que se acepte el plan de mejora. Posteriormente, se evaluará la participación cada semana
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso	Indicador de proceso
FUENTE	La enfermera a cargo de la consulta, se encargará del recuento de familiares que repiten sesión y comparará los datos con los asistentes a la primera	La enfermera a cargo de la realización del plan de mejora, será la que se encargue de la explicación, justificación y objetivos del mismo, y pedirá participación por parte del equipo.
ESTÁNDAR	El 80% de los familiares deberían repetir la sesión	Se espera que al menos un miembro de cada grado del equipo multidisciplinar participe, con una participación activa del mismo

PARÁMETROS	INDICADOR DE PROCESO III
INDICADOR	Pacientes que reciben visita familiar en horario no habitual de UCI
DIMENSIÓN	Actividades
DESCRIPCIÓN	Numerador. Número de pacientes que reciben visitas fuera del horario habitual de UCI Denominador. Número de pacientes que reciben visitas en UCI en horario habitual
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	A mayor resultado(>1), significa que la UCI de puertas abiertas es de gran ayuda para compatibilizar los horarios de las actividades diarias de la familia/amigos con los del paciente ingresado. Por tanto, este método será de gran ayuda y resolverá conflictos internos familiares de incompatibilidad, generadores de angustia y estrés en los mismos. ^{20, 23, 24}
JUSTIFICACIÓN	Este indicador nos proporcionará información acerca de la utilidad de este régimen de puertas abiertas para los allegados del paciente. El régimen de puertas, es un método que mejora el estado del paciente considerablemente, por lo que se ha tenido en cuenta en el rediseño de la práctica asistencial en UCI ²³ (Anexo 4)
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Una vez a la semana
TIPO DE INDICADOR	Proceso
FUENTE	Se realizará un registro de los familiares que visitan diariamente al enfermo en una hoja Excel que habrá que rellenar en el control de enfermería con el nombre y apellidos de los familiares/amigos. Una vez a la semana, será recogido y contabilizado por la enfermera responsable del plan de mejora
ESTÁNDAR	Al menos el 50% de los pacientes tendrán que haber recibido una visita fuera de los horarios habituales en UCI

PARÁMETROS	INDICADOR DE PROCESO IV
INDICADOR	Necesidad de formación en cuidados paliativos
DIMENSIÓN	Actividades
DESCRIPCIÓN	Numerador. Número de enfermeras de UCI con formación en cuidados paliativos que participan en el plan de mejora. Denominador. Número de enfermeras totales que participan en el plan de mejora.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Si el resultado es inferior a 1, significará que para poner en práctica una asistencia paliativa en una UCI será necesario que las enfermeras de la unidad que accedan a participar en el plan de mejora, estén formadas en materia de cuidados paliativos. Por ello se propone una formación por parte de la enfermera responsable del plan de mejora a las enfermeras que decidan participar en el mismo.
JUSTIFICACIÓN	Este indicador nos proporcionará información acerca de las necesidades de formación en cuidados paliativos de las enfermeras que participan en el plan de mejora, es un requisito necesario para aplicar un modelo de cuidados paliativos en una UCI, así como para suplir a la enfermera especializada de consulta en caso de ser necesario.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera responsable del plan de mejora
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio del plan de mejora y a demanda por cambios en la plantilla asistencial
TIPO DE INDICADOR	Proceso
FUENTE	La enfermera del plan de mejora recibirá información acerca de la formación de los enfermeros en cuidados paliativos; tanto títulos como niveles de formación de los mismos y determinará el plan de formación necesario para los profesionales.
ESTÁNDAR	Todos los enfermeros que decidan participar en el plan de mejora deberán tener formación en cuidados paliativos.

5.3.3 INDICADORES DE RESULTADO

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO I	INDICADOR DE RESULTADO II
INDICADOR	Grado de satisfacción de la unidad familiar, que acude a las sesiones en la consulta de enfermería, tras la finalización de las mismas	Propuesta de realización del plan de mejora de forma continuada, analizando los resultados anualmente
DIMENSIÓN	Satisfacción	Satisfacción
DESCRIPCIÓN	Numerador: Número de familias que están satisfechas con la consulta y resultados Denominador: Número total de pacientes cuyos familiares que han participado en las consultas Periodo de tiempo: Al finalizar el tratamiento del paciente en UCI	Numerador: Número de profesionales que volverían a formar parte del proyecto de mejora Denominador: Nº total de asistentes a la primera sesión Periodo de tiempo: Al finalizar el proyecto de mejora (última sesión multidisciplinar)
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	La satisfacción será determinada por la conformidad de los familiares que han asistido a las sesiones, así como de los pacientes que puedan calificarla Encuesta (Anexo 5) Para la evaluación de la satisfacción de los familiares, se cumplimentará una serie de ítems, al final del tratamiento del paciente.	Tras realizar la última reunión multidisciplinar, y una vez completa la encuesta de evaluación con un apartado de sugerencias de mejora, se apuntará el número de profesionales que estén satisfechos con el plan y los que no
JUSTIFICACIÓN	La satisfacción del paciente, o en su déficit, de los familiares, acerca de las sesiones en la consulta de enfermería y su utilidad, será el indicador clave de la calidad de la atención prestada.	Detectar si el plan de mejora ha sido efectivo, si ha causado estrés o incomodidad en los profesionales, y, evaluar el interés de los participantes Es de fundamental importancia para repetir el plan de mejora
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Enfermera de la consulta	Enfermera responsable del plan de mejora
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al alta de los pacientes	Al finalizar el plan de mejora
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultados	Indicador de resultados
FUENTE	La enfermera responsable de las sesiones de la consulta, repartirá al alta de los pacientes, una encuesta a los familiares o pacientes con los ítems ya citados.	Al finalizar la última sesión del plan de mejora, la enfermera responsable del mismo, realizará y recogerá una encuesta acerca de la satisfacción profesional.
ESTÁNDAR	Se espera un alto grado de satisfacción por parte de los familiares.	Al menos el 70% de los participantes tendrá que mostrar satisfacción en la encuesta

6. CONCLUSIONES

1. El plan de mejora planteado, basado en la humanización del cuidado al paciente, mediante la implantación de un modelo de cuidados paliativos, es aplicable en la UCI de traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet.
2. El abordaje biopsicosocial y espiritual, es necesario en un servicio de UCI, debido a las características del paciente crítico.
3. La intervención en la consulta de enfermería, con los familiares de los pacientes críticos, puede suponer una mejora en la atención holística del mismo, ya que promueve una asistencia de calidad.
4. La integración de la familia y enfermo en la toma de decisiones, a través de la participación en las consultas de enfermería planteadas, mejoraría la calidad asistencial percibida.
5. Tanto las terapias en la consulta de enfermería, como el régimen de puertas abiertas de la UCI, favorecería la compatibilidad horaria de los allegados de los pacientes, y facilitaría el cuidado de los mismos, puesto que permite solucionar situaciones conflictivas derivadas de un cambio de rol, que atormentan al cuidador.
6. La implantación del plan de mejora, ha de incluir terapias alternativas como la musicoterapia, que mejoran el bienestar de los pacientes objetivamente.

6.1 Otras propuestas de mejora.

Aunque en el plan de mejora se trate especialmente a pacientes en UCI que tornan a una situación irreversible inesperada, la humanización de los cuidados, puede llevarse a su vez a aquellos pacientes que revierten el cuadro de enfermedad por el que ingresan. Tras la revisión bibliográfica realizada para el desarrollo del proyecto de mejora, se ha detectado un desconocimiento por parte de la familia, principal dispensadora de cuidados tras el ingreso, de la presencia y tratamiento de PICS, (Post Intensive Care Syndrome)

Así mismo, la humanización de los cuidados y formación en cuidados paliativos, es una necesidad en todos los servicios sanitarios y no solo en UCI ya que, aunque se trate de una unidad con mayor requerimiento de preparación profesional en este modelo de cuidados, por la situación crítica de los pacientes, también fallecen pacientes en otros servicios como son domicilios y plantas de hospitalización.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera P. A, García A. Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en adultos [Internet]. WordPress. 2014. Disponible en: <https://laureanoquintero.wordpress.com/2014/02/28/criterios-de-admision-y-alta-para-la-unidad-de-cuidados-intensivos-uci-y-la-unidad-de-cuidados-intermedios-ucin-en-adultos/>
2. Carrillo Esper R, Carrillo Córdoba J, Carrillo Córdoba L. Cuidados paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva. Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int [Internet]. 2007; 21(4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2007/ti074i.pdf>
3. Amorín Calzada M^a José y cols. Programa de cuidados paliativos de Aragón. Departamento de Salud y Consumo de Aragón. Enero 2009. Zaragoza.
4. Gálvez González María, Muñumel Alameda Graciela. Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos. Índex Enferm [Internet]. 2010 Sep; 19(2-3): 191-195. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200026&lng=es.
5. D Cook, G Rocker. Dying with dignity in the Intensive Care Unit. N Engl J Med [Internet]. 2014 Vol. 370(26): 2506-2514. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1208795>
6. Román Maestre B. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. Med Pal [Internet]. 2013; Vol. 20(1):19-25. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-para-humanizacion-atencion-sanitaria-los-S1134248X12001139>
7. Sanchez Miranda J.M, Gutierrez CA. Aspectos éticos acerca de los cuidados en etapas terminales de la vida en Unidades de Cuidados Intensivos. Rev Cub Med Int Emerg 2004; Vol.3 (1): 97-110. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_1_04/mie11104.pdf
8. 4. Calle G, Lallemand C. HUCI se escribe con H de HUMANO. Enferm. Intensiva [Internet]. 2014; Vol. 25(4):123-124. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-huci-se-escribe-con-h-S113023991400087X#elsevierItemBibliografias>

9. De Oliveira Furtado A, Silva de Souza S, Da Silva Ramos J, Ferreira M. El enfermero frente al paciente sin posibilidad terapéutica: dignidad y calidad en el proceso de la muerte. *Enferm. Global* [Internet]. 2011; Vol. 10(22). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122811/115431>
10. Rubio Rico L, Cosi Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borrás A, Sans Riba L, Toda Savall D et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2006; Vol. 17(4):141-153. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239906739281>
11. Jover-Sancho C, Romero-García M, Delgado-Hito P, de la Cueva-Ariza L, Solá Solé N, Acosta-Mejuto B, et al. Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enferm. Intensiva* [Internet] 2015; Vol. 26(1):3-14. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239914000947>
12. Bautista Rodríguez L, Arias Velandia M, Carreño Leiva Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid* [Internet]. 2016; Vol. 7(2):1297-1309. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/330/727>
13. Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm. Intensiva* [Internet]. 2013; Vol. 24(2):51-62. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239912000922>
14. Andreu Gómez D, Solano Ruiz M. Humanización de los cuidados en la unidad de cuidados del Hospital General Universitario de Alicante [Trabajo de fin de grado]. Universidad de Alicante; 2016.
15. Harvey MA, Davidson JE. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now...and later. *Crit Care Med* 2016. [Internet]; Vol. 44(2):381-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26771784>

16. Martínez Rodríguez L, Venceslao Pueyo M, Ramió i Jofre A. La crisis de los cuidados: Percepciones del cuidado en los estudiantes de enfermería. *Psicoperspectivas*. [Internet]. 2016; Vol. 15(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242016000300013&script=sci_arttext&tlng=en
17. Escobar Aguilar G. La música como procedimiento en el medio hospitalario. *Enferm Clínica* [Internet]. 2006; Vol. 16(6):348-349. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/musicoterapia-tratamiento-del-dolor/6/>
18. Evans, D. Music as an intervention for Hospital Patients. A Systematic Review. *J Adv Nurs*. [Internet] 2002 Jan; 37(1):8-18. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02052.x/abstract>
19. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva* [Internet]. 2014; 38(6):371-375. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569114000370>
20. Garza Castellón M, Ariño Lapuente M. Plan de mejora de los hábitos saludables de los niños de 1º de ESO de la Obra Diocesana del Colegio Santo Domingo de Silos de Zaragoza [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Zaragoza; 2016.
21. García P. M, Quispe A. C, Ráez G. L. MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS. *Industrial Data* [Internet]. 2014; Vol.6 (1):089. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/indata/Vol6_n1/pdf/mejora.pdf
22. Montenegro P, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez M, Quiroga-Toledo N. Visita restrictiva / Visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. *Aquichan* [Internet]. 2016; 16(3):340-358. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972016000300006&script=sci_abstract&tlng=es
23. Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, Wright ES, Hopkins RO, Butler JM, et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. *Am J Crit Care* 2016 Jan [Internet]; 25(1): 46-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26724293>

